



Démarche d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique en **GMF-U-R** visant à orienter efficacement l'usager-ère vers les soins et les services de proximité : enjeux liés à son implantation

## PROJET DE RECHERCHE RÉALISÉ DANS LE CADRE DU DÉPLOIEMENT DE L'**ACCÈS** INTÉGRÉ ET HARMONISÉ

RAPPORT FINAL

JUILLET 2023

Nancy Côté  
Rébecca Chouinard  
Andrew Freeman  
Mylaine Breton  
Marie-Pierre Gagnon  
Maude Laberge

El Kebir Ghandour  
Elisabeth Martin  
Arnaud Duhoux  
Jean-Paul Fortin  
Ivy Lynn Bourgeault  
Claudèle Charette

Santé  
et Services sociaux  
Québec 

 UNITÉ DE SOUTIEN  
SSA | QUÉBEC  
Ensemble pour un système de santé qui apprend

Fonds de recherche  
Société et culture  
Québec 

 VITAM  
CENTRE DE RECHERCHE  
EN SANTÉ DURABLE

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

 UNIVERSITÉ  
LAVAL

<b>Nancy Côté</b>	Professeure agrégée au département de sociologie de l'Université Laval; Chercheuse au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
<b>Rébecca Chouinard</b>	Étudiante au doctorat en sociologie à l'Université Laval; Étudiante-Chercheuse au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
<b>Andrew Freeman</b>	Professeur agrégé au département de réadaptation de l'Université Laval; Chercheur au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
<b>Mylaine Breton</b>	Professeure associée au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Sherbrooke; Titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne.
<b>Maude Laberge</b>	Professeure agrégée au département d'opérations et systèmes de décision de l'Université Laval; Chercheuse au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
<b>El Kebir Ghandour</b>	Conseiller scientifique à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS).
<b>Elisabeth Martin</b>	Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval; Chercheuse au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
<b>Arnaud Duhoux</b>	Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
<b>Jean-Paul Fortin</b>	Professeur retraité au département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval; Chercheur évaluateur au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale et au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
<b>Ivy Lynn Bourgeault</b>	Professeure à l'école des études sociologiques et anthropologiques à l'Université d'Ottawa; Titulaire de la chaire de recherche sur le genre, la diversité et les professions.
<b>Claudèle Charette</b>	Étudiante au baccalauréat en sociologie à l'Université Laval; Auxiliaire de recherche au VITAM - Centre de recherche en santé durable.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse internet suivante :

<https://vitam.ulaval.ca/documentation>

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN : 978-2-550-95727-0 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2023

## REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les usager-ère-s, les professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, les médecins, les infirmier-ère-s spécialisé-e-s en première ligne (IPSPL), les coordonnateur-ric-e-s professionnel-le-s (CP), les assistant-e-s au ou à la supérieur-e immédiat-e (ASI), les gestionnaires des quatre groupes de médecine familiale-universitaire-réseau (GMF-U-R : Saint-Vallier, Laurier, Carrefour et Orléans-La Source) ayant pris part à cette recherche en acceptant de participer aux entrevues individuelles. Nous remercions également les différent-e-s acteur-ric-e-s des directions de programmes-services du CIUSSS de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) ayant participé aux groupes de discussion dans le cadre de ce projet. Nous sommes reconnaissant-e-s de la disponibilité et de la générosité dont ils et elles ont fait preuve en nous partageant leur expérience.

Nous tenons à offrir également nos remerciements à de nombreuses personnes clés œuvrant au sein du CIUSSS-CN pour leur grande collaboration et leur implication active tout au long de la démarche de recherche. Comme il s'est écoulé plusieurs 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 les noms des personnes en poste lors de la phase finale du projet de recherche ayant eu lieu en 2022 <sup>1</sup>. Nous souhaitons mentionner la contribution des personnes suivantes.

**Du GMF Saint-Vallier** : Éric Tremblay, chef de service; Dr. André Fréchette, Dre Anne-Marie Fleury et Dre Marie-Ève Desnoyers, médecins responsables; Christine Laliberté, IPSPL. **Du GMF-U Laurier** : Marie-Claude Mayrand, chef de service; Dre Hélène Landry et Dre Caroline Laberge, médecins responsables. **Du GMF Carrefour** : Valérie Perreault, chef de service; Dr. Michel Robitaille, médecin responsable. **Du GMF Orléans-La Source** : Valérie Perreault, chef de service; Dre Josée Labrecque, médecin responsable.

**De la direction des services multidisciplinaires (DSM)** : Isabelle Simard, directrice des services multidisciplinaires; Josée Martel, directrice adjointe des services psychosociaux généraux et activités de liaison; Catherine Genest, directrice adjointe des services psychosociaux généraux et activités de liaison; Lucille Langlois, chef de service - Mandat ministériel des services

---

<sup>1</sup> Une première phase de recherche a eu lieu en janvier 2020 au sein de l'équipe Accès. Les résultats préliminaires issus de cette première phase font l'objet d'un rapport des résultats distinct qui sera déposé simultanément au présent document. Nous tenons également à remercier les professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, les usager-ère-s et les agent-e-s administratif-ve-s ayant participé à cette première phase en prenant part à des entrevues individuelles. Nous remercions également madame Sylvie Lajoie, chef de service et madame Alexandra Careau, coordonnatrice professionnelle à l'équipe Accès au moment de cette première phase de collecte des données.

de proximité; Nathalie Brière, adjointe au développement des pratiques professionnelles; Geneviève Laurin, chef de service de l'équipe Accès; Joëlle Moreau; coordonnatrice professionnelle et Odette Legault; agente de planification, de programmation et de recherche (APPR). **De la direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)** : Mélanie Couture, conseillère en développement d'innovation. Un remerciement tout spécial à nos **deux usagers partenaires**: Angéla Fragasso et Eve-Line Bussièrès qui ont contribué par leurs réflexions et leurs expériences à enrichir la démarche de recherche.

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

Enfin, plusieurs étudiants ont contribué à la réalisation de ce projet, soit Claudèle Charette, Steven Therrien, Dave Laverdière, Ruth Bernard et Guillaume Delisle.

## SOMMAIRE EXÉCUTIF

Ce rapport fait état des résultats de la deuxième et de la troisième phase d'une recherche évaluative d'une nouvelle pratique clinique en GMF-U-R visant à orienter efficacement l'utilisateur vers les soins et les services de proximité. Une première phase d'évaluation a eu lieu, en 2020, au sein de l'équipe Accès. Les professionnel-le-s œuvrant au sein de cette équipe assurent la réception des références en provenance des partenaires communautaires, publics et privés du réseau territorial de services (RTS) et ses réseaux locaux de services (RLS), les médecins et les infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s en première ligne et en santé mentale (IPSPL-IPSSM), puis procèdent l'analyse du besoin prioritaire de l'utilisateur afin qu'il ou elle soit orienté-e vers le bon programme-services. Certains résultats clés de cette première phase ont été intégrés au présent document. Plusieurs résultats obtenus sont transversaux aux trois phases de collecte et ont permis de mettre en lumière l'importance de certains enjeux identifiés par les participant-e-s.

Prenant appui sur les enseignements tirés de cette première phase d'évaluation, la nouvelle pratique a été déployée dans l'ensemble des GMF-U-R du territoire de la Capitale-Nationale. Une deuxième phase d'évaluation a eu lieu dans quatre GMF-U-R (GMF Saint-Vallier, GMF-U Laurier, GMF-R Carrefour et GMF Orléans-La Source) en plus des différentes directions des programmes-services du CIUSSS de la Capitale-Nationale. L'objectif de cette deuxième phase était de dresser les conditions favorables et les freins à l'implantation de la nouvelle pratique dans ces milieux cliniques en vue de soutenir le déploiement en cours sur le territoire. Une troisième phase s'est actualisée par la réalisation de deux groupes de travail en fin de projet. Les données ont été recueillies au cours de l'année 2022 pour les phases 2 et 3.

La recherche s'est attardée à documenter les enjeux liés à l'implantation de la pratique clinique à partir d'une démarche qualitative où plusieurs acteur-ric-e-s de différents niveaux hiérarchiques œuvrant au sein de ces quatre GMF-U-R (professionnel-le-s, médecins, IPSPL, CP, ASI et gestionnaires), ainsi que des usager-ère-s fréquentant ces milieux cliniques, ont été rencontré-e-s en entrevues individuelles. Afin de bien saisir l'ensemble du continuum des soins et des services de proximité offert aux usager-ère-s dans le contexte d'implantation de cette pratique, des groupes de discussion ont également été réalisés auprès de plusieurs acteur-ric-e-s œuvrant au sein des différentes directions de programmes-services du CIUSSS-CN.

- Le niveau de satisfaction des usager-ère-s rencontré-e-s fréquentant les quatre GMF-U-R ciblés par le projet de recherche est élevé en regard des éléments suivants : 1) la qualité des soins ou des services reçus au sein de leur clinique; 2) le processus de prise de décision partagée ayant eu lieu des médecins ou des professionnel-le-s de la clinique; 3) la collaboration interprofessionnelle présente dans le GMF fréquenté, particulièrement entre les médecins et les infirmier-ère-s. Cette collaboration permet selon plusieurs usager-ère-s interrogé-e-s d'offrir un meilleur service en maximisant l'utilisation des rôles professionnels.
- Les résultats de l'évaluation d'implantation s'ancrent dans des préoccupations d'accès, de qualité et de continuité des soins et des services de proximité. Plusieurs usager-ère-s rencontré-e-s se sont prononcé-e-s sur les délais d'obtention d'un soin ou d'un service. Cet indicateur semble être important pour l'usager-ère afin de témoigner de son expérience dans son parcours de soins et de services. Malgré l'obtention de résultats qualitatifs en matière de délais, la démarche de recherche quantitative pour mesurer les indicateurs de délais s'est avérée complexe. En l'absence de données préimplantation en GMF-U-R, il a été impossible de saisir quantitativement l'influence de la pratique sur les délais d'attente. Les données quantitatives issues de ce projet sont les toutes premières données en GMF-U-R.
- Le processus de prise de décision partagée est apprécié par un grand nombre d'usager-ère-s. Ce processus leur octroie un pouvoir décisionnel accru dans l'identification de leur besoin et dans le choix du soin ou du service qui s'y rattache. Cependant, pour un certain nombre d'usager-ère-s, ce processus peut être stressant et leur confère une trop grande responsabilité. Ce faisant, le recours au processus de prise de décision partagée nécessite une certaine flexibilité de la part des professionnel-le-s qui doivent s'adapter au niveau d'implication souhaité par l'usager-ère dans la démarche et à sa capacité à identifier/verbaliser son besoin prioritaire.
- Le recours au *Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation (FABO)* comme nouvel outil clinique unique permettant aux professionnel-le-s des GMF-U-R d'orienter de manière autonome les usager-ère-s dans les différentes directions de programmes-services du CIUSSS-CN est perçu favorablement par un bon nombre de participant-e-s. Toutefois, un enjeu d'équité a été soulevé par plusieurs infirmier-ère-s qui déplorent que les médecins fassent usage d'un formulaire distinct (formulaire de

*Demande de référence vers des soins et des services de proximité* <sup>2)</sup> qui est considéré comme étant beaucoup plus simple et court à remplir pour effectuer une référence. Ce changement clinique semble toucher particulièrement les infirmier-ère-s qui soulèvent la complexité liée au processus de rédaction d'un FABO et l'augmentation de leur charge de travail. Dans ce contexte, certain-e-s infirmier-ère-s vont parfois adopter une stratégie de travail alternative par la complétion du formulaire de proximité et qui sera, par la suite, signé par les médecins.

- Il semble y avoir une mobilisation variable de la pratique clinique par les médecins, ce qui semble constituer un frein à son implantation dans les quatre GMF-U-R ayant pris part au projet. Cette participation mitigée conduit à la nécessité de réfléchir sur les conditions d'implantation à mettre en place pour favoriser une plus grande implication de leur part compte tenu de leur rôle clé au sein des GMF-U-R.
- Pour la majorité des usager-ère-s, le processus d'orientation semble fluide et ces dernier-ère-s obtiennent un soin ou un service en fonction du besoin identifié. Or, certain-e-s usager-ère-s présentent des situations cliniques plus complexes avec des besoins concomitants qui mériteraient d'être considérés simultanément. Dès lors, il semble nécessaire que le processus d'orientation soit fait de manière concertée entre les portes d'entrée et les programmes-services lors de situations cliniques complexes. Actuellement, aucune modalité formelle entre les portes d'entrée et les directions de programmes-services n'existe, ne permettant pas d'amorcer dès l'orientation une démarche de collaboration entre plusieurs directions de programmes-services pour répondre à ce type de situation.
- La collaboration interprofessionnelle décrite par certain-e-s professionnel-le-s des GMF-U-R participant au projet de recherche semble fluide et propice à l'instauration d'une dynamique de travail favorable à l'entraide et au soutien mutuel. D'autres notent cependant des difficultés dans la mise en place d'une réelle collaboration interprofessionnelle, particulièrement entre certain-e-s médecins et travailleur-euse-s sociaux-ales. De plus, les résultats de la démarche d'évaluation mettent en exergue une incompréhension concernant les rôles et les mandats respectifs des portes d'entrée et des programmes-services pouvant entraver la collaboration entre les directions.

---

<sup>2</sup> Il s'agit du qualificatif exact pour nommer le formulaire. Afin d'alléger le texte, l'appellation « formulaire de proximité » sera utilisée par la suite.

- La surcharge de certaines listes d'attente dans les programmes-services du CIUSSS-CN constitue un enjeu. Cette surcharge pourrait potentiellement s'alléger par un meilleur arrimage avec les RTS et ses RLS permettant aux équipes des portes d'entrée d'avoir davantage le réflexe de référer vers ces partenaires, et ce, tout en veillant à leur capacité de prise en charge pour éviter de transférer la surcharge vers les ressources du RTS-RLS.
- Différentes modalités de communication ont été mises en place dans le contexte de l'implantation de cette pratique clinique, notamment un retour systématique aux référents par une lettre en provenance de l'équipe Accès qui confirme la réception d'une demande en provenance des médecins, des IPSPL et des partenaires du réseau. Cependant, cette même modalité n'est pas instaurée dans les directions de programmes-services. Cette rupture dans les communications entre les portes d'entrée et les programmes-services semble constituer une « source d'inquiétude » pour les médecins et les professionnel-le-s référents des GMF-U-R puisqu'il n'est pas possible de suivre le parcours de l'usager-ère à l'intérieur des soins et services du CIUSSS du moment où le processus d'orientation est finalisé (entre la date de la réception de la référence par le programme-services et la date du début du soin ou du service à l'usager-ère).
- En considérant l'ampleur de cette transformation clinique, il semble essentiel que la formation, le soutien et l'accompagnement soient adaptés autant aux professionnel-le-s qui mettent cette pratique en œuvre sur le terrain qu'aux équipes en soutien au déploiement (gestionnaire, CP et ASI) qui ont la responsabilité d'assurer son implantation dans leurs équipes de travail. La formation actuellement disponible pour les professionnel-le-s constitue un bon outil de référence pour comprendre les principes généraux de la pratique clinique, mais elle est jugée insuffisante pour bien s'approprier la pratique et la mettre en application au quotidien. Dans cette optique, l'implantation de la pratique dans les équipes des GMF-U-R semble grandement reposer sur les CP et les ASI qui doivent assurer l'accompagnement clinique aux professionnel-le-s des équipes. En considérant leur charge de travail au quotidien, il devient difficile de leur côté de s'y investir pleinement et d'assurer le soutien nécessaire à l'implantation de cette pratique. Des mesures complémentaires à la formation seraient donc à réfléchir pour s'assurer d'optimiser l'appropriation et l'application de la pratique clinique dans les milieux qui l'ont implantée, particulièrement pour les professionnel-le-s nouvellement arrivé-e-s en poste.

- En fin de projet (phase 3), deux groupes de travail ont été réalisés, ayant pour objectif d'identifier des solutions à des enjeux et défis observés lors des phases d'évaluation précédentes en prévision de la suite des travaux de pérennisation de la pratique au sein du CIUSSS-CN. Plusieurs recommandations ont émergé en lien avec les thématiques suivantes : l'identification du besoin prioritaire, le processus d'orientation, le FABO et différentes problématiques liées à la communication.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements</b>	3
<b>Sommaire exécutif</b>	5
<b>Table des tableaux</b>	11
<b>Table des figures</b>	11
<b>Avant-propos</b>	12
<b>Liste des abréviations</b>	14
<b>Introduction</b>	15
<b>Le descriptif de la nouvelle pratique évaluée</b>	17
<b>La recherche en partenariat</b>	20
<b>Méthodologie</b>	22
Recrutement et échantillonnage	22
<b>Résultats : les enjeux associés à la nouvelle pratique clinique en GMF-U-R</b>	25
Les usager-ère-s	25
Les professionnel-le-s	29
Les médecins et les IPSPL	35
Les CP, ASI et gestionnaires	38
<b>Résultats : les enjeux associés à la nouvelle pratique clinique dans les directions de programmes-services</b>	43
L'analyse et l'identification du besoin prioritaire	43
Le processus d'orientation et le FABO	44
La communication et la collaboration interdirections	50
<b>Résultats : Les enjeux associés à la mesure d'indicateurs de délais à l'étape de l'orientation</b>	53
<b>Les groupes de travail et les principales recommandations</b>	56
Thème 1 : L'identification d'un seul besoin prioritaire	56
Thème 2 : Le processus d'orientation et le FABO	57
Thème 3 : Les problèmes de communication	59
<b>Conclusion</b>	62
<b>Références</b>	66
<b>Annexe 1 : Synthèse des résultats de la phase 2</b>	67
<b>Annexe 2 : Synthèse des résultats de la phase 3</b>	70

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Variables à l'étude, méthodes de collecte et échantillons par phase	24
---	----

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 : La pratique clinique en GMF-U-R et le processus d'orientation	19
Figure 2 : Le partenariat entre les différents comités du CIUSSS-CN et l'équipe de recherche	21

## AVANT-PROPOS

Ce rapport présente les résultats qualitatifs des phases 2 et 3 du projet intitulé *Démarche d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique en GMF-U-R visant à orienter efficacement l'usager-ère vers les soins et les services de proximité : enjeux liés à son implantation*. Des résultats clés issus de la première phase d'évaluation sont également intégrés au présent document. Le projet visait à identifier et à caractériser les conditions d'implantation de cette nouvelle pratique clinique. Plus spécifiquement, les objectifs étaient de :

1. Décrire le contexte organisationnel dans lequel se déploie la pratique, plus précisément les enjeux liés à l'adaptation des structures organisationnelles et des processus de travail;
2. Saisir l'expérience des usager-ère-s, des professionnel-le-s, des médecins, des IPSPL, des CP, des ASI, des gestionnaires par rapport à la pratique et en identifier les enjeux;
3. Évaluer les effets de la pratique à partir d'indicateurs de performance <sup>3</sup>.

Une équipe de recherche menée par Nancy Côté, professeure au département de sociologie de l'Université Laval et chercheuse au VITAM – Centre de recherche en santé durable a été sollicitée afin d'évaluer l'implantation de cette pratique clinique au sein de l'équipe Accès (phase 1) et des GMF-U-R (phase 2). Quatre GMF-U-R ont été ciblés pour prendre part à la démarche d'évaluation. Une troisième phase de recherche a été ajoutée en cours de projet par la réalisation de deux groupes de travail. Les résultats préliminaires de la phase 1 font l'objet d'un rapport distinct et une présentation des résultats clés issus de cette première phase a été réalisée auprès des acteur-ric-e-s du CIUSSS-CN concerné-e-s par la démarche.

Quelques précisions s'imposent aux lecteur-ric-e-s de ce rapport pour bien saisir le contexte dans lequel s'est déroulée la phase 2 de notre collecte des données. L'évaluation d'implantation de la pratique clinique en GMF-U-R a été réalisée plus d'un an et demi suivant le début de la pandémie. Selon l'échéancier prévu au devis initial, la phase 2 devait s'amorcer à l'été 2020. À compter de mars 2020, les GMF-U-R ont été assujettis à plusieurs épisodes de délestages massifs de leurs professionnel-le-s, particulièrement les infirmier-ère-s, qui ont été réaffecté-e-s à d'autres secteurs. En contexte pandémique, les GMF-U-R se sont retrouvés à être « l'angle mort des

---

<sup>3</sup> Les résultats en lien avec cet objectif de recherche font l'objet d'un rapport distinct qui s'intitule : *Indicateurs de performance dans le contexte d'implantation et d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique visant à orienter efficacement l'usager-ère vers les soins et les services de proximité au sein des GMF-U-R*.

portes d'entrée » où les orientations à l'externe vers les programmes-services ont grandement diminué. À l'inverse, les autres portes d'entrée ont connu un achalandage croissant et ont donc eu un flux de références plus accru vers les programmes-services pour s'assurer de répondre aux besoins des usager-ère-s. La pratique a donc été moins mise en application jusqu'au retour de tous-tes les professionnel-le-s dans les GMF-U-R, à compter du mois de septembre 2021.

De plus, il importe également de souligner que quelques mois après la réintégration de tous-tes les professionnel-le-s en GMF-U-R, un changement de direction est survenu, en janvier 2022, dans les équipes de travail, intégrant l'ensemble des professionnel-le-s sous la même direction, soit la direction des services professionnels (DSP). Certains professionnel-le-s (ex : les infirmier-ère-s) relevaient auparavant de la direction des soins infirmiers (DSI), tandis que les travailleur-euse-s sociaux-ales et les psychologues relevaient de la DSM. Dans ce contexte, les équipes de gestion des quatre GMF-U-R participant au projet de recherche ont été transformées par la venue de nouveaux-elles gestionnaires, CP et ASI. En bref, le déploiement de la pratique clinique en GMF-U-R s'est entremêlé à d'autres changements organisationnels importants qui sont venus, par hypothèse, fragiliser son implantation et son appropriation dans les équipes de travail.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
APPR	Agent-e de planification, de programmation et de recherche
AIH	Accès intégré harmonisé
ASI	Assistant-e au supérieur-e immédiat-e
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CLSC	Centre local de services communautaires
CP	Coordonnateur-riche professionnel-le
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DJ	Direction du programme jeunesse
DDITSADP	Direction des programmes-services de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSMDI	Direction des programmes-services santé mentale, dépendances et itinérance
DSP	Direction des services professionnels
EOSS	Équipe d'organisation de soins et services
FABO	Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation
FRQS	Fonds de recherche Québec-Santé
GMF-U-R	Groupe de médecine familiale / Groupe de médecine familiale universitaire / Groupe de médecine familiale réseau
IPSSM	Infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e en santé mentale
IPSPL	Infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e en première ligne
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidences privées pour aîné-e-s
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial de services
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le ou la patient-e

## INTRODUCTION

Ce rapport s'adresse à la population, aux usager-ère-s, aux clinicien-ne-s et aux gestionnaires actuel-le-s du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les résultats issus de cette démarche de recherche permettent d'alimenter les travaux en cours sur les soins et les services de proximité en s'ancrant dans des préoccupations d'accès, de qualité et de continuité.

Les différents points de vue des acteur-ric-e-s œuvrant au sein de l'équipe Accès recueillis dans le cadre de ce projet de recherche, des GMF-U-R et des programmes-services du CIUSSS-CN ont permis de rendre compte de différents enjeux associés à la nouvelle pratique et aux expériences des usager-ère-s dans le continuum de soins et de services de proximité. Les témoignages des usager-ère-s ont occupé une place importante dans ce processus de recherche. 60 usager-ère-s ont participé à la collecte des données et deux usagères-partenaires ont collaboré à la démarche de recherche et d'implantation de la pratique en partageant leur savoir expérientiel et leurs réflexions tout au long de la démarche.

Ce rapport présente les résultats finaux de la deuxième et de la troisième phase d'évaluation d'implantation de la pratique en plus d'intégrer certains résultats clés de la première phase d'évaluation ayant eu lieu au sein de l'équipe Accès. Cette équipe assure la réception des références en provenance des partenaires communautaires, publics et privés du réseau territorial de services (RTS) et ses réseaux locaux de services (RLS), les médecins et les infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s en première ligne et en santé mentale (IPSPL-IPSSM), puis procèdent l'analyse du besoin prioritaire de l'usager-ère afin qu'il ou elle soit orienté-e vers le bon programme-services. Plusieurs résultats obtenus sont transversaux aux trois phases de collecte et seront mis en perspective dans le présent document, afin de mettre en lumière l'importance de certains enjeux communiqués par les participant-e-s. La troisième phase s'est ajoutée en cours de projet. La richesse des propos des participant-e-s a soulevé l'intérêt de créer deux groupes de travail afin d'approfondir certains enjeux et réfléchir à des pistes de solutions pour améliorer la pratique.

Le rapport est structuré selon les sections suivantes : 1) le descriptif de la nouvelle pratique évaluée; 2) le partenariat institué entre l'équipe de recherche, les sources de financement de ce

projet et différentes directions du CIUSSS-CN; 3) la méthodologie utilisée pour réaliser la collecte des données; 4) les résultats finaux issus de l'évaluation d'implantation de la pratique dans les quatre GMF-U-R et dans les différentes directions de programmes-services; 5) les enjeux associés à la mesure d'indicateurs de délais à l'étape de l'orientation; 6) les principales recommandations d'amélioration de la pratique issues des deux groupes de travail ; 7) la conclusion.



## LE DESCRIPTIF DE LA NOUVELLE PRATIQUE ÉVALUÉE

L'accès intégrés aux soins et aux services de proximité du RSSS et du RTS-RLS figure parmi les éléments centraux de la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) adoptée en 2015 (PL 10, 1<sup>re</sup> sess, 40<sup>e</sup> lég). Dans son plan stratégique 2015-2020, le MSSS en a fait un chantier prioritaire. Depuis 2016, le CIUSSS-CN a révisé en profondeur ses mécanismes d'accès par la mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle sur l'ensemble de son territoire. Cette structure, intitulée *l'Accès intégré et harmonisé (AIH)*, vise à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins et des services de proximité offerts à la population du territoire tout en les adaptant aux caractéristiques populationnelles et territoriales. Les objectifs de l'AIH au CIUSSS et en GMF-U-R sont de :

- Faciliter l'accès aux soins et services du CIUSSS-CN, du RSSS et du RTS-RLS;
- Simplifier les trajectoires de référence vers les bonnes ressources, au bon moment;
- Bonifier les pratiques collaboratives interprofessionnelles et intersectorielles à l'étape de l'orientation et de la référence de la demande de l'utilisateur et de son entourage vers les soins et services;
- Consolider les continuums de services au sein du RTS et de ses RLS.

À cette transformation organisationnelle d'envergure s'insère, depuis 2019, le déploiement d'une nouvelle pratique clinique visant à orienter efficacement l'utilisateur dans le continuum de soins et de services de proximité du RSSS et du RTS-RLS. Cette innovation soutenue par le processus de développement d'une pratique de pointe en GMF-U-R révisé les pratiques cliniques et organisationnelles antérieures qui mettaient davantage l'accent, à l'étape de l'orientation-référence d'une nouvelle demande de soins ou de services, sur une évaluation approfondie et sur le diagnostic pour accéder aux soins de santé et aux services sociaux. L'arrivée de cette pratique clinique initie donc un changement de paradigme important de l'accès intégré et harmonisé aux soins et services de proximité à l'étape de l'orientation en mettant l'accent sur :

- L'analyse du besoin prioritaire de l'utilisateur plutôt que seulement sur le diagnostic;
- La prise de décision partagée entre l'utilisateur (et son entourage) et les professionnel-le-s
- Une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle à l'étape de l'orientation.

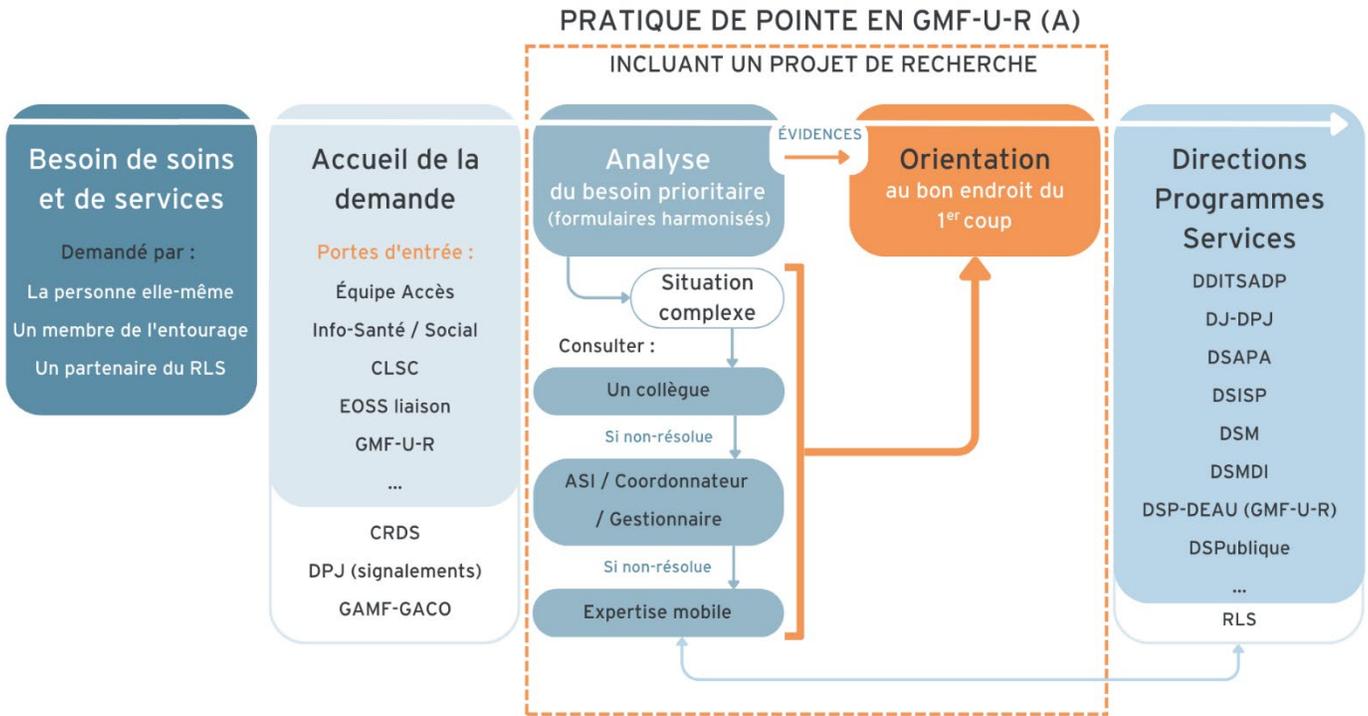
Cette pratique clinique a été déployée systématiquement par les professionnel-le-s occupant la fonction d'accueil-analyse-orientation-référence (AAOR) des demandes adressées par la

population dans les portes d'entrée principales du CIUSSS-CN et dans les GMF-U-R. À l'interne, au CIUSSS-CN, le processus d'orientation s'effectue à partir d'un nouvel outil clinique nommé le FABO qui permet aux professionnel-le-s œuvrant dans les portes d'entrée d'effectuer l'analyse du besoin prioritaire et de référer directement les usager-ère-s dans les différents programmes-services. À l'externe, les partenaires communautaires, publics et privés du RTS-RLS, les médecins, les IPSPL et les IPSSM empruntent une trajectoire différente en référant les demandes vers l'équipe Accès, à partir d'un autre formulaire, soit le formulaire de proximité. Les professionnel-le-s œuvrant au sein de cette équipe assurent la réception des références et procèdent à l'analyse du besoin prioritaire de l'usager-ère par voie téléphonique. Ils et elles orientent ce-tte dernier-ère vers le bon programme-services. Lorsque l'analyse du besoin prioritaire nécessite la contribution de plus d'une direction de programme-services, les CP soutiennent les arrimages communicationnels et l'instauration des collaborations interdirections.

Les visées de l'implantation de cette pratique clinique sont de :

- 1) Diminuer les allers-retours des usager-ère-s entre les programmes-services et les points de service;
- 2) Réduire les délais d'attente occasionnés par une orientation inadéquate ainsi que le nombre de refus de la part des programmes-services qui reçoivent les demandes de soins et de services;
- 3) Augmenter le nombre de demandes traitées en temps opportun à l'étape d'orientation;
- 4) Accroître le recours aux soins et services sociaux généraux pour offrir une réponse rapide à l'usager-ère et ses proches.

**FIGURE 1 : LA NOUVELLE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ACCÈS INTÉGRÉ ET HARMONISÉ EN GMF-U-R ET LE PROCESSUS D'ORIENTATION**



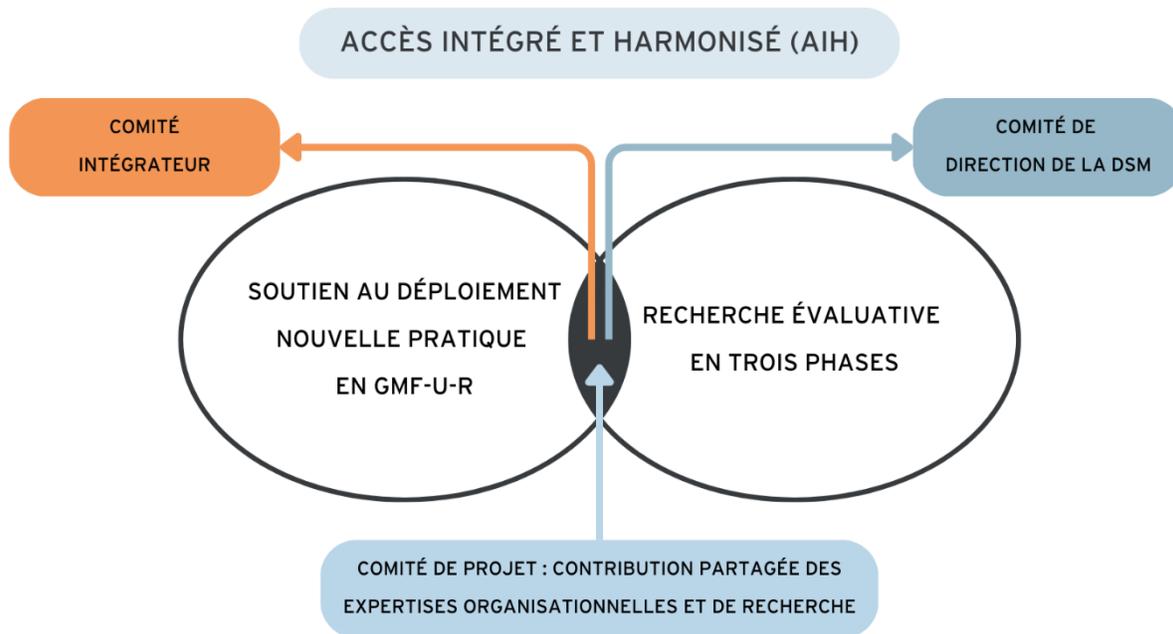
## LA RECHERCHE EN PARTENARIAT

La réalisation de ce projet est issue d'un financement partagé entre les Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS), le MSSS et de l'Unité de soutien SRAP (stratégie de recherche axée sur le ou la patient-e). La démarche d'évaluation d'implantation a été effectuée dans un contexte de partenariat étroit entre des représentant-e-s de diverses parties prenantes au projet de transformation clinique et organisationnelle, des usager-ère-s, ainsi que l'équipe de recherche. Dès le début de la démarche, un comité de projet composé d'au moins un-e représentant-e de chaque partie associée au projet a été mis en place: usager-ère-s partenaires, CP, ASI et gestionnaires en GMF-U-R, gestionnaire de l'équipe Accès, des chercheur-euse-s de l'équipe de recherche, la DSM et la DEAU.

Des échanges en continu ont eu lieu au sein du comité, afin d'assurer un intrant au fur et à mesure de l'évolution de la démarche d'évaluation. Ces discussions ont entre autres permis de suivre le déroulement du projet de recherche et d'échanger sur les aspects méthodologiques, les outils de collectes des données, la réalisation du terrain et les résultats de la recherche. Lors de ces rencontres, des actions à réaliser à court terme ont été identifiées et confiées aux parties prenantes afin de s'assurer de la prise en compte des expertises de chacun-e et de favoriser l'engagement de tous-tes dans le processus d'implantation. De plus, une présence de certains membres du comité de projet au comité intégrateur a favorisé la communication en lien avec la démarche d'évaluation avec l'ensemble des directions de programmes-services.

Le comité s'est réuni après chacune des phases de collecte de données pour présenter et discuter des analyses qui en découlaient. Les résultats préliminaires de la phase 1 ont été présentés en février 2021 au comité de projet, au comité intégrateur ainsi qu'au comité de direction de la DSM. Au moment d'écrire ce rapport, une synthèse des résultats issus des phases 2 et 3 du projet a été présentée au comité de direction de la DSM. D'autres modalités de communication sont à prévoir pour diffuser plus largement les résultats chez les participant-e-s ayant pris part au projet de recherche pour les trois phases (ex. : présentation, distribution d'un rapport synthèse des résultats, etc.)

**FIGURE 2 : LE PARTENARIAT ENTRE LES DIFFÉRENTS COMITÉS DU CIUSSS-CN ET L'ÉQUIPE DE RECHERCHE**



## MÉTHODOLOGIE

Bien qu'une étude mixte constituée de collectes de données qualitatives et quantitatives ait été réalisée au cours de ce projet, seuls les résultats qualitatifs seront présentés. Les résultats de la recherche quantitative, tirés de la phase 2 du projet, font l'objet d'un rapport distinct intitulé : *Indicateurs de performance dans le contexte d'implantation et d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique visant à orienter efficacement l'utilisateur vers les soins et les services de proximité au sein des GMF-U-R*. Les résultats finaux de ce rapport sont issus de la deuxième et de la troisième phase d'évaluation. Cependant, des résultats obtenus dans le cadre de la première phase d'évaluation réalisée au sein de l'équipe Accès, en 2020, auprès d'utilisateur-s, de professionnel-le-s et d'agent-e-s administratif-ve-s sont transversaux aux résultats des phases subséquentes du projet et seront intégrés au présent document puisqu'ils traduisent l'importance de certains enjeux communiqués par les participant-e-s. L'intégralité des résultats issus de la phase 1 d'évaluation sont documentés dans le rapport suivant : *Démarche d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique à l'équipe Accès visant à orienter efficacement l'utilisateur vers les soins et les services de proximité : enjeux liés à son implantation*.

### ■ Recrutement et échantillonnage

**En phase 2**, une évaluation a été réalisée dans quatre GMF-U-R et avait pour objectif de dresser les conditions favorables et les freins à l'implantation de la nouvelle pratique dans ces milieux cliniques en vue de soutenir le déploiement en cours sur le territoire. Plus précisément, cette phase avait pour but de mieux comprendre les enjeux vécus chez les usager-ère-s, les professionnel-le-s, les médecins, les IPSPL, les CP, les ASI et les gestionnaires en lien avec la pratique clinique au regard des éléments suivants : la formation et l'accompagnement, les nouveaux outils cliniques, le processus de prise de décision partagée et la collaboration interprofessionnelle et interdirections. Afin de bien saisir l'ensemble du continuum des soins et des services de proximité offerts aux usager-ère-s dans le contexte d'implantation de cette pratique, des groupes de discussion ont également été réalisés auprès de plusieurs acteur-ric-e-s œuvrant au sein des différentes directions de programmes-services du CIUSSS-CN. **En phase 3**, deux groupes de travail ont été constitués, ayant pour objectif de faire émerger des solutions à des enjeux et défis actuels observés dans la pratique clinique en prévision de la suite des travaux de pérennisation de la pratique au sein du CIUSSS-CN.

Parmi les quatre GMF-U-R ciblés initialement pour prendre part au projet de recherche, le GMF-R La Cité Médicale a été remplacé par le GMF-R du Carrefour en septembre 2021 en raison de

départs multiples de professionnel-le-s qui avaient pris part aux formations cliniques dans le contexte d'implantation de la pratique. Le GMF-R du Carrefour détenait une équipe médicale et professionnelle plus stable, offrant un contexte plus favorable pour effectuer notre démarche d'évaluation. En ce qui a trait au recrutement, celui-ci s'est déroulé en étroite collaboration avec des membres de notre comité de projet œuvrant au sein de la DSM du CIUSSS-CN. L'ensemble du personnel en GMF-U-R a été contacté via un courriel d'informations envoyé par l'équipe de recherche. Le recrutement des usager-ère-s s'est fait par les professionnel-le-s des quatre cliniques à la fin des consultations. À l'exception des médecins, nous sommes parvenus à rejoindre l'échantillon visé pour chaque catégorie de participant-e-s. Malgré plusieurs tentatives et le déploiement de différentes stratégies de recrutement pour obtenir la participation des médecins, il a été impossible d'atteindre le nombre visé au devis de recherche initial (n =12). Seulement quatre médecins ont pris part aux entrevues individuelles. Pour pallier cette lacune, des IPSPL ont été sollicité-e-s puisqu'ils et elles mobilisent la pratique clinique de la même manière que les médecins, c'est-à-dire par le recours au formulaire de proximité. Trois IPSPL ont accepté de nous accorder une entrevue individuelle.

Par ailleurs, il importe de mentionner que le recrutement des usager-ère-s a été empreint de quelques difficultés. Malgré un souci de l'équipe de recherche d'avoir un corpus varié d'usager-ère-s dans la composition de notre échantillon, certains profils font l'objet d'une surreprésentation (ex. : personne âgée, référence en GMF-U-R pour un suivi diabète, etc.) Pour atteindre l'objectif de 40 usager-ère-s recruté-e-s (10 usager-ère-s par GMF-U-R), la période de recrutement s'est étalée sur une période de près de 6 mois. Le contexte pandémique et l'importante charge de travail des professionnel-le-s semblent être des motifs pouvant expliquer le long délai pour atteindre l'objectif de recrutement pour les usager-ère-s et leur incapacité à s'investir pleinement dans la démarche. Enfin, malgré l'atteinte du nombre souhaité de participant-e-s pour la réalisation des différents groupes de discussion, deux directions de programmes-services sont surreprésentées dans notre échantillon, soient la DSAPA et la DSM. Un seul participant de la DSMDI a pris part au groupe de discussion et nous ne sommes pas parvenu-e-s à recruter de participant-e à la DDITSADP.

Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche Santé des populations et première ligne du CIUSSS-CN (# 2020-1800).

Les variables à l'étude, les méthodes de collectes des données et la composition des échantillons pour les phases 2 et 3 du projet figurent dans le tableau à la page suivante.

**TABLEAU 1 : VARIABLES À L'ÉTUDE, MÉTHODES DE COLLECTE ET ÉCHANTILLONS PAR PHASE**

Phase 2 : Évaluation d'implantation		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dans 4 GMF-U-R du territoire de la Capitale-Nationale (Partenaires intersectoriels)</li> <li>· Dans les directions de programmes-services du CIUSSSCN</li> </ul>	
<b>Variables</b> → →	<p>▪ <b>Enjeux de la pratique chez les usager-ère-s :</b></p> <p>Documentés à partir de la perception et de la satisfaction de l'usager-ère selon les 4 variables suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus d'identification du besoin prioritaire</li> <li>- Processus de prise de décision partagée et le confort décisionnel</li> <li>- Orientation ciblée</li> <li>- Délai entre le moment de la demande de soins et services et l'orientation</li> </ul> <p>▪ <b>Enjeux de la pratique chez les professionnel-le-s, les gestionnaires, les CP, les ASI, les médecins et les IPSPL :</b></p> <p>Documentés à partir de leur expérience professionnelle et collaborative interprofessionnelle selon les 5 variables suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et soutien reçus pendant l'implantation de la pratique</li> <li>- Processus d'identification du besoin prioritaire</li> <li>- Nouveaux outils cliniques</li> <li>- Processus de décision partagée avec l'usager-ère et son entourage</li> <li>- Collaboration interprofessionnelle et inter direction</li> </ul> <p>▪ <b>Indicateurs de performance dans les 4 GMF-U-R collectés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et objet (motif) de la demande traitée par les professionnel-le-s en GMF-U-R</li> <li>- Délai entre la date de la réception de la demande et la date de la décision de l'orientation</li> <li>- Type d'orientation et nombre de demandes orientées vers les programmes-services du CIUSSS-CN</li> <li>- Nombre de demandes assignées en GMF-U-R</li> <li>- Délai entre la date de réception de la demande et la date de la première rencontre d'intervention avec l'usager-ère</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>QUALITATIVE :</b></p> <p>▪ <b>Dans les quatre GMF-U-R, entrevues individuelles auprès de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40 usager-ère-s</li> <li>- 14 professionnel-le-s</li> <li>- 9 membres des équipes de gestion (gestionnaires, CP, ASI)</li> <li>- 3 IPSPL</li> <li>- 4 médecins</li> </ul> <p>▪ <b>Sept groupes de discussion dans les différentes directions de programmes-services du CIUSSS-CN :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Professionnel-le-s :</b> Deux groupes de discussion (4-5 par groupe; n = 9)</li> <li>- <b>CP – ASI :</b> Deux groupes de discussion (4-5 par groupe; n = 9)</li> <li>- <b>Gestionnaires :</b> Trois groupes de discussion (3 à 5 par groupe; n = 11)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>QUANTITATIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre de collecte des données : analyse pré-post implantation à partir des indicateurs de performance dans les 4 GMF-U-R pour une durée de 3 mois</li> <li>- Banque de donnée ICLSC<sup>4</sup> du CIUSSS-CN</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>ÉCHANTILLON : 99</b></p>	<b>Méthodes de collectes</b> ← ←
	<p><b>Phase 3 : Groupes de travail</b></p> <p><b>Enjeux liés à la pratique clinique et les recommandations d'amélioration en lien avec les enjeux identifiés par les participant-e-s</b></p> <p><b>Thèmes abordés :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'identification d'un seul besoin prioritaire</li> <li>2. Les enjeux liés au processus d'orientation et au FABO</li> <li>3. Les problèmes de communication</li> </ol>	<p><b>Deux groupes de travail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Équipe Accès :</b> 1 professionnel-le, 1 CP, 1 ASI et 1 gestionnaire</li> <li>- <b>Info-Social (811) :</b> 2 professionnel-le-s, 1 CP, 2 gestionnaires</li> <li>- <b>CLSC :</b> 1 professionnel-le, 1 CP, 1 gestionnaire</li> <li>- <b>GMF-U-R :</b> 1 professionnel-le, 1 CP, 1 gestionnaire</li> <li>- <b>Directions de programmes-services :</b> 2 professionnel-le-s, 1 leader de cellule, 3 CP, 1 gestionnaire, 3 adjoint-e-s aux trajectoires</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>ÉCHANTILLON : 25</b></p> <p style="text-align: right;"><b>ÉCHANTILLON TOTAL: 124</b></p>	

<sup>4</sup> Banque de données qui fournit des données sur les demandes de services, les usagers et les interventions concernant les services offerts en CLSC (MSSS, 2023).

## RÉSULTATS

### Les enjeux associés à la nouvelle pratique clinique en GMF-U-R

Cette section porte sur les résultats de la recherche évaluative réalisée dans quatre GMF-U-R. Elle répertorie les enjeux associés à la nouvelle pratique du point de vue des différentes catégories de participants rencontrés par le biais d'entrevues individuelles : usager-ère-s, professionnel-le-s, médecins, IPSPL, CP, ASI et gestionnaires.

Des résultats sont présentés pour chaque catégorie de participants et les thèmes suivants sont abordés : la formation et l'accompagnement, le processus de prise de décision partagée, le processus d'orientation et le FABO, la collaboration interprofessionnelle et interdirections.

### Les usager-ère-s

#### *Considérations préliminaires et limites de la collecte des données*

Les résultats auprès des usager-ère-s présentent une perspective différente par rapport aux autres catégories de participant-e-s interrogé-e-s qui sont tous-tes des acteur-ric-e-s impliqué-e-s dans l'opérationnalisation et/ou l'implantation de la nouvelle pratique à titre « d'utilisateur-ric-e ». Leurs témoignages en tant que « bénéficiaires » de la pratique font plutôt état de leur appréciation quant à l'obtention de résultats concrets en matière de soins et de services. Ils ne portent pas sur le processus d'orientation lui-même qui n'est pas tangible pour les usager-ère-s.

Un constat général émerge de la collecte de données réalisée auprès des 40 usager-ère-s rencontré-e-s en provenance des 4 GMF-U-R ciblés dans le cadre du projet. Il semble que le processus d'orientation déployé dans le cadre de la pratique soit « flou » ou difficilement distinguable pour une majorité des usager-ère-s interrogé-e-s par rapport aux pratiques antérieures précédant l'implantation de l'AIH. Ce constat s'applique d'autant plus pour plusieurs usager-ère-s pour lequel-le-s l'orientation privilégiée entraîne une référence à l'intérieur à même de leur GMF, au sein de l'équipe interprofessionnelle. Dans un tel contexte, il a souvent été difficile d'obtenir des réponses précises de la part des usager-ère-s pour établir des comparaisons pré-post implantation de la pratique. Cet enjeu semble influencé, notamment, par une difficulté relativement partagée par l'ensemble des usager-ère-s rencontré-e-s à bien saisir les spécificités de la pratique.

Par ailleurs, il importe de préciser que deux catégories d'usager-ère-s ont été interrogées durant cette collecte; ceux ayant été orienté-e-s vers des soins ou des services au sein de leur clinique médicale, et d'autres ayant été orienté-e-s dans les différentes directions des programmes-services du CIUSSS-CN. Initialement, la collecte de données prévoyait des entrevues individuelles uniquement avec des usager-ère-s ayant fait l'objet d'une référence externe vers les programmes-services du CIUSSS-CN par le biais d'un FABO. En cours de projet, un choix a été effectué de prendre en considération également des usager-ère-s ayant été orienté-e-s à l'interne, au sein des GMF-U-R. Une proportion très élevée d'usager-ère-s (80% à 90%) fait l'objet d'une référence au sein de leur GMF en comparaison au nombre d'usager-ère-s référé-e-s vers les différents programmes-services du CIUSSS-CN qui est peu élevé<sup>5</sup>.

### *L'expérience générale des usager-ère-s dans le contexte de la nouvelle pratique*

En raison des limitations soulevées précédemment, les usager-ère-s se sont davantage exprimé-e-s sur leur expérience générale en GMF-U-R plutôt que d'aborder de manière précise le processus d'orientation en lui-même. Un bon nombre d'usager-ère-s rencontré-e-s se sont prononcé-e-s de manière favorable quant à la qualité des soins et des services reçus. Bien que plusieurs usager-ère-s n'aient pas fourni d'explications détaillées quant aux raisons de leur appréciation, plusieurs éléments positifs ressortent de leurs discours. Parmi les éléments abordés par les usager-ère-s, ces dernier-ère-s notent d'abord « une approche compréhensive » de la part des professionnel-le-s et des médecins qui repose sur le « respect » à l'égard de leur situation. Plusieurs usager-ère-s ont décrit leur médecin comme étant une personne très « à l'écoute de leurs besoins ».

De plus, plusieurs usager-ère-s ont discuté de la collaboration interprofessionnelle en GMF-U-R qui, de leur point de vue, est présente et contribue à améliorer la qualité des soins et des services ainsi que les délais avant d'obtenir ces derniers. La collaboration entre les médecins et les infirmier-ère-s a été particulièrement remarquée par les usager-ère-s. Certain-e-s usager-ère-s de notre échantillon ayant fait l'objet d'une référence de la part d'un-e médecin vers un-e infirmier-ère pour un motif de diabète au sein de leur GMF ont souligné qu'ils et elles considèrent comme « efficace et positive » la manière dont se déroule leur suivi diabétique. Certain-e-s usager-ère-s rencontrent plus fréquemment l'infirmier-ère et consultent uniquement leur médecin pour effectuer un bilan annuel ou pour un suivi spécifique qui requiert l'expertise d'un-e médecin. Un

---

<sup>5</sup> Ce résultat est tiré du rapport intitulé : *Indicateurs de performance dans le contexte d'implantation et d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique visant à orienter efficacement l'usager-ère vers les soins et les services de proximité au sein des GMF-U-R*. p.23

usager affirme qu'il perçoit une « maximisation du temps des médecins et des infirmier-ère-s » et que les médecins peuvent « plus se consacrer aux choses un peu plus graves ou importantes ». Pour lui, il semble légitime de valoriser le rôle des différent-e-s professionnel-le-s au sein de son GMF : « *Avant, une clinique, c'était le médecin. Maintenant, c'est un ensemble de professionnels autour du médecin et ça fait un travail d'équipe. Ça, c'est encore mieux et ça maximise le travail de chacun.* » (Usager 5)

Par ailleurs, plusieurs usager-ère-s se sont prononcé-e-s sur leur expérience concernant le délai entre l'orientation de leur demande et l'obtention du soin ou du service, qu'il s'agisse de références au sein de leur GMF ou vers les programmes-services. Dans les deux cas, le délai a fait l'objet de propos très favorables parmi des usager-ère-s interviewé-e-s qui est la plupart du temps jugé comme étant « très rapide » et même parfois « surprenant » : « *Donc ça s'est quand même fait rapidement. Ah oui! Je n'ai pas eu un délai d'attente très long, puis je suis vraiment contente.* » (Usagère 19) Une autre usagère estime que les délais sont « minimales ». Cependant, certain-e-s usager-ère-s ont témoigné avoir rencontré des embûches pour obtenir un soin ou un service à la suite d'une orientation vers un programme-services en raison d'un délai important entre la référence et la prise en charge. Des usager-ère-s ont exposé que les situations les ayant mené à faire une demande de soins ou de services se sont détériorées à cause des délais trop importants de prise en charge : « *[...] Je me dis, et je ne pense pas être la seule, on se sent un peu laissés à nous même pour essayer de surmonter [nos problèmes] [...] Je trouve qu'il y a un grand manque de services et de rapidité. Je comprends qu'il y ait les lignes 811, [...] mais ça ne veut pas dire nécessairement que tu as envie qu'à chaque jour où tu as une idée noire, d'appeler et que ce soit une personne différente dans le dossier.* » (Usagère 32) En effet, cette participante déplore devoir attendre des mois, voire plus d'un an, avant d'avoir un suivi allant au-delà d'une écoute ponctuelle. De plus, certain-e-s usager-ère-s ont affirmé devoir se tourner vers des options de soins ou de services où les délais d'attente sont plus courts plutôt que vers les soins ou les services jugés idéaux pour répondre à leurs besoins.

### | *Le processus de prise de décision partagée*

Parmi les 40 entrevues individuelles réalisées auprès des usager-ère-s en GMF-U-R, un peu plus de la moitié des usager-ère-s mentionne avoir été impliquée dans la prise de décision concernant l'identification de leur besoin prioritaire et dans le choix du soin ou du service s'y rattachant. Plusieurs usager-ère-s semblent satisfait-e-s de leur implication dans le processus de décision partagée, mentionnant notamment que les professionnel-le-s s'assuraient de leur bonne

compréhension quant aux propositions effectuées : « *On [m'a] laissé le choix [entre deux options], en [m'expliquant] très bien les deux côtés et à quoi [ça m'engageait].* » (Usager 6) De plus, des usager-ère-s ayant vécu le processus de prise de décision partagée soutiennent avoir expérimenté un sentiment de liberté et d'autonomie qu'ils et elles ont apprécié. Selon les propos d'une usagère, « *[les options de soins et de services] ont été amenées d'une façon extrêmement respectueuse* ». (Usagère 17). Une autre participante abonde en ce sens et ajoute avoir été satisfaite de son implication dans la prise de décision entourant les soins qu'elle devait recevoir : « *Je ne me suis jamais sentie obligée à rien, c'est parfait.* » (Usagère 26). Cependant, il semble que d'autres usager-ère-s préfèrent davantage avoir le soutien des professionnel-le-s. Il semble que dans certains cas, le processus de prise de décision partagée ne convienne pas à la situation de l'usager-ère. Ainsi, certaines difficultés peuvent émerger chez des usager-ère-s qui sont moins aptes à identifier ou à verbaliser leur besoin. Cette réflexion se retrouve dans les propos d'une usagère : « *Moi j'avais plusieurs défis et puis j'aurais aimé que la professionnelle m'aide à prioriser sur quoi travailler en premier.* » (Usagère 34).

Les résultats obtenus lors des entrevues réalisées auprès des usager-ère-s en lien avec le processus de prise de décision partagée font écho à ceux obtenus lors de la première phase d'évaluation à l'équipe Accès. De façon générale, les résultats semblent témoigner qu'il existe différents cas de figure quant au positionnement des usager-ère-s au regard de leur degré de confort par rapport au processus de prise de décision partagée. Certain-e-s apprécient le fait d'être impliqué-e-s dans le processus de prise de décision partagée avec les professionnel-le-s, alors que pour d'autres, cette implication est insécurisante. Certain-e-s usager-ère-s perçoivent ce processus comme une source de stress ou comme une trop grande responsabilité à leur égard.

**En somme**, le point de vue global d'une majorité des usagers-ère-s est très favorable quant à l'expérience de soins et de services vécue au sein de leur GMF-U-R. Les usager-ère-s ont particulièrement souligné l'écoute et l'approche compréhensive dont fait preuve l'équipe médicale. À cet égard, la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmier-ère-s a été identifiée favorablement par les usager-ère-s. Enfin, plusieurs usager-ère-s semblent apprécier être impliqué-e-s dans le processus de prise de décision partagée et ont relevé positivement l'accompagnement reçu par les professionnel-le-s dans la démarche. Toutefois, pour certain-e-s, ce processus apparaît inapproprié. Certain-e-s usager-ère-s préfèrent s'en remettre à l'expertise des professionnel-le-s en raison, notamment, de difficultés à identifier ou à verbaliser leurs besoins.

## Les professionnel-le-s

### La formation et l'accompagnement

Dans le contexte des entrevues individuelles, les professionnel-le-s ont d'abord été invité-e-s à se prononcer sur la formation fournie lors de l'implantation de la nouvelle pratique. Les professionnel-le-s sont majoritairement d'avis que la formation actuelle sous la forme de capsules vidéo est utile pour bien comprendre les principes généraux de la pratique, mais elle est jugée insuffisante pour être en mesure de bien la mettre en application au quotidien.

À cet égard, plusieurs professionnel-le-s ont qualifié la formation comme étant trop « théorique » et que l'utilisation d'exemples concrets serait aidante pour faciliter le processus d'identification du besoin prioritaire chez l'utilisateur et compléter le FABO. Les professionnel-le-s semblent s'accorder sur la difficulté d'appropriation liée aux évidences et au FABO. Ils et elles considèrent « manquer d'informations et d'outils » pour être en mesure de bien les utiliser.

On remarque toutefois que les professionnel-le-s pallient les lacunes qu'ils et elles identifient plus haut en lien avec la formation par un soutien mutuel entre collègues. En fait, l'entraide et l'accompagnement entre les collègues semblent leur permettre une appropriation plus « concrète » de la pratique en s'appuyant sur le savoir de leurs collègues : « *Je pense que si on demandait de l'aide à nos gestionnaires, ils essaieraient de nous aider, mais ils ne savent pas nécessairement comment faire, parce qu'ils ne font pas de FABO. Quand il faut que tu fasses un FABO, la meilleure personne qui peut t'aider, c'est quelqu'un qui en fait souvent, tu comprends.* » (Infirmière 3)

L'élément souligné par cette infirmière se retrouve également dans le discours d'une majorité de professionnel-le-s interviewé-e-s. Tous-tes les professionnel-le-s reconnaissent les efforts de l'équipe de gestion en GMF (CP, ASI et gestionnaire) pour tenter de les soutenir cliniquement dans la mise en application de la pratique ou pour être appuyé-e-s dans une intervention plus complexe avec un-e usager-ère. Cependant, plusieurs professionnel-le-s affirment que l'équipe de gestion apparaît souvent surchargée et qu'il peut être parfois difficile de s'y référer en cas d'embûches. En ce sens, le discours des professionnel-le-s interrogé-e-s laisse percevoir un besoin d'une plus grande proximité avec les membres de l'équipe de gestion, malgré leur compréhension à l'égard de leur surcharge de travail. Cet enjeu a également été soulevé par la majorité des professionnel-le-s de l'équipe Accès ayant pris part aux entrevues individuelles lors de la phase 1.

### *Le processus de prise de décision partagée*

Le processus de prise de décision partagée semble être adopté et apprécié de la plupart des professionnel-le-s interviewé-e-s. De leur point de vue, ce processus est approprié avec un bon nombre d'usager-ère-s. Il permet l'octroi d'une plus grande autonomie et d'un pouvoir décisionnel accru chez les usager-ère-s pour déterminer leur besoin et effectuer le choix du soin ou du service qui s'y rattache. En fait, plusieurs professionnel-le-s ont mentionné que ce processus faisait déjà partie intégrante de leur pratique professionnelle avant l'implantation de la pratique, particulièrement chez les travailleur-euse-s sociaux-ales. Majoritairement, le processus de prise de décision partagée est considéré comme une réussite puisqu'il était déjà perçu essentiel à l'orientation de l'usager-ère, comme en témoignent les propos de cette infirmière :

Il faut bien questionner l'usager pour savoir ce qu'il vit au quotidien, comment il voit sa problématique [...]. Par la suite, je discute avec lui sur ce que je perçois par rapport à l'évaluation qu'on a fait et qu'est-ce qui s'offre à lui comme options [de soins ou de services]. Je lui demande s'il est d'accord avec un transfert pour voir un autre professionnel ou avec une prise en charge pour éventuellement améliorer sa situation. Il faut l'accord du patient de toute façon, sinon ça ne fonctionnerait pas. (Infirmière 5)

Quelques professionnel-le-s ont mentionné qu'il était parfois possible qu'une conception divergente entre le besoin vu par l'usager-ère et celui observé par le ou la professionnel-le se présente, mais qu'une discussion de cette divergence était réalisée avec l'usager-ère pour arriver à une entente permettant de préserver le confort décisionnel de ces dernier-ère-s. D'emblée, la majorité des situations rencontrées avec les usager-ère-s sont considérées par les professionnel-le-s comme étant « assez simples » à résoudre puisque les usager-ère-s arrivent, la plupart du temps, à exprimer « ce qui ne va pas ». Toutefois, plusieurs professionnel-le-s ont souligné la difficulté de devoir identifier un seul besoin prioritaire avec l'usager-ère. En effet, certain-e-s usager-ère-s présentent des situations complexes avec plusieurs besoins concomitants qui mériteraient d'être pris en charge de manière simultanée (ex : personne âgée avec différentes problématiques à la fois physiques et sociales). Actuellement, aucune modalité formelle à l'étape de l'orientation permet de mettre en place une collaboration entre plusieurs programmes-services pour répondre à des situations plus complexes. Ce faisant, il semble que certain-e-s professionnel-le-s aient le sentiment de devoir faire « certaines concessions dans le choix du besoin prioritaire », afin de s'assurer que l'usager-ère soit pris-e en charge minimalement par un programme-services.

Malgré une bonne appréciation du processus de prise de décision partagée par la majorité des professionnel-le-s, certain-e-s ont émis des nuances quant à la mise en application de ce dernier. Ces nuances font également écho aux propos tenus par les professionnel-le-s de l'équipe Accès interviewé-e-s à la phase 1 concernant le processus de prise de décision partagée. En effet, ce processus ne peut être appliqué de la même manière pour tous les usager-ère-s. Certain-e-s sont aptes à verbaliser et identifier leur besoin, alors que d'autres veulent être plus soutenu-e-s dans la démarche. Ainsi, l'implication des professionnel-le-s dans le processus peut donc être à géométrie variable selon les capacités et les besoins de chaque usager-ère :

Parfois, on a besoin de se fier au professionnel. C'est comme quand on va au garage [...]. Moi, je ne connais rien à l'auto. Le mécanicien me dit « change tes freins », je dis « oui, fais-le ». Je ne fais pas des études en mécanique auto. Je me fie au professionnel parce que ce n'est pas ma branche, parce que je ne connais rien dans ça. Certains patients, ils viennent nous voir pour avoir notre avis. Ils ont de la difficulté à identifier leur besoin prioritaire. (Infirmière 4)

#### *Le processus d'orientation et le FABO*

Plusieurs professionnel-le-s conçoivent de manière positive le recours au FABO comme formulaire unique pouvant être utilisé par tous types de professionnel-le-s des portes d'entrée pour référer les usager-ère-s de manière autonome dans les différentes directions de programmes-services. Cependant, l'utilisation du FABO semble beaucoup plus adaptée pour les travailleur-euse-s sociaux-ales qui constatent des similitudes avec d'autres formulaires qu'ils et elles ont à remplir :

Le FABO c'est assez simple. J'aime bien mieux faire un FABO qu'une évaluation du fonctionnement social. C'est beaucoup moins complexe et il y a beaucoup moins de contenu et d'éléments à nommer. L'enjeu d'écrire un FABO c'est plus pour les autres professions qui ne faisaient pas ce type d'évaluation avant. Pour les infirmières, on va se le dire, c'est complexe. Pour moi, faire un FABO, c'est faire une évaluation du fonctionnement social simplifiée. (Travailleuse sociale 2)

À la lumière des propos tenus par la travailleuse sociale ci-haut, il semble que les infirmier-ère-s soient particulièrement concerné-e-s par les changements engendrés par la pratique dans leur champ d'expertise. Concrètement, la pratique apparaît comme une augmentation de leur charge de travail en raison du processus d'écriture associé au FABO : « *Oui, ça augmente vraiment ma charge de travail. Au début, on nous disait qu'il n'y avait plus d'évaluation avec la nouvelle pratique, qu'on enlevait une couche. Dans les faits, cette étape s'est déplacée vers nous, c'est l'infirmière clinicienne qui la fait.* » (Infirmière 4).

D'ailleurs, à cette nouvelle charge de travail s'ajoute une plus grande responsabilité professionnelle qui semble générer chez les infirmier-ère-s un sentiment d'insécurité puisque ces dernier-ère-s sentent qu'ils et elles doivent détenir une expertise dans tous les domaines cliniques. Cette nouvelle injonction ressentie par les infirmier-ère-s se remarque distinctement dans les propos de celle-ci : « *On ne peut pas être expert dans tout là, c'est impossible. On peut cibler certaines choses puis on est capable de voir, je crois, que le besoin est là-dedans, mais peut-être que je n'ai pas ciblé à 100% le besoin prioritaire.* » (Infirmière 5)

Face à cet enjeu nommé par les infirmier-ère-s concernant l'identification du besoin prioritaire, ces dernier-ère-s ont également évoqué une « méconnaissance de l'offre de soin et de service » des différentes directions de programmes-services, ce qui complexifie la rédaction de leur FABO et, par ricochet, l'orientation de l'utilisateur. Dès lors, afin de contourner les contraintes associées au FABO, certain-e-s remplissent plutôt le formulaire de proximité qu'ils ou elles font signer par la suite par un-e médecin de leur GMF. En cours d'entrevue, plusieurs infirmier-ère-s ont fait valoir leur incompréhension quant au fait que les médecins et les IPSPL utilisent un formulaire beaucoup plus « court » et « simple » à remplir comparativement à eux et elles.

De façon générale, quoique la majorité des professionnel-le-s semblent adhérer aux objectifs et motivations organisationnels derrière l'implantation de cette pratique, plusieurs professionnel-le-s ont partagé leurs doutes quant aux réels changements que pouvait apporter celle-ci. Du point de vue de plusieurs, la pratique ne fait que transférer les délais d'attente pour les usager-ère-s vers les directions des programmes-services. En fait, le délai pour orienter l'utilisateur peut « être assez rapide », mais les délais de prise en charge dans les programmes-services peuvent être très longs :

« L'objectif de cette pratique-là est fort louable : éviter les reflux, avoir la bonne réponse au bon moment, par le bon praticien. Je pense que ça, les professionnels adoptent ces éléments-là. On le souhaite pour les patients. Par contre, dans les faits, ça crée de l'engorgement dans le système, et ça crée des délais. » (Travailleuse sociale 3)

« C'est bien beau faire des FABO, mais il faut bien qu'il y ait des gens qui les prennent [ces références-là]. Au même titre que s'il manque du personnel, bien on n'aura pas plus une pratique de pointe efficace, il y a ça aussi. » (Travailleuse sociale 5)

## | La collaboration interprofessionnelle et interdirections

De manière générale, la collaboration à l'intérieur des équipes interprofessionnelles des 4 GMF-U-R impliqués dans le projet de recherche semble assez bonne. De plus, les participant-e-s soulignent également que la collaboration interprofessionnelle présente en GMF-U-R accroît la prise en charge de nouvelles demandes, tout en offrant aux usager-ère-s plusieurs soins et services sous la même enseigne.

Cependant, certain-e-s professionnel-le-s interrogé-e-s évoquent une distinction entre une « *réelle collaboration* » entre les différent-e-s professionnel-le-s de l'équipe et une collaboration plus « *fonctionnelle ou mécanique* » qui est parfois vécue avec les médecins :

Je suis toujours embêtée avec ce mot collaboration parce qu'elle est très différente d'un médecin à l'autre. Pour moi, la collaboration, ça va plus loin qu'un collègue médecin qui me dit : *Tiens, je t'ai référé un client* (rire). Puis qu'il m'explique un peu le topo puis ça finit là. Mais pour eux autres [certains médecins], ça correspond à une collaboration. Moi ce n'est pas ce que j'appelle une vraie collaboration interprofessionnelle là (rire). (Travailleuse sociale 5)

À cet égard, plusieurs professionnel-le-s considèrent que les médecins n'adhèrent pas tous-tes de la même manière à la pratique et que leur compréhension de celle-ci diffère également largement. Selon ces mêmes professionnel-le-s, ces divergences dans la compréhension de la pratique et la présence d'un manque de formation chez les médecins seraient des freins à la collaboration interprofessionnelle : « *Il y a de la résistance. En fait, je ne sais pas si c'est de la résistance ou que les médecins sont mal informés. Encore dernièrement, ça m'est arrivé, le médecin était tout mêlé. Il ne savait pas qu'il devait aller sur le site de l'AIH [pour savoir comment orienter son usager]* » (Travailleuse sociale 2).

De plus, leur incompréhension quant aux rôles de certain-e-s professionnel-le-s œuvrant au sein des GMF constitue un obstacle supplémentaire à la collaboration interprofessionnelle, particulièrement avec les travailleur-euse-s sociaux-ales : « *Parfois, il y a confusion des rôles. Qui doit faire la référence? Le médecin réfère un patient au travailleur social pour qu'il étudie le besoin prioritaire et qu'il fasse l'orientation ou c'est au médecin de référer directement son usager [à l'équipe Accès] avec le formulaire de proximité?* » (Travailleuse sociale 4). Du point de vue des travailleur-euse-s sociaux-ales interrogé-e-s, pour certain-e-s médecins, « leur rôle est très clair », mais pour d'autres « leur rôle est inutile ou n'est pas tout à fait compris ».

Selon les propos d'une majorité des professionnel-le-s rencontré-e-s, il semble toutefois que la collaboration avec les différents programmes-services soit plus problématique. Concrètement, les professionnel-le-s soulignent un enjeu de collaboration avec les différents programmes-services à cause de l'absence de suivi par rapport à leurs usager-ère-s après l'étape de l'orientation : « *On dirait que j'envoie ça dans l'univers parce qu'on n'a pas de rétroaction.* » (Infirmière 4). Cet élément semble faire l'objet d'une préoccupation chez plusieurs professionnel-le-s interrogé-e-s. Ces dernier-ère-s indiquent ainsi que dès qu'un-e usager-ère est référé-e dans un programme-services, il est très difficile de suivre sa trajectoire de soins ou de services puisqu'il n'y a aucune modalité claire de communication ou de rétroaction pour confirmer une prise en charge ou l'amorce d'un soin ou d'un service : « *Il n'y a aucun filon. Il n'y a pas de numéro de téléphone ou une personne de référence que l'on peut appeler [dans les programmes-services].* » (Infirmière 1)

**En somme**, il se dégage des propos des professionnel-le-s que, dans son état actuel, la formation n'est pas suffisante pour être en mesure de bien mettre en œuvre la pratique. En l'absence d'un accompagnement soutenu de l'équipe de gestion auprès des professionnel-le-s, l'entraide entre les collègues semble être l'approche privilégiée pour répondre à leurs interrogations en lien avec la pratique. Le processus de prise de décision partagée semble s'actualiser avec les usager-ère-s dans un bon nombre de situations, mais celui-ci peut être appliqué de manière variable en fonction des capacités de l'usager-ère à identifier et à verbaliser son besoin. Par ailleurs, l'utilisation du FABO chez les professionnel-le-s en comparaison au formulaire de proximité utilisé chez les médecins et les IPSPL soulève un enjeu d'équité en ce qui a trait à la charge de travail dans leur utilisation respective. Le formulaire de proximité étant beaucoup plus simple et court à remplir, il constitue voie de contournement pour plusieurs infirmier-ère-s pour orienter les usager-ère-s. La collaboration à l'intérieur des équipes professionnelles au sein des GMF-U-R semble bonne, malgré une incompréhension des médecins quant au rôle des travailleur-euse-s sociaux-ales. La collaboration entre les portes d'entrée et les différentes directions de programmes-services semble constituer un enjeu en termes de communication et de rétroaction. Les professionnel-le-s des GMF-U-R souhaiteraient être informé-e-s, selon des modalités de communication et de collaboration officielles, du parcours de l'usager-ère à l'intérieur des soins et services du CIUSSS-CN à la suite du processus d'orientation et de la référence vers les programmes-services.

## Les médecins et les IPSPL

### La formation et l'accompagnement

L'accompagnement et la formation offerts aux médecins et aux IPSPL dans le contexte d'implantation de la nouvelle pratique sont considérés comme étant « limités » et semblent correspondre à certains enjeux soulevés par les professionnel-le-s dans la section précédente. Plus précisément, l'accompagnement et la formation fournis aux médecins et aux IPSPL sont basés essentiellement sur le partage de courriels les informant des éléments clés de la pratique et sur le visionnement des capsules vidéo de formation : « *Les capsules, bien, c'est sûr que moi j'en ai vu passer. Il y en a que j'ouvre et je me décourage, je passe vite* » (Médecin 1). À la lumière des propos des médecins et des IPSPL rencontré-e-s, il semble que la mise en place d'un outil centralisé dans lequel serait colligé l'ensemble des informations utiles en lien avec la pratique pourrait être facilitant. Le temps pour visionner les capsules semble être un enjeu considérant la charge de travail des médecins et des IPSPL puis cet outil de formation, de leur point de vue, n'est pas le plus optimal pour être en mesure de bien s'approprier la pratique et aider leurs usager-ère-s : « *Écoute, moi, j'ai besoin d'un résumé pratico-pratique auquel je peux me référer en deux minutes à cinq minutes condensées. Petit rappel, points clés, tout ce que je devrais savoir vraiment. Parce que les vidéos c'est long, mais je comprends le processus de formation et tout. Ce n'est pas ça qui m'aide au quotidien avec mes patients, par contre.* » (IPSPL 1)

Ce faisant, certain-e-s participant-e-s ont évoqué le souhait d'avoir des formations en présentiel similaires à celles suivies initialement par les professionnel-le-s des quatre GMF-U-R ciblés par le projet de recherche, en 2019. Par ailleurs, ce manque de formation chez les médecins et les IPSPL semble occasionner certains inconforts et incertitudes dans la manière de bien mettre en œuvre la pratique : « *À quel moment il faut que je le fasse [le formulaire de proximité]? Mais ça dépend. Parfois, c'est ce que je me demande, est-ce que c'est ce formulaire-là qui est pertinent? Comme on a aussi nos travailleuses sociales avec nous, des fois, je me dis est-ce que c'est plus à elles que je dois finalement référer la demande ou est-ce que c'est plutôt à ce formulaire-là finalement?* » (Médecin 2).

### Le processus d'orientation et le formulaire de proximité

Malgré certaines critiques énoncées par les médecins et les IPSPL au sujet de la formation, leur point de vue est beaucoup plus favorable en ce qui concerne l'utilisation du formulaire de proximité, qu'ils et elles considèrent adapté à leur réalité de travail puisqu'il est « unique » pour

orienter les usager-ère-s, et ce, pour tous types de demandes. Les propos de cette IPSPL traduisent bien l'appréciation des participant-e-s à l'égard du formulaire : « *Moi je l'adore le formulaire, puis j'ai vu le formulaire pour les infirmières. Au début, j'ai paniqué parce que je me suis dit ce n'est pas vrai que je vais remplir ça. Puis, après notre formulaire simplifié est sorti, puis celui-là, il est parfait* » (IPSPL 2). Par ailleurs, cet extrait vient également mettre en exergue l'écart exprimé par les professionnel-le-s, particulièrement les infirmier-ère-s, en regard de la charge de travail plus importante liée à la complétion des FABO en comparaison avec le formulaire de proximité.

Au-delà de l'utilisation du formulaire de proximité qui constitue un avantage de la pratique chez les participant-e-s, l'implantation de cette dernière est perçue positivement puisqu'elle est beaucoup plus « fluide » du point de vue des IPSPL interrogé-e-s. Le fait d'avoir une trajectoire d'orientation uniformisée permet aux IPSPL d'avoir une plus grande autonomie dans l'exercice de leur rôle et de pouvoir prendre en charge leurs usager-ère-s dans leur « globalité » en alliant à la fois les volets des soins cliniques et des services psychosociaux.

#### | *Le processus de prise de décision partagée*

Les médecins et les IPSPL se sont aussi exprimé-e-s sur le processus de prise de décision partagée. Certain-e-s participant-e-s ont souligné qu'une telle approche permet l'octroi d'un pouvoir décisionnel accru pour l'usager-ère dans sa démarche de soins ou de services, mais que le processus de prise de décision partagée soulève un enjeu quant à la place de l'expertise professionnelle et du jugement clinique. Comme évoqué par plusieurs professionnel-le-s interrogé-e-s, tous-tes les usager-ère-s ne possèdent pas les mêmes capacités pour parvenir à identifier et à verbaliser leur besoin. Ce faisant, si une trop grande responsabilité incombe les usager-ère-s à s'investir dans l'identification de leur besoin prioritaire, certain-e-s médecins et IPSPL arguent que ces dernier-ère-s pourraient potentiellement ne pas recevoir les bons soins et services : « *Il faut travailler avec les limites des patients. Les patients ne sont pas tout le temps au courant de ce qu'ils ont, ne sont pas tout le temps bien au fait sur ce dont ils ont réellement besoin pour aller mieux. [...] C'est sûr que pour moi, cet élément de la pratique, c'est un petit peu un échec dans certains cas.* » (Médecin 1)

Du point de vue des médecins plus particulièrement, le processus de prise de décision partagée ne peut s'opérer avec tous types d'usager-ère-s. Certain-e-s usager-ère-s plus vulnérables ou ayant des problématiques de santé nécessitant des soins ou des services requérant l'expertise spécifique des médecins (ex: problématique de diabète) ne peuvent être investi-e-s d'une

démarche dans un contexte de prise de décision partagée. Le processus de prise de décision partagée semble davantage mobilisé par les médecins lorsqu'un-e usager-ère est confronté-e à une problématique liée à la santé mentale et que les options de services ou de soins sont davantage étendues.

### *La collaboration interprofessionnelle et interdirections*

La collaboration interprofessionnelle à l'intérieur des GMF-U-R, selon les médecins et les IPSPL, semble bonne et les rôles de chacun-e sont bien définis. Cet élément semble faire l'objet de perceptions divergentes à l'égard du positionnement des professionnel-le-s soulevé plus haut concernant la collaboration interprofessionnelle avec les médecins. Les médecins et les IPSPL rencontré-e-s soulignent qu'ils et elles sont amené-e-s à collaborer avec plusieurs professionnel-le-s au sein de leur GMF, mais qu'une collaboration plus particulière est établie avec les travailleur-euse-s sociaux-ales depuis l'implantation de la pratique. Les travailleur-euse-s sociaux-ales au sein des équipes GMF semblent être une source d'informations privilégiées concernant la pratique et ils et elles apportent régulièrement leur soutien à l'équipe de soins pour l'orientation de plusieurs usager-ère-s : « *Oui, souvent, j'envoie un courriel à notre travailleuse sociale et puis je lui demande pour tel ou tel type de besoins, quelle est la meilleure façon de faire.* » (Médecin 2)

Comme évoqué par plusieurs professionnel-le-s ci-haut, l'enjeu de la collaboration entre les portes d'entrée et les programmes-services a été abordé. Quoique les médecins et les IPSPL reçoivent un avis de réception de leur demande de référence en provenance de l'équipe Accès, ils et elles souhaiteraient être en mesure de suivre le parcours de leurs usager-ère-s jusqu'au moment où ces dernier-ère-s pris-e-s en charge. Tout comme les professionnel-le-s, les médecins et les IPSPL apprécieraient la mise en place d'un système de suivi du parcours de l'usager-ère du moment de la référence jusqu'à la prise en charge dans les programmes-services : « *C'est que bien que j'aie une réponse [de l'équipe Accès] que mon patient va être orienté dans tel service. Après, ce qui est malheureux un petit peu c'est que je n'ai pas de délai attendu, je n'ai pas nécessairement de confirmation que le patient a bien été pris en charge après. Fait que ça, c'est quand même une part d'incertitude.* » (Médecin 1)

**En somme**, les propos des médecins et des IPSPL interviewé-e-s laissent croire que la formation et l'accompagnement disponibles sont insuffisants pour bien mettre en œuvre la pratique. Le formulaire de proximité est apprécié par les participant-e-s puisqu'il est unique pour procéder à l'orientation des usager-ère-s pour tous types de demandes de soins et de services. De plus, le

processus de prise de décision partagée est perçu positivement puisqu'il permet à l'usager-ère de s'investir dans sa démarche de soins ou de services. Toutefois, du point de vue des médecins, ce processus ne peut être appliqué de la même façon avec tous-tes les usager-ère-s. De leur point de vue, certain-e-s usager-ère-s se trouvent en situation de vulnérabilité ou ont des problématiques de santé nécessitant des soins ou des services requérant davantage leur expertise. Enfin, la collaboration interprofessionnelle est décrite comme étant bonne, avec une définition des rôles claire pour chaque membre des équipes de travail. Selon les médecins, celle-ci semble particulièrement marquée avec les travailleur-euse-s sociaux-ales. Cependant, la collaboration avec les programmes-services apparaît problématique. Les participant-e-s déplorent le fait de ne pas être en mesure de suivre le parcours de l'usager-ère ayant été référé-e par l'équipe du GMF-U-R jusqu'au moment de la prise en charge.

### ⋮ Les CP, ASI et gestionnaires

#### | La formation et l'accompagnement

Questionnés sur la formation actuellement disponible en lien avec la nouvelle pratique, les gestionnaires, CP et ASI interrogé-e-s sont d'avis qu'il y a un « manque » en ce qui concerne la formation pour que les professionnel-le-s de leurs équipes soient en mesure de bien mettre en œuvre la pratique en application. Certain-e-s participant-e-s suggèrent que le contexte pandémique, pendant lequel la pratique a été « mise sur la glace », a contribué à relayer « au second plan » sa mise en œuvre dans les GMF, et ce, depuis le retour complet de l'ensemble des professionnel-le-s en septembre 2021. Plusieurs participant-e-s ont soulevé l'importance, voire « la nécessité », de faire une « mise à jour » des principes fondateurs de la pratique et du processus de rédaction des FABO dans les équipes de travail en GMF : « *Ça a tellement bougé tout ça. Le temps a coulé, les gens ont comme un peu oublié l'essence de l'AIH. Ça serait bien qu'on revienne à faire une présentation. Mais pas juste les capsules là tu sais, refaire les belles rencontres qu'on a eues pour présenter pourquoi on s'en allait vers là. Moi, je pense que ça serait bénéfique pour ramener les gens là-dedans.* » (Gestionnaire 4)

Au-delà du programme de formation qui est considéré comme étant « insuffisant » pour les équipes de professionnel-le-s afin de bien s'approprier la pratique, les gestionnaires déplorent le manque d'outils et d'informations qui leur sont disponibles pour être en mesure de bien « porter » le changement dans leurs équipes et d'assurer un soutien adéquat.

Puis je crois qu'on a besoin d'outils pour être porteur [du changement de pratique]. Parce que ça nous donne les arguments pour dire "voici où est-ce que ça va t'amener dans ta pratique". Pas comment le remplir, le FABO, je n'ai pas besoin de le savoir. À quoi il sert, qu'est-ce qu'il va te donner de plus, c'est quoi son rôle au FABO, puis c'est quoi l'objectif de ça. C'est important que je le sache. Fait que je pense que je te dirais que, des fois, je me demande s'il ne devrait pas y avoir des présentations différentes. Une présentation clinique [pour les professionnels] puis une présentation pour les porteurs. (Gestionnaire 2)

Les CP et ASI abondent dans le même sens que les gestionnaires à cet égard. Dans le contexte d'implantation de la pratique, les CP et ASI expliquent qu'ils et elles ont un rôle de soutien clinique auprès de leurs différentes équipes, afin de s'assurer de « la mise en œuvre des bonnes pratiques entourant l'AIH ». En réalité, ces dernier-ère-s affirment qu'il est très difficile d'assurer ce rôle adéquatement en raison d'une surcharge de travail liée notamment à la supervision de nombreuses équipes dans plusieurs milieux différents : « [...] écoute, on fait de la gestion d'effectifs et de ressources humaines dans 90% de notre temps de travail, là. Faire du soutien clinique, dans ce contexte-là, c'est difficile, c'est une volonté de le remettre en priorité, de la part des ASI [...] » (ASI 2). Ce faisant, les CP et ASI affirment avoir la capacité réalistement d'apporter une aide « ponctuelle » à leurs équipes plutôt que d'offrir un accompagnement « régulier ». Les CP et ASI ont révélé qu'ils et elles apprécieraient faire davantage de « gestion de proximité » et de soutien clinique avec leurs équipes : « On n'arrive pas à faire un soutien régulier, à part pour les nouveaux, quelque temps, mais un moment donné ça s'estompe, parce qu'on n'y arrive plus, pis là on se met à annuler des rencontres, malheureusement c'est ça qui se passe. Pis je trouve qu'on finit par laisser nos intervenants tous seuls à se dépêtrer avec ça [...] » (CP 2).

Par rapport aux propos tenus par cette CP, certain-e-s gestionnaires ont également révélé que leur charge de travail actuelle repose largement sur « des tâches administratives » et qu'ils et elles sont constamment sollicités pour « éteindre des feux » : « J'ai l'impression que je joue au pompier depuis que je suis arrivée en poste, j'éteins des feux. Je suis toujours dans le micro-management. J'aimerais ça être capable de faire du macro » (Gestionnaire 2). Le contexte de travail actuel des gestionnaires semble leur laisser peu d'espace pour être en mesure d'exercer pleinement leur leadership pour implanter le changement de pratique dans leurs équipes. Malgré un intérêt et une pertinence incontestée de la part des gestionnaires concernant la pratique, ces dernier-ère-s semblent parfois avoir le sentiment d'être « déphasé-e-s » entre leurs obligations actuelles comme gestionnaire et leur souhait de s'investir activement dans l'implantation de ce changement et dans l'accompagnement de leurs équipes de travail.

## | Le processus d'orientation et le FABO

Du point de vue de plusieurs participant-e-s, particulièrement les ASI et les gestionnaires, le FABO est perçu comme un outil qui est compliqué et long à compléter, particulièrement pour les infirmier-ère-s. Une gestionnaire souligne que plusieurs professionnel-le-s dans ses équipes sont réfractaires à utiliser le FABO puisqu'il n'est pas suffisamment « convivial » : « *Les gens, quand vient le temps de le faire, il y a comme une espèce de blocage. [...] Ils tombent un petit peu en inertie, parce que là, ça leur paraît gros. Tu sais, ça demande de l'habilité faire un FABO* » (Gestionnaire 4). Par ailleurs, plusieurs participant-e-s questionnent également la pertinence ou l'utilité derrière la création d'un formulaire de référence distinct pour les médecins en comparaison avec le FABO qui est utilisé par l'ensemble des professionnel-le-s. Cette distinction dans l'utilisation d'un formulaire beaucoup plus « allégé » pour les médecins serait une source de « résistance » au sein des équipes professionnelles des GMF et conduisant à de nombreuses négociations plus particulièrement avec les infirmier-ère-s pour que ces dernier-ère-s mettent en œuvre adéquatement la pratique.

Moi je ne comprends pas pourquoi il y a deux formulaires. [...] On dirait qu'on est venu *déloader* les médecins, pis dire vous les docteurs, bien on comprend, vous êtes occupés, vous pouvez faire un formulaire plus concis, plus structuré, pis ça va. Mais l'équipe Accès va venir comme en arrière, venir un peu refaire une évaluation, parce que le médecin, lui, il ne prendra pas le temps. Pis on va dire à l'infirmière, bien toi, là, prends le temps, prends plus de temps clinique, à voir peut-être aussi moins d'usagers [...] (ASI 1).

Les propos de cette ASI traduisent bien le sentiment évoqué par la majorité des gestionnaires, CP et ASI rencontré-e-s, comme quoi la pratique, en regard de son positionnement spécifique face à la réalité des médecins, favorise « une discrimination » des réalités de travail des autres professionnel-le-s œuvrant en GMF. Par ailleurs, comme soulevé par plusieurs professionnel-le-s plus haut, les gestionnaires soulignent que les médecins n'ont pas tous-tous recours à la pratique au sein de leur GMF. Certain-e-s médecins, par exemple, vont référer directement les usager-ère-s aux travailleur-euse-s sociaux-ales de leur GMF à la place d'utiliser les trajectoires de l'AIH, même quand le besoin de l'utilisateur-ère justifie ce processus. Cette mobilisation variable des médecins dans la mise en œuvre de la pratique semble pour certain-e-s gestionnaires constituer un frein à son implantation. Selon plusieurs gestionnaires, un meilleur appui des médecins, particulièrement le ou la médecin responsable du GMF, dans l'implantation de ce changement permettrait de donner « un sens à la pratique » tout en motivant davantage l'ensemble des professionnel-le-s à l'utiliser.

## | La collaboration interprofessionnelle et interdirections

Du point de vue des CP et ASI, la collaboration interprofessionnelle n'est pas particulièrement présente actuellement au sein des GMF. Ces dernier-ère-s énoncent notamment un enjeu dans la compréhension des rôles de chacun-e, particulièrement concernant celui des travailleur-euse-s sociaux-ales qui semble être « mal compris » par les médecins. Une CP décrit la présence d'une collaboration davantage « fonctionnelle » dans les équipes professionnelles des différents GMF qu'elle a sous son égide : « [...] *actuellement, il n'y a pas ça, cette collaboration de on travaille ensemble pour un client, pis le client est au centre. C'est on s'échange de l'information quand nécessaire.* » (CP 2)

Par ailleurs, plusieurs participant-e-s ont fait mention du même enjeu lié à la collaboration entre les portes d'entrée et les programmes-services, particulièrement en ce qui a trait à l'absence de communication concernant la trajectoire de soins ou de services d'un-e usager-ère à la suite d'une orientation : « *C'est un peu comme pitcher une bouteille à la mer. Tu ne sais jamais quand ça va revenir et qui va la prendre au passage là-bas.* » (AS1 1) Selon une gestionnaire interrogée, le fait que les destinataire-ice-s des références n'aient aucun suivi au sujet de leurs usager-ère-s quant à leur prise en charge peut nuire à la « motivation » des équipes face à l'AIH. Elle ajoute qu'il peut être complexe de s'engager en tant que professionnel-le et de trouver un sens à la pratique lorsque l'on ne voit pas les résultats de cette dernière : « *Tu sais, quand tu mesures l'impact de ton action, puis que ça a un rayonnement qui joue sur la santé globale de ton usager, tu vas te mobiliser [...] [si] tu ne vois jamais qu'est-ce que ça donne au bout, ta motivation, ta mobilisation, elle devient un automatisme. Elle n'est plus engagée, elle n'est plus critique, elle n'est plus analytique.* » (Gestionnaire 5) De plus, une ASI soulève que cet enjeu occasionne un sentiment d'inquiétude au sein de ses équipes d'infirmier-ère-s puisque ces dernier-ère-s ne parviennent pas à communiquer efficacement avec les intervenant-e-s des programmes-services et se questionnent fréquemment à savoir si leurs demandes ont bien été accueillies. Faute d'une bonne communication, elle ajoute que « certains patients sont tombés entre deux craques », ce qui a exacerbé leur temps d'attente pour obtenir un soin ou un service.

**En somme**, malgré une volonté de s'investir pleinement dans le processus d'implantation de la pratique et d'accompagner leurs équipes de travail, les propos des participant-e-s révèlent une charge de travail importante qui contraint leur capacité à soutenir de façon régulière les professionnel-le-s dans l'appropriation de la pratique. Du point de vue des CP, ASI et gestionnaires, les outils et les informations qui sont disponibles concernant la pratique sont

insuffisants pour être en mesure de bien « porter » le changement dans leurs équipes. Par ailleurs, plusieurs participant-e-s ont souligné la complexité liée à la complétion des FABO, particulièrement pour les infirmier-ère-s. De plus, l'utilité derrière la création d'un formulaire de référence distinct pour les médecins en comparaison avec le FABO utilisé par l'ensemble des professionnel-le-s a été remise en question. Aussi, la collaboration interprofessionnelle au sein des quatre GMF-U-R semble peu présente et particulièrement difficile entre les travailleur-euse-s sociaux-ales et les médecins. Selon plusieurs participant-e-s, le rôle des travailleur-euse-s sociaux-ales est incompris par les médecins. Enfin, l'enjeu de la collaboration entre les portes d'entrée et les programmes-services a été souligné. Le fait que les référent-e-s n'aient aucun suivi de la part des programmes-services quant à la prise en charge des usager-ère-s semble occasionner un sentiment d'inquiétude chez les professionnel-le.

## Les enjeux associés à la nouvelle pratique clinique dans les directions de programmes-services

Cette section porte sur les résultats de la phase 2 dans le cadre de la démarche d'évaluation réalisée dans les directions de programmes-services. Elle répertorie les enjeux associés à la nouvelle pratique du point de vue des différentes catégories de participant-e-s rencontré-e-s par le biais de groupes de discussion: professionnel-le-s, CP, ASI et gestionnaires. Les résultats sont présentés à partir des grands thèmes issus de ces groupes : l'identification du besoin prioritaire, le processus d'orientation et le FABO, la communication et la collaboration interdirections.

### L'analyse et l'identification du besoin prioritaire

Le thème du besoin prioritaire a été discuté de façon significative lors des groupes de discussion. Les professionnel-le-s, les CP et les gestionnaires ont tous-tes témoigné de certains enjeux entourant ce concept fondamental de la pratique. D'abord, les participant-e-s reconnaissent certains avantages au principe théorique qu'est le besoin prioritaire. Par exemple, ils et elles apprécient que ce concept permette d'éviter des orientations plus « automatiques » dans les programmes-services en fonction d'un profil d'utilisateur type ou encore exclusivement en fonction d'un diagnostic établi. De plus, des participant-e-s constatent que l'application du processus de prise de décision partagée lors de l'analyse et de l'identification du besoin prioritaire permet à l'utilisateur et à son entourage d'exercer un pouvoir décisionnel: « *Pour moi, ça, c'est une plus-value du modèle, puis qu'on mette [l'utilisateur] vraiment contributif dans son parcours.* » (Gestionnaire 9)

Cependant, des participant-e-s ont soulevé des enjeux importants liés au fait d'identifier un seul besoin prioritaire. En effet, il semble que l'identification d'un seul besoin prioritaire amène une certaine rigidité dans le processus d'orientation, notamment puisqu'il cadre les analyses faites par les intervenant-e-s des portes d'entrée, limitant ces dernier-e-s à identifier qu'un seul besoin. Ainsi, les référent-e-s doivent parfois faire abstraction de la complexité de la situation d'un-e utilisateur-e afin de répondre à la contrainte du seul besoin prioritaire. Les participant-e-s soulèvent dès lors que le symptôme du besoin est traité, mais les facteurs ayant provoqué celui-ci ne sont pas considérés : « *Dans le fond, [...] avec le besoin, oui, on va aller traiter le symptôme plus que la raison qui est sous-jacente.* » (CP 8) Cela entraîne donc des orientations moins justes pour lesquelles les professionnel-le-s des programmes-services ne se sentent pas toujours en capacité de répondre. Dans un tel contexte, les différentes directions vont parfois négocier entre elles afin de faire la démonstration de part et d'autre qu'elles ne sont pas nécessairement la

meilleure ressource pour venir en aide à l'usager-ère. Lors de ce processus de négociation, aucun programme-services ne prend en charge l'usager-ère, ce qui allonge entre autres les délais d'attente.

Mais là, quand on tombe dans : bien, il y a de la santé mentale et il y a de la perte d'autonomie gériatrique. Puis il y a peut-être des services courants. Puis là, c'est qui est la chèvre, qui est le chou? C'est là qu'on se perd dans les dédales administratifs où tout le monde va mettre la personne sur la liste d'attente, mais il n'y a pas nécessairement quelqu'un qui va [en prendre le leadership] (Professionnel 8).

Enfin, plusieurs professionnel-le-s et CP interrogé-e-s affirment que le concept du besoin prioritaire crée des silos et nuit considérablement à la collaboration interprofessionnelle. Une professionnelle travaillant à la DJ expose que lors d'une intervention dans un contexte de crise familiale, elle bénéficierait particulièrement d'une collaboration avec une autre direction. À titre d'exemple, lorsqu'elle intervient auprès d'un enfant pour des troubles du comportement, elle souhaiterait collaborer avec la DSMSDI pour que le parent puisse être soutenu pour résoudre sa dépendance à l'alcool simultanément. Cela permettrait d'offrir des soins et des services plus complets à l'ensemble des membres de la famille, en considérant les dynamiques entre ces derniers.

### ⋮ *Le processus d'orientation et le FABO*

#### | *La formation et la compréhension de la pratique*

Plusieurs participant-e-s ont mentionné lors des groupes de discussion que la compréhension de la pratique variait chez les divers intervenant-e-s du CIUSSS-CN et chez les partenaires des RTS-RLS. D'une part, des professionnel-le-s et des gestionnaires exposent que les médecins et les acteur-ric-e-s œuvrant dans les hôpitaux ont une méconnaissance des trajectoires de l'AIH ainsi que de l'offre de soin et de service des directions. Ainsi, les mauvaises informations sont parfois transmises aux usager-ère-s, leur promettant des soins et services qui, dans la réalité, ne peuvent pas être assurés par les programmes-services. De plus, pour des partenaires externes du RTS-RLS, les résidences privées pour aînées (RPA) par exemple, la pratique semble très complexe. Une professionnelle mentionne que du point de vue de ces dernières, l'AIH est un réel « labyrinthe bureaucratique ».

D'autre part, les participant-e-s affirment que les intervenant-e-s de l'équipe Accès semblent manquer de connaissances face à l'éventail des programmes-services disponibles, ce qui occasionne une surcharge de certaines listes d'attente, les usager-ère-s étant souvent orienté-e-

s vers les mêmes programmes-services. Certain-e-s professionnel-le-s et gestionnaires déplorent que les canaux de communication soient complexes avec les intervenant-e-s de l'équipe Accès et qu'il y ait une impossibilité de faire une rétroaction avec ces dernier-ère-s lorsqu'il y a une orientation problématique : « *Puis quand on dit « ah, on ne devrait plus avoir de retour en arrière », bien, moi, c'est là que je trouve qu'on perd l'amélioration continue. » (Gestionnaire 6)* En effet, certain-e-s participant-e-s affirment qu'il serait favorable, autant pour l'équipe Accès que pour les professionnel-le-s des programmes-services, « d'apprendre les un-e-s des autres » afin de multiplier leurs connaissances et de mieux connaître les réalités de travail de chacun-e.

### | *Les outils cliniques*

Les nouveaux outils cliniques accompagnant l'implantation de l'AIH sont, selon certain-e-s, considérés comme « utiles » pour s'approprier la pratique. Les participant-e-s en ont relevé des aspects positifs, puis d'autres, plutôt perfectibles.

D'abord, certain-e-s professionnel-le-s recevant les FABO dans les différents programmes-services exposent que les formulaires sont parfois incomplets, manquant des informations clés afin d'être en mesure d'amorcer un suivi avec l'utilisateur. Par exemple, il n'est pas toujours mentionné si l'utilisateur a un-e médecin de famille, s'il y a un-e intervenant-e, dans le cas des enfants, qui leur offre une aide à l'école, etc. De plus, les informations transmises aux usager-ère-s par les intervenant-e-s de l'équipe Accès quant aux soins et services offerts par les programmes-services ne sont pas toujours justes, ce qui peut occasionner un écart entre les attentes de l'utilisateur et l'offre de soin et de service réelle des programmes-services. Certains participant-e-s exposent également que les FABO semblent parfois rédigés de manière à traduire un sentiment d'urgence. Cela s'illustre notamment en utilisant un vocabulaire amplifiant les facteurs de risque entourant la situation de l'utilisateur ou encore en accordant une priorité élevée à un dossier : « *On voit des facteurs de risque, mais on ne voit pas beaucoup de facteurs de protection là. Fait que tsé, les intervenants graissent en masse finalement ces facteurs de risque [...] » (Gestionnaire 3)*

Aussi, des participant-e-s remarquent que les usager-ère-s peuvent être orienté-e-s de manière stratégique dans les programmes-services où les listes d'attente sont les moins longues, favorisant un soin ou un service rapide plutôt que le soin ou le service idéal permettant de répondre réellement aux besoins de l'utilisateur. Certain-e-s CP et professionnel-le-s soulèvent également que les statistiques de performance exigées aux intervenant-e-s de l'équipe Accès représentent une contrainte quant à la précision des analyses du besoin prioritaire : « *Et il y a un*

*enjeu qui est super important et qui va toujours jouer contre nous autres : les statistiques. Les intervenants, ils ont la pression de traiter tant de demandes par jour [...] Ça fait que, oui, tsé, on peut leur demander d'en faire un petit peu plus, mais ça va prendre de la souplesse ailleurs. »* (CP 3) En effet, afin de soumettre des FABO détaillés aux professionnel-le-s des programmes-services, une analyse plus longue et complète s'impose, ce qui est parfois irréconciliable avec les attentes quant au nombre de dossiers à traiter par jour. Cet enjeu de performance évoqué par les participant-e-s des programmes-services fait écho aux résultats obtenus en phase 1 lors de l'évaluation de l'implantation de la pratique à l'équipe Accès. Plusieurs professionnel-le-s avaient révélé la présence d'un objectif en matière de nombre de FABO à réaliser quotidiennement. Cette cible est considérée par plusieurs comme étant « contraignante » et ne permet pas toujours aux professionnel-le-s de prendre le temps nécessaire pour bien analyser le besoin de l'usager-ère.

De plus, les fiches évidences<sup>6</sup> accompagnant le processus d'orientation ont également été discutées. Plusieurs participant-e-s, notamment des CP, affirment que ce sont des sources d'informations « précieuses » et « appréciées » des intervenant-e-s, permettant d'approfondir ces connaissances quant à l'offre de soin et de service du CIUSSS-CN. De plus, selon les propos d'une gestionnaire, les fiches évidences représentent des balises qui permettent de proposer aux usager-ère-s des soins et des services uniformes, peu importe la formation des professionnel-le-s faisant l'analyse. Or, toutes les directions n'ont pas développé leurs évidences avec la même précision. Les intervenant-e-s des portes d'entrée réfèrent ainsi davantage les usager-ère-s dans les programmes-services où les fiches évidences sont complètes et flexibles, ce qui peut alourdir les listes d'attente de ces derniers. Par ailleurs, les participant-e-s exposent que les fiches évidences filtrent la clientèle et créent de l'exclusion, étant parfois trop rigides : « [...] on a plusieurs clientèles qui tombent dans des craques par rapport aux évidences qui sont en place. » (Gestionnaire 5) Ainsi, l'utilisation des fiches évidences peut affecter l'accès aux soins ou aux services pour les usager-ère-s. D'ailleurs, selon un gestionnaire, la création des évidences a forgé des silos dans lesquels les soins et les services sont cristallisés dans certains carcans. Par exemple, les services en dépendances sont séparés de ceux en troubles mentaux fréquents : « Il a fallu [prendre] ces grands silos-là, puis écrire une évidence. Puis ça n'a pas été évident, mais ces évidences-là ne tenaient pas compte de l'interrelation qu'il y a entre la dépendance parfois,

---

<sup>6</sup> Les évidences sont l'offre de soin ou de service pour chaque direction de programmes-services mises à la disposition du personnel des portes d'entrée du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour les guider dans l'analyse du besoin prioritaire de l'usager-ère (ex: la DSM a quatre évidences: 1) consultation sociale; 2; programme d'exonération financière-services d'aide domestique; 3) insalubrité et encombrement; 4) transition vie adulte.) (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale [CIUSSS-CN], s.d.)

*puis le trouble fréquent, la dépendance puis le trouble grave, et vice versa. » (Gestionnaire 8)* En effet, bien que les fiches évidences présentent certains avantages, elles occasionnent par ailleurs un manque de souplesse affectant la collaboration entre les programmes-services.

### *Les enjeux liés aux erreurs d'orientation*

Les participant-e-s se sont également prononcé-e-s sur des enjeux liés aux orientations problématiques et sur la manière dont cela affectait leur travail. Lorsqu'un-e usager-ère est orienté-e dans un programme-services, même si celui-ci ne correspond pas aux besoins réels de l'utilisateur-ère, les gestionnaires encouragent les professionnel-le-s à tout de même amorcer un suivi conformément aux principes de la pratique, du moins jusqu'à ce qu'une réorientation vers un nouveau programme-services soit complétée. Or, lorsqu'un-e intervenant-e entame son processus d'intervention, la réorientation devient pratiquement impossible : « *[On] a l'impression qu'on [doit] se débattre contre la machine pour être capable de faire valoir que, finalement, bien [ce n'est pas le bon programme]* » (Professionnel 8). Cela semble engendrer un sentiment d'épuisement et de découragement, puisque les professionnel-le-s témoignent devoir prendre beaucoup de leur temps pour tenter de réorienter les usager-ère-s vers les bons programmes-services alors que leur charge de travail est déjà considérable, en plus d'être conscient-e-s que ces demandes de réorientation sont souvent déclinées. Certain-e-s professionnel-le-s sentent ainsi qu'ils et elles sont peu écoutés lorsque ces dernier-ère-s communiquent des enjeux à leurs supérieur-e-s. Des participant-e-s suggèrent qu'il semble y avoir une sorte de déni volontaire entretenu par les divers-e-s acteur-ric-e-s impliqué-e-s dans le déploiement de l'AIH quant aux lacunes actuellement présentes. À cet égard, une gestionnaire soulève le fait que de ne pas questionner les erreurs d'orientation et de conserver les usager-ère-s dans les programmes-services ne correspondant pas à leurs besoins restreint les possibilités d'apprendre de certains enjeux.

C'est comme si on met un couvert [sur les problèmes] présentement pour faire fonctionner un processus [...] au détriment d'une clientèle. Tsé, on veut que le processus marche. OK? Ça passe à l'AIH, ça s'en va là, puis là, bien, prenez-le, il va à vous autres, il a été évalué, prenez-le [...] Mais là, présentement, moi, j'ai l'impression des fois qu'on met un couvert, on ne veut pas regarder parce qu'on veut tellement que le processus marche, puis qu'on veut rencontrer nos délais. (Gestionnaire 2)

Des professionnel-le-s ajoutent en ce sens que lorsqu'un-e usager-ère reçoit des soins ou des services dans un programme-services ne correspondant pas à ses besoins, l'adaptation des soins ou des services est plus difficile à réaliser, ce qui laisse les intervenant-e-s avec un

sentiment d'incompétence : « [...] d'avoir quelqu'un qui est orienté vers notre programme quand on n'a pas l'expertise, bien, après ça, ça affecte le sentiment de compétence. On sent qu'on n'a pas les ressources adéquates pour aider cette personne-là. » (Professionnelle 2) Dès lors, les difficultés rencontrées par les professionnel-le-s lorsqu'ils et elles sont confronté-e-s à des erreurs d'orientation semblent constituer un frein pour « garder la motivation » permettant de faire les démarches nécessaires pour réorienter un-e usager-ère lorsque la situation le requière, ou à mettre en œuvre la pratique sans « contourner le cadre administratif », qui est considéré comme étant parfois « contraignant ».

### | L'accès aux soins et services

Les analyses téléphoniques et le déplacement de l'accueil-analyse-orientation-référence (AAOR) qui se déployait auparavant dans les CLSC ont également suscité des réactions chez les participant-e-s lors des groupes de discussion. D'une part, certain-e-s professionnel-le-s, CP et gestionnaires se désolent de cette perte de proximité avec la communauté. Aussi, les participant-e-s exposent que les analyses téléphoniques occasionnent des angles morts dans les analyses, ce qui peut occasionner des erreurs de priorisation et d'orientations. Sinon, l'impossibilité d'observer un environnement par une analyse des lieux peut priver les intervenant-e-s de données pertinentes quant aux facteurs de risque et de protection entourant les conditions de vie d'un-e usager-ère. D'autre part, les participant-e-s affirment que certaines populations en situation de vulnérabilité, par exemple les usager-ère-s migrant-e-s ayant un statut précaire ou encore les usager-ère-s ayant des troubles neurocognitifs, ressentent particulièrement les impacts de l'abolition du sans rendez-vous. Ce faisant, les analyses téléphoniques représentent un processus beaucoup plus lourd : « [Q]uand il est question de passer en virage électronique, en virage téléphonique, ça donne une barrière d'accès supplémentaire pour les clientèles désaffiliées aussi. » (Gestionnaire 5) Ainsi, que ce soit pour faciliter le travail des intervenant-e-s faisant les analyses ou encore pour mieux desservir certaines clientèles, les participant-e-s soutiennent qu'il y aurait un intérêt à avoir une équipe mobile sur le terrain.

Des professionnel-le-s et des CP déplorent que les contraintes administratives entourant le processus d'orientation compliquent les trajectoires pour les usager-ère-s, qui doivent consulter divers-e-s intervenant-e-s avant de recevoir un soin ou un service : « [On va] évaluer, évaluer, évaluer. Mais il n'y aura pas d'intervention. [...] Moi, je trouve qu'on s'accroche souvent les pieds là-dedans. [...] On va tous évaluer, mais finalement, pendant ce temps-là, le client, il n'a encore aucun service, il ne se passe rien pour lui. » (CP 1) Bien qu'il y ait certains enjeux entourant

l'accès aux soins et aux services au sein du processus d'orientation de la pratique, des gestionnaires révèlent cependant une amélioration en ce qui a trait aux délais pour le premier contact entre un-e professionnel-le du programme-services et l'usager-ère. En effet, le rôle des leaders de cellule est perçu de façon très positive puisqu'il permet de faire un premier appel auprès de l'usager-ère, le tout dans un délai de 48 à 72 heures, tout au plus une semaine dépendamment des directions. Auparavant, le premier contact s'établissait au moment de la prise en charge par un-e intervenant-e, cela pouvant prendre plusieurs mois. De plus, le fait que les leaders de cellule donnent un numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence aux usager-ère-s en attente du début d'un soin ou d'un service est rassurant pour ces dernier-ère-s.

Lors des groupes de discussion, un sujet touchant particulièrement les programmes-services a été soulevé, soit le manque d'orientations dans le réseau communautaire par l'équipe Accès : « [...] moi, ce que je trouve dommage parfois, c'est de voir des clients qui se retrouvent sur des listes d'attente parce qu'ils ont été orientés [...] dans un programme CLSC, alors que c'est un besoin qui aurait très bien pu être répondu dans la communauté et que ça aurait été vraiment une prise en charge plus rapide, tsé. » (Gestionnaire 6) De plus, les organismes communautaires offrent des soins ou des services plus spécialisés qui ne sont pas nécessairement existants dans les CLSC. Les participant-e-s sont toutefois conscient-e-s de l'étendue du territoire desservi par l'équipe Accès, ce qui justifie leur méconnaissance quant au réseau communautaire. Or, les professionnel-le-s, les CP et les gestionnaires mentionnent que lorsqu'il y avait l'AAOR en CLSC, le lien entre l'usager-ère et le RLS se faisait de façon beaucoup plus fluide, les intervenant-e-s ayant une connaissance très pointue de leur territoire. Ils et elles pouvaient diriger directement les usager-ère-s vers des organismes communautaires sans engorger les listes d'attente des programmes-services inutilement.

### *Les spécificités régionales de Portneuf et Charlevoix*

Certain-e-s professionnel-le-s participant aux groupes de discussion et travaillant dans les MRC de Portneuf et de Charlevoix ont également soulevé certains enjeux affectant particulièrement ces régions. De leur point de vue, les intervenant-e-s de l'équipe Accès ont des connaissances limitées quant aux diverses ressources existantes dans Portneuf et Charlevoix. Ces professionnel-le-s ajoutent que la mise en place de l'équipe Accès semble constituer un obstacle à la collaboration interprofessionnelle des intervenant-e-s locaux, qui était bien établie avant l'implantation de l'AIH. Dans ce contexte, les participant-e-s travaillant en dans ces municipalités régionales de comté (MRC) saisissent mal la « plus-value » du nouveau processus d'orientation

et soutiennent que les trajectoires de soins et de services utilisées pour la ville de Québec ne peuvent pas nécessairement être appliquées à l'ensemble des secteurs géographiques.

On a l'impression de perdre notre spécificité régionale. Tsé, ce n'est pas vrai que tu peux appliquer les mêmes services, les mêmes programmes-services, la même sauce mur à mur, que tu sois dans Québec Centre où tu as un hôpital à tous les deux coins de rue, versus nous autres dans Portneuf ou dans Charlevoix, où on a des moyens de brousse et qu'il faut qu'on s'organise avec nos troubles. Ça fait que de passer par Paris pour revenir à Donnacona, des fois, c'est effectivement frustrant. (Professionnel 8)

Certain-e-s participant-e-s ajoutent à cet effet qu'au sein même de la ville de Québec, les réalités sociales, culturelles et économiques divergent d'un quartier à l'autre, puis qu'une harmonisation trop généralisée ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins de certain groupes de la population du territoire.

### ⋮ *La communication et la collaboration interdirections*

Le dernier des thèmes ayant été discutés est la communication et les mécanismes de collaboration structurant celle-ci dans le déploiement de la nouvelle pratique. D'abord, selon certain-e-s gestionnaires, la communication transversale entre les gestionnaires est fluide et efficace, ce qui permet de gérer des enjeux de « façon préventive ». Or, selon les professionnel-le-s, le processus communicationnel est parfois décrit comme étant plutôt « lourd », notamment lorsqu'ils et elles souhaitent réorienter une demande pour un soin ou un service vers un autre programme-services.

En effet, la collaboration entre les diverses directions n'est pas nécessairement fluide puisqu'afin de réorienter un-e usager-ère, les professionnel-le-s doivent s'adresser aux CP de sa direction, qui fait par la suite le pont avec les CP de la direction désirée. Ainsi, certain-e-s professionnel-le-s déplorent ne pas pouvoir s'adresser directement à l'intervenant-e concerné-e par la réorientation : « [...] le processus avec la coordonnatrice, des fois, c'est plus difficile, parce que plutôt que de parler direct à la personne, on va parler à la personne, qui parle à la personne, qui parle à la personne, puis qui nous revient après ça, peut-être quelques jours plus tard là. Donc ça fait un processus qui est plus lourd » (Professionnelle 1). En effet, certain-e-s professionnel-le-s et CP considèrent que ce processus est chronophage et complexe, décrivant les CP comme « les acteur-ric-e-s de trop ». De plus, cette structure communicationnelle plutôt rigide peut représenter un irritant considérable pour les professionnel-le-s qui sentent que leurs supérieur-e-s n'ont pas confiance en leur jugement clinique. Des participant-e-s affirment en ce sens que les

professionnel-le-s détiennent « la meilleure connaissance des dossiers » et qu'ils et elles sont ainsi les plus aptes à expliquer la pertinence d'une réorientation.

C'est moi qui l'ai évalué, le patient, c'est moi qui le connais. Donc, je suis peut-être plus en mesure de répondre au questionnement [de l'autre professionnel]. Malgré son bon vouloir, sa bienveillance, peut-être que ma coordonnatrice, ce n'est pas la personne la mieux placée pour défendre mon usager puis ses besoins. Donc je pense qu'il y aurait un intérêt à gagner, en effet, de dire que l'intervenant puisse avoir peut-être plus souvent des contacts directs avec l'autre intervenant d'un autre secteur. (Professionnelle 5)

Dès lors, les participant-e-s, majoritairement des professionnel-le-s, souhaiteraient pouvoir communiquer directement avec leurs collègues des autres directions, notamment pour éviter les malentendus, par souci d'efficacité, puis pour préserver leur autonomie professionnelle. Pour pallier les lacunes de cette structure nécessitant la validation des CP lors d'une collaboration entre directions, certain-e-s participant-e-s affirment parfois contourner le cadre administratif établi en s'adressant directement aux intervenant-e-s des autres programmes-services. Cependant, selon les points de vue de certain-e-s CP, cette trajectoire de communication offre l'occasion de « filtrer » les demandes et de traiter celles étant plus complexes, et ce, de manière objective. Cela permet de ne pas surcharger les intervenant-e-s des portes d'entrée, notamment de l'équipe Accès. Ces participant-e-s favoriseraient ainsi davantage la structure actuellement en place.

**En somme**, les groupes de discussion ont mis en évidence plusieurs enjeux. D'abord, l'identification d'un seul besoin prioritaire complique selon les participant-e-s la collaboration interprofessionnelle, puis empêche de traiter les situations complexes vécues par certain-e-s usager-ère-s de façon transversale, en collaboration interdirections. Par ailleurs, en ce qui a trait au processus d'orientation, les nouveaux outils cliniques ne sont pas toujours maîtrisés par les référent-e-s, ce qui peut engendrer des erreurs d'orientation et des références n'étant pas adressées aux bonnes ressources. En ce sens, les professionnel-le-s ont mentionné qu'il était très complexe de réorienter les demandes de soins et services à la suite d'une erreur d'orientation. Ainsi, l'usager-ère reste dans un programme-services n'ayant pas nécessairement les ressources pour répondre à ses besoins, ce qui peut affecter le sentiment de compétence professionnelle des intervenant-e-s. Aussi, que ce soit à cause des fiches évidences qui peuvent créer de l'exclusion, des analyses téléphoniques qui réduisent l'accès à des soins ou des services pour certaines clientèles en situation de vulnérabilité ou parce que les listes d'attente des programmes-services sont débordées à cause du peu d'orientations faites vers les ressources

des RTS-RLS, des participant-e-s déplorent que certaines mesures accompagnant l'AIH nuisent à l'accessibilité aux soins et aux services pour les usager-ère-s. Par ailleurs, des participant-e-s des MRC de Portneuf et Charlevoix ont témoigné avoir l'impression de perdre leur spécificité régionale dans la tentative d'uniformisation des trajectoires de soins et de services au sein de la pratique. Enfin, la communication et la collaboration interprofessionnelle ont été des thèmes discutés. La structure communicationnelle selon laquelle un-e professionnel-le d'un programme-services doit passer par son CP pour s'adresser à un-e intervenant-e d'un autre programme-services est perçue comme étant lourde et compromettante pour le jugement clinique des professionnel-le-s. Toutefois, certains CP et gestionnaires exposent que ces mécanismes sont justifiés puisqu'ils permettent de filtrer objectivement des demandes de réorientation.

## ■ Les enjeux associés à la mesure d'indicateurs de délais à l'étape de l'orientation

Les résultats soulevés concernant les usager-ère-s ont permis de mettre en lumière que le processus d'orientation dans le contexte de la nouvelle pratique semble flou ou difficilement distinguable pour les usager-ère-s. Pour ces dernier-ère-s, les délais semblent être un marqueur tangible et un résultat signifiant dans le cadre de leur parcours de soins et de services de proximité.

Une des visées de l'implantation de la pratique dans les GMF-U-R est l'amélioration de la qualité de l'orientation qui doit contribuer à la réduction des délais d'accès aux soins et services pour l'usager-ère, entre autres en diminuant les « allers-retours » entre le programme-services et les portes d'entrée. Un des objectifs de la recherche évaluative était de mesurer les délais d'accès dans les quatre GMF-U-R participants afin de s'assurer que la pratique n'augmente pas les délais d'attente pour l'obtention de soins et de services de proximité<sup>7</sup>.

Pour répondre à cette préoccupation, les deux indicateurs de mesure suivants ont été identifiés :

- Délai entre la date de la réception de la demande par les professionnel-le-s et la date de la décision de l'orientation.
- Délai entre la date de réception de la demande par les professionnel-le-s et la date de la première rencontre de suivi.

La stratégie initiale de recherche prévoyait comparer les délais d'orientation et de première intervention de suivi aux données préimplantation de l'AIH compilées à l'occasion du bilan de l'accès réalisé en 2016 au CIUSSS-CN. Malheureusement, en l'absence de données préimplantation en GMF-U-R, cette avenue s'est avérée fortuite. Afin de pallier cette lacune, un outil de collecte de données a été élaboré (un registre), afin de collecter les données en GMF-U-R, notamment en matière de délais et de les comparer à des variables préimplantation issues de contextes d'organisation de soins ou de services différents. Les données préimplantation ont été tirées de la banque de données I-CLSC.

---

<sup>7</sup> La rédaction de cette section est tirée des informations contenues dans le document suivant : *Indicateurs de performance dans le contexte d'implantation et d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique* visant à orienter efficacement l'usager-ère vers les soins et les services de proximité au sein des GMF-U-R.

Le calcul des délais entre les valeurs du I-CLSC et celles du registre a été fondé sur l'assumption suivante :

- La même trajectoire simple d'événements dans le registre pouvait être identifiée dans la banque I-CLSC c'est-à-dire une demande, une rencontre avec l'usager-ère pour décider de l'orientation et une première rencontre de suivi.

Cependant, le calcul de délais à partir de la banque de données I-CLSC est complexe. Le cheminement d'un-e usager-ère y est découpé en de multiples dates et événements, puis la banque en elle-même est morcelée en plusieurs modules difficiles à rattacher pour reconstituer une trajectoire (module Demande, module Intervention, etc.). De plus, les variables normalisées de la banque I-CLSC restent indépendantes des changements organisationnels qui ont cours dans un établissement comme le CIUSSS-CN.

Dans un tel contexte, la collecte des données pour mesurer les deux indicateurs de délais énoncés ci-haut n'a pas permis de porter un jugement net et global en termes quantitatifs sur l'effet de la pratique clinique sur les délais d'accès pour les usager-ère-s en GMF-U-R. Ce faisant, il a été impossible de saisir quantitativement l'influence de la pratique sur les délais d'attente des usager-ère-s pour une orientation et pour l'accès à une première rencontre de suivi. La collecte des données à partir du registre a permis uniquement de documenter la variation des délais par comparaison avec une situation différente et de tenter de les mettre en relation avec leur contexte. Aux termes de cet exercice, la variation des délais des deux indicateurs mesurés (qu'ils soient diminués ou augmentés) n'est pas suffisante pour confirmer une amélioration de l'accès aux soins et services de proximité pour les usager-ère-s.

Un des principaux résultats probants issus de cette collecte est que les usagers-ère-s sont largement pris-e-s en charge dans les GMF-U-R avec plus de 90 % des demandes de soins et de services qui sont répondues à l'interne, à la suite d'une consultation auprès d'un-e médecin ou d'un-e professionnel-le. Les usager-ère-s peuvent donc recevoir plusieurs soins et services sous la même enseigne en raison, notamment, du rehaussement des services psychosociaux généraux en GMF-U-R et de la collaboration interprofessionnelle accrue. Dans cette optique, l'offre de soin ou de service des GMF-U-R permet somme toute d'améliorer l'accès à des soins et des services de proximité.

En l'absence de données comparables en provenance des mêmes milieux pour effectuer une analyse pré-post implantation en regard d'indicateurs de délais, des leçons sont à tirer de cette

démarche pour des projets de recherche futurs où une analyse quantitative similaire serait requise. En raison des nombreuses limites invoquées ci-haut, les objectifs de mesure des délais initialement ciblés dans le contexte de ce projet n'ont pu être atteints. Malgré qu'il ait été possible d'être pisté sur la nature des délais dans le cadre du parcours de soins et de services de plusieurs usager-ère-s par le biais des entrevues individuelles réalisées, les résultats quantitatifs obtenus ne permettent pas d'enrichir, de corroborer ou de spécifier les témoignages des usager-ère-s en matière de délais. Dans une perspective où l'expérience des usager-ère-s demeure une priorité et une donnée essentielle à l'amélioration de l'accès, la continuité et la qualité des soins et des services de proximité, l'accès à des données quantitatives comparables pour documenter et quantifier avec exactitude les délais dans le contexte des GMF-UR semble être une mesure incontournable. Pour ce présent projet de recherche, cet accès aurait potentiellement permis d'accroître la validité des données quantitatives obtenues.

## Les groupes de travail et les principales recommandations

Cette section fait état des principales recommandations à des fins d'amélioration de la nouvelle pratique issues des deux groupes de travail réalisés à la fin de la démarche d'évaluation auprès des professionnel-le-s, des CP, des ASI et des gestionnaires en provenance des directions de programmes-services et de portes d'entrée (équipe Accès, 811, GMF et CLSC). Les recommandations sont présentées en fonction des trois thèmes de discussion ciblés pour les échanges et basés sur les résultats clés obtenus au cours de la démarche d'évaluation :

- 1) l'identification d'un seul besoin prioritaire;
- 2) le processus d'orientation et le FABO;
- 3) les problèmes de communication.

Différents enjeux afférents à ces thèmes ont été soulevés par les participant-e-s. Les principales recommandations énoncées par les participant-e-s en lien avec ces thèmes et ces enjeux y sont donc présentées.

### Thème 1 : L'identification d'un seul besoin prioritaire

Certain-e-s usager-ère-s présentent des situations cliniques complexes avec des besoins concomitants qui mériteraient d'être adressés simultanément. Actuellement, il semble y avoir un manque de fluidité dans la collaboration entre les différentes directions de programmes-services pour répondre aux usager-ère-s ayant des besoins multiples.

#### RECOMMANDATIONS

- Avoir la possibilité d'inscrire plus d'un besoin prioritaire au FABO pour les usager-ère-s avec des situations complexes.
- Mettre en place des modalités de communication formelles dès l'étape de l'orientation pour amorcer une démarche collaborative entre les directions de programmes-services ciblées dans la référence.

## Thème 2 : Le processus d'orientation et le FABO

### Enjeu 1 : La rédaction des FABO

La nouvelle pratique sollicite un changement de paradigme clinique important. Le processus de rédaction des FABO semble plus difficile pour les infirmier-ère-s, ce qui fragiliserait leur adhésion au changement de pratique. De plus, plusieurs participant-e-s ont souligné que chaque direction de programme-services semble avoir ses propres standards. Certains exigent des demandes très détaillées alors que d'autres acceptent les FABO rédigés de manière plus synthétique.

#### RECOMMANDATIONS

- Avoir une formation plus adaptée ou personnalisée en lien avec les réalités de travail de chaque type de professionnel-le concerné-e par la pratique.
- Définir et uniformiser les attentes des programmes-services en ce qui a trait au contenu attendu dans les FABO.
- Mettre en place un-e représentant-e dans chaque direction de programmes-services qui servirait de répondant-e pour les référent-e-s, afin d'avoir des échanges facilités avec les programmes-services pour répondre à différentes questions des professionnel-le-s en lien avec le FABO (ex : l'offre de soin ou de service disponible, validation du choix de l'orientation, etc.).

De plus, plusieurs participant-e-s ont soulevé un enjeu quant à la réalisation des FABO à partir d'une analyse téléphonique avec l'utilisateur. Dans certaines situations, l'analyse téléphonique peut être limitante pour l'intervenant-e et l'utilisateur pour bien saisir son besoin prioritaire, l'ampleur et/ou l'urgence de sa situation.

#### RECOMMANDATIONS

- Avoir la possibilité d'offrir un accueil psychosocial en personne pour rejoindre les usager-ère-s qui ont de la difficulté à exprimer leurs besoins par téléphone (ex : adolescent-e-s, personnes immigrantes, allophones, malentendantes, personnes souffrant de dépendance, etc.).
- Dans les portes d'entrée, avoir la possibilité de faire des analyses du/des besoins prioritaire(s) à domicile et dans les milieux de vie fréquentés lorsque jugé pertinent.

*Enjeu 2 : L'accès aux systèmes informationnels pouvant contenir des renseignements importants au sujet des usager-ère-s*

Les systèmes informationnels contenant des informations importantes sur les usager-ère-s fonctionnent en silo et sont difficilement accessibles pour les professionnel-le-s (ex : les antécédents médicaux, l'historique en matière de soins ou de services obtenus, etc.). Du point de vue des professionnel-le-s des portes d'entrée, l'accès à ces renseignements pourrait leur permettre d'en tenir compte dans leur analyse du besoin prioritaire de l'usager-ère afin de mieux l'orienter dans les programmes-services.

### **RECOMMANDATIONS**

- Ajouter une section « historique » dans le FABO afin d'indiquer si un-e usager-ère vit des situations récurrentes qui l'ont conduit-e à recevoir des soins ou des services dans les programmes-services antérieurement.
- Dans la mesure où il serait possible pour les professionnel-le-s d'avoir accès à l'historique d'un dossier, il a été suggéré par plusieurs participant-e-s de vérifier systématiquement si l'usager-ère, avant d'être orienté-e, a déjà un suivi ouvert et actif dans un programme-service. Si tel est le cas, les professionnel-le-s des programmes-services ciblés pourraient s'arrimer ensemble et assurer une cogestion dans la prestation de soins ou de services offerts à l'usager-ère.

*Enjeu 3 : L'objectif de la nouvelle pratique visant à orienter l'usager-ère au bon endroit, et ce, du premier coup*

Plusieurs participant-e-s ont témoigné d'une pression vécue sur le terrain en lien avec l'atteinte de cet objectif d'orientation.

### **RECOMMANDATIONS**

- Revoir les cibles du nombre de FABO à compléter quotidiennement pour l'équipe Accès. Ces nouvelles cibles doivent tenir compte de la complexification des situations rencontrées chez les usager-ère-s depuis l'avènement de la pandémie et qui nécessitent plus de temps à traiter.
- Assouplir la mise en application des grands fondements de la pratique d'orientation (ou les présenter autrement) afin de diminuer la pression sur les intervenant-e-s en « normalisant », notamment, la possibilité qu'un-e usager-ère ne puisse être orienté-e au bon endroit, du premier coup, dans certaines circonstances.

- En lien avec la recommandation précédente, une participante souligne que la pratique est centrée sur l'amélioration des trajectoires pour l'utilisateur, mais que la satisfaction professionnelle des intervenant-e-s est parfois omise. Elle soulève la nécessité « d'humaniser » davantage la pratique en revoyant ses principes fondateurs qui peuvent parfois être en décalage avec ce qui peut être vécu sur le terrain chez les professionnel-le-s.

*Enjeu 4 : La surcharge de certaines listes d'attente dans les programmes-services*

Des participant-e-s ont soulevé que plusieurs programmes-services se retrouvent avec des listes d'attente occasionnant des délais de prise en charge chez certain-e-s usager-ère-s qui sont importants.

**RECOMMANDATION**

- Un meilleur arrimage avec les ressources des RTS-RLS permettant aux équipes des portes d'entrée d'avoir davantage le réflexe de référer vers les partenaires de ces réseaux de services, et ce, tout en veillant sur leur capacité de prise en charge pour éviter de transférer la surcharge vers les ressources des RTS-RLS.

⋮ *Thème 3 : Les problèmes de communication*

*Enjeu 1 : Le manque de rétroaction auprès des référent-e-s après l'orientation de l'utilisateur*

Les professionnel-le-s des GMF-U-R soulèvent l'absence de suivi de la part des programmes-services concernant les références effectuées, notamment pour savoir si l'utilisateur référé-e a été orienté-e au bon endroit. Il semble y avoir une rupture des communications après l'orientation de l'utilisateur concernant son parcours de soins et de services et la prise en charge de la demande dans les programme-services.

**RECOMMANDATION**

- La mise en place d'un « système de traçage » qui permettrait de suivre l'évolution de la trajectoire de soins et de services de l'utilisateur du moment où l'orientation est finalisée et que la référence de la demande a été effectuée.

### *Enjeu 2 : Le rythme et les moyens de communication en lien avec l'implantation de la nouvelle pratique*

Du point de vue d'un bon nombre de participant-e-s, les communications sont trop nombreuses et parviennent dans des délais trop rapides, et ce, principalement par courriel (ex : la mise à jour d'une évidence, un changement apporté dans l'offre de soin ou de service d'une direction de programme, etc.). Le délai entre la réception et la mise en vigueur des informations contenues dans le courriel est souvent très limité, laissant trop peu de temps pour les gestionnaires des équipes de se les approprier, afin de bien les expliciter à leurs équipes et de s'assurer de leur compréhension. Du côté des professionnel-le-s, la multiplication des courriels portant sur la pratique fait en sorte qu'ils et elles parviennent difficilement à garder le fil et à bien absorber l'ensemble des informations.

#### **RECOMMANDATIONS**

- Avoir un meilleur arrimage entre les directions pour structurer le rythme et la logique dans l'envoi des communications importantes.
- Mettre en place davantage de rencontres d'équipe pour permettre les échanges en lien avec la pratique et qui favoriseraient, potentiellement, une meilleure « absorption » du changement de pratique dans les équipes de travail.

### *Enjeu 3 : La communication entre les portes d'entrée et les programmes-services*

L'exemple donné dans le contexte des groupes de travail portait sur les communications entre les intervenant-e-s du 811 et ceux et celles des programmes-services qui semblent être peu présentes. Puisque les intervenant-e-s du 811 traitent les situations ponctuelles d'usager-ère-s souvent en crise, les priorisations inscrites sont souvent très élevées et irréalisables pour les programmes-services.

#### **RECOMMANDATION**

- Avoir des canaux de communication clairs et établis. Une meilleure communication permettrait de mieux arrimer le décalage existant entre la réalité des usager-ère-s en ce qui concerne l'urgence de leur situation et la capacité réelle des programmes-services à les prendre en charge en temps opportun.

#### *Enjeu 4 : Les erreurs d'orientation*

Plusieurs participant-e-s ont souligné que peu d'informations sont communiquées par l'organisation quant aux références qui font l'objet d'une réorientation en regard, notamment, du nombre de demandes refusées par les directions de programmes-services sur une période donnée et les motifs justifiant les réorientations.

#### **RECOMMANDATION**

- Mettre en place un mécanisme permettant de comptabiliser et de documenter les demandes faisant l'objet d'une réorientation au sein du CIUSSS-CN. Ce mécanisme pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et bonifier l'expérience des usager-ère-s en contexte de soins et de services de proximité.

#### *Enjeu 5 : Le sens de l'AIH et de la nouvelle pratique pour orienter l'usager-ère*

Quelques années se sont écoulées entre le déploiement de la pratique et la réalisation des groupes de travail en raison du contexte pandémique qui a forcé l'arrêt du projet pendant plus d'un an. Dans ce contexte, il semble que le sens et les objectifs initiaux derrière l'implantation de cette pratique se soient quelque peu dissipés au sein des équipes de travail.

#### **RECOMMANDATIONS**

- Rappeler aux équipes de travail les principes fondateurs de la pratique clinique et les motivations organisationnelles qui soutiennent la mise en place de l'AIH. Plusieurs participant-e-s ont souligné l'importance de revaloriser le recours à cette pratique à la fois en matière de gains pour l'usager-ère que pour les professionnel-le-s qui en font usage et d'en réitérer le sens dans les équipes de travail.
- En plus des capsules de formation disponibles pour les professionnel-le-s, un bon nombre de participant-e-s ont soulevé la nécessité de refaire de la formation sur la pratique en présentiel dans les équipes de travail.
- Mettre en place au sein des équipes de travail des rencontres ou des caucus réguliers dédiés à la discussion de cas cliniques pour mettre à profit l'expertise de chaque professionnel-le qui met en application la pratique.

## CONCLUSION

L'objectif de ce projet de recherche était de dresser les conditions favorables et les freins à l'implantation de la nouvelle pratique en GMF-U-R. Plus spécifiquement, ce projet avait pour but de documenter et de mieux comprendre les enjeux vécus chez les usager-ère-s, les professionnel-le-s, les médecins, les IPSPL, les CP, les ASI et les gestionnaires en lien avec la pratique clinique.

La réalisation de ce projet est issue d'un financement partagé entre les Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS), le MSSS et de l'Unité de soutien SRAP (stratégie de recherche axée sur le ou la patient-e). La démarche d'évaluation d'implantation à l'équipe Accès et dans les quatre GMF-U-R ciblés a été grandement facilitée grâce à un contexte de partenariat très étroit entre des représentant-e-s de diverses parties prenantes au projet de transformation clinique et organisationnelle (particulièrement de la DSM et de la DEAU), des usager-ère-s partenaires, ainsi que l'équipe de recherche.

L'évaluation d'implantation de la pratique s'est superposée à d'autres changements qui sont survenus en cours de projet, notamment à cause des remaniements fréquents des équipes de travail en GMF-U-R en raison d'un roulement important au niveau des ressources professionnelles et des gestionnaires. De plus, le contexte pandémique a forcé l'arrêt des travaux de recherche pendant plus d'un an et demi. Le délestage important au sein des équipes de travail en GMF-U-R a contribué à ralentir le processus d'appropriation de la pratique. Enfin, en janvier 2022, un changement de direction est survenu dans lequel l'ensemble des professionnel-le-s ont été regroupé-e-s sous la même direction, soit la direction des services professionnels (DSP). Dans ce contexte, les équipes de gestion des quatre GMF-U-R participant au projet de recherche ont été remplacées par de nouveaux-elles gestionnaires, CP et ASI. Ce faisant, le déploiement de la pratique clinique en GMF-U-R s'est donc entremêlé à d'autres changements organisationnels importants qui sont venus fragiliser son implantation et son appropriation dans les équipes de travail.

Dans un contexte organisationnel en constante transformation et soumis à un roulement important du personnel, il s'avère crucial de porter une attention soutenue aux mesures de soutien à offrir en continu aux personnes responsables d'implanter le changement dans les équipes de travail et aux mesures de transfert des connaissances pour que le processus d'implantation et d'appropriation de la pratique se poursuive, malgré les changements potentiels



des ressources gestionnaires et professionnelles. De plus, plusieurs participant-e-s ont soulevé une préoccupation quant au sens et aux objectifs initiaux derrière l'implantation de la pratique qui semblent s'être quelque peu dissipés avec tous ces changements. Certain-e-s participant-e-s interrogé-e-s dans le cadre du projet de recherche ont fait mention de l'importance de revaloriser le recours à cette pratique autant en matière de gains pour l'usager-ère que pour les professionnel-le-s qui en font usage, tout en réitérant son sens dans les équipes de travail.

Malgré une volonté d'implanter la pratique de manière uniforme dans toutes les portes d'entrée du CIUSSS-CN dans le cadre du déploiement de l'AIH, les résultats en provenance des groupes de travail ont mis en exergue que la pratique ne s'actualise pas au même rythme et à la même fréquence en raison des réalités et des contextes qui peuvent différer d'une porte d'entrée à l'autre. Les analyses téléphoniques constituent la modalité principale à l'équipe Accès et au 811 pour procéder à l'analyse du besoin prioritaire de l'usager-ère. Au sein de ces portes d'entrée, le flux de références dirigées vers les programmes-services est important tandis que les GMF-U-R ont un nombre peu significatif de demandes qui sont orientées vers les programmes-services. La majorité des usager-ère-s qui consulte un-e médecin ou un-e professionnel-le en GMF-U-R peut maintenant recevoir plusieurs soins et services à cette même enseigne en raison, notamment, du rehaussement des services psychosociaux généraux et d'une collaboration interprofessionnelle accrue. La spécificité ou la multiplicité des contextes dans lesquels une même pratique est implantée doit être considérée afin de rendre le processus d'implantation plus flexible au regard des enjeux particuliers vécus dans chaque milieu.

Les résultats issus des entrevues auprès des usager-ère-s rendent compte d'une perspective différente par rapport aux autres catégories de participant-e-s interrogé-e-s qui sont tous-tes des acteur-ric-e-s impliqué-e-s dans l'opérationnalisation et/ou l'implantation de la nouvelle pratique à titre « d'utilisateur-ric-e ». Leurs témoignages en tant que « bénéficiaires » de la pratique font plutôt état de leur appréciation quant à l'obtention de résultats concrets en matière de soins et de services. Ils ne portent pas sur le processus d'orientation lui-même qui n'est pas tangible pour les usager-ère-s. Toutefois, les délais entre l'orientation et l'amorce d'un soin ou d'un service semblent être des indicateurs importants pour les usager-ère-s afin de témoigner de manière significative de leur parcours de soins et de services.

De façon générale, le processus d'orientation semble fluide pour les usager-ère-s qui reçoivent des soins et des services en fonction du besoin identifié. Cependant, certain-e-s usager-ère-s présentent des situations cliniques plus complexes avec des besoins concomitants qui

mériterait d'être considérés simultanément. Actuellement, aucune modalité formelle entre les portes d'entrée et les directions de programmes-services ne permet d'amorcer dès l'orientation une démarche de collaboration entre plusieurs directions de programmes-services en lien avec plusieurs besoins prioritaires identifiés dans une même référence. Cet enjeu soulève l'importance de mettre en place des modalités de collaboration interprogramme, afin de faciliter la prise en charge de ce type d'usager-ère. Dans cette optique, l'identification d'un seul besoin prioritaire ne permet pas de tenir compte de la complexité des situations pouvant être vécues chez certain-e-s usager-ère-s et qui, plus largement, conduit à un questionnement sur la capacité réelle des programmes-services à prendre en charge des usager-ère-s présentant des besoins multiples en fonction des critères d'admissibilité, parfois nombreux et rigides.

Le processus de prise de décision partagée est apprécié par un grand nombre d'usager-ère-s. Ce processus leur octroie un pouvoir décisionnel accru dans l'identification de leur besoin et dans le choix du soin ou du service qui s'y rattache. Cependant, pour un certain nombre d'usager-ère-s, ce processus peut être stressant puisqu'il leur confère une trop grande responsabilité. L'identification et/ou la verbalisation du besoin peuvent constituer des enjeux pour certain-e-s usager-ère-s. Du côté des professionnel-le-s, la mise en œuvre de ce processus peut présenter certains obstacles en raison d'une méconnaissance des principes d'intervention liés à la prise de décision partagée. Pour ce faire, il importe que chaque professionnel-le ait les outils cliniques nécessaires au regard de ce processus pour mettre en place les conditions favorables pour qu'une prise de décision partagée puisse réellement avoir lieu avec l'usager-ère et que ce même processus puisse être malléable en fonction des usager-ère-s dont l'aisance à participer à la prise de décision peut différer. Bref, le recours au processus de prise de décision partagée nécessite une certaine finesse de la part des professionnel-le-s qui doivent notamment s'adapter au niveau d'implication souhaité par l'usager-ère dans la démarche et à sa capacité à identifier/verbaliser son besoin prioritaire.

En considérant l'ampleur de cette transformation organisationnelle et clinique, il semble essentiel que la formation, le soutien et l'accompagnement soient adaptés autant aux professionnel-le-s qui mettent cette pratique en œuvre sur le terrain qu'aux équipes en soutien au déploiement (gestionnaires, CP et ASI) qui ont la responsabilité d'assurer son implantation dans leurs équipes de travail. Les résultats de la recherche mettent en lumière que la formation actuellement disponible pour les professionnel-le-s constitue un bon outil de référence pour comprendre les principes généraux de la pratique clinique, mais elle est jugée insuffisante pour bien se l'approprier et la mettre en application au quotidien. De plus, l'implantation de la pratique dans

les équipes GMF-U-R semble grandement reposer sur les CP et les ASI qui doivent assurer l'accompagnement clinique aux professionnel-le-s des équipes. En considérant leur charge de travail au quotidien et le nombre important d'équipes professionnelles sous leur égide, il devient difficile de leur côté de s'investir pleinement et d'assurer le support nécessaire à l'implantation. Dans cette perspective, les personnes assurant un leadership dans l'implantation de la pratique doivent être en nombre suffisant, afin d'avoir une réelle capacité de s'engager dans la démarche.

Enfin, dans une avenue où le CIUSSS-CN souhaite se développer et se positionner comme une organisation apprenante dans le contexte de cette pratique, les ajustements et la flexibilité en continu selon l'évolution des enjeux vécus sur le terrain et, plus largement, au sein du système de santé et de services sociaux, sont essentiels à la poursuite des travaux conduisant à la pérennisation de la pratique. De plus, la mise en place d'un outil permettant de comptabiliser et de documenter les délais et les erreurs d'orientation en fonction du besoin prioritaire retenu pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et accroître l'expérience positive des usager-ère-s au sein de leur parcours de soins et de services de proximité.

## RÉFÉRENCES

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, (s.d.). *Évidences*.  
<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/acces-integre-harmonise/evidences>
- Côté, N., Chouinard, R., Breton, M., Duhoux, A., Ghandour, E. K., Freeman, A., Gagnon, M.-P., Laberge, M., Martin, É., Bourgeault, I. L., Fortin, J.-P., Binette, S., Boucher, M., Legault, O. et Daniel, P. (2021). *Démarche d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique à l'équipe Accès visant à orienter efficacement l'utilisateur vers les soins et les services de proximité : enjeux liés à son implantation* [document inédit]. Université Laval.
- Côté, N., Langlois, L. (2023). *Rapport scientifique final* [document inédit]. Fonds de recherche Santé Québec.
- Côté, N., Laurin, G., Langlois, L. (2023). *Pratique de pointe portant sur l'Accès intégré et harmonisé en GMF-U-R : Orienter efficacement l'utilisateur, dans le continuum de soins et de services, par le soutien d'une pratique collaborative, impliquant les usagers, les GMF-U-R et les professionnels* [document inédit]. CIUSSS-CN.
- Martel, J., Côté, N., Chouinard, R., Couture, M., Legault, O., Moreau, J., Langlois, L. (2022). *Orienter efficacement l'utilisateur sur le continuum de soins et de services du RTS-RLS par le soutien d'une pratique collaborative impliquant les usagers, les professionnels, les médecins dans le cadre de l'accès intégré et harmonisé aux services de proximité en GMF/GMF-U/GMF-R : Retombées actuelles et éléments clés de la démarche* [document inédit]. Université Laval et CIUSSS-CN.
- MSSS, (s.d.). *Sources de données et métadonnées – ICLSC*.  
[https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documentation-sources-de-donnees-et-indicateurs/sources-de-donnees-et-metadonnees/iclsc/#:~:text=Banque%20de%20donn%C3%A9es%20du%20ministre,en%20CSSS%20\(mission%20CLSC\)](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documentation-sources-de-donnees-et-indicateurs/sources-de-donnees-et-metadonnees/iclsc/#:~:text=Banque%20de%20donn%C3%A9es%20du%20ministre,en%20CSSS%20(mission%20CLSC))
- Legault, O., Massicotte, G., Côté, N., Chouinard, R., Couture, M., Laurin, G., Martel, J. et Moreau, J. (2022). Indicateurs de performance dans le contexte d'implantation et d'évaluation d'une nouvelle pratique clinique visant à orienter efficacement l'utilisateur vers les soins et les services de proximité au sein des GMF-U-R [document inédit]. CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. (2015, 9 février). Éditeur officiel du Québec.  
[https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_client/lois\\_et\\_reglements/LoisAnnuelles/fr/2015/2015C1F.PDF](https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2015/2015C1F.PDF)

## ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA PHASE 2

Résultats de l'évaluation d'implantation dans les GMF-U-R et les directions de programmes-services	
<p><b>Satisfaction de l'usager-ère</b></p>	<p><b>Le niveau de satisfaction des usager-ère-s est généralement élevé en regard des éléments suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La qualité des soins ou des services reçus au sein de leur clinique.</li> <li>• Le processus de prise de décision partagée ayant eu lieu avec un-e médecin ou un-e professionnel-le de la clinique.</li> <li>• La collaboration interprofessionnelle présente dans le GMF fréquenté, particulièrement entre les médecins et les infirmier-ère-s.</li> <li>• Le délai d'obtention d'un ou d'un service en GMF-U-R à la suite d'une consultation d'un-e médecin ou d'un-e professionnel-le.</li> </ul>
<p><b>L'identification du besoin prioritaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majorité des participant-e-s adhèrent au principe théorique qu'ils et elles jugent avantageux pour l'usager-ère en évitant les orientations basées uniquement sur un profil type ou sur le diagnostic.</li> <li>• L'identification d'un seul besoin prioritaire ne permet pas de répondre à certaines situations complexes vécues chez les usager-ère-s qui présentent plusieurs besoins concomitants, ce qui entrave entre autres la collaboration interprofessionnelle et interdirections.</li> </ul>
<p><b>Le processus de prise de décision partagée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un grand nombre d'usager-ère-s apprécie être impliqué-e-s dans leur démarche de soins et de services.</li> <li>• D'autres souhaitent davantage s'en remettre à l'expertise d'un-e médecin ou d'un-e professionnel-le puisque ce processus semble insécurisant ou stressant.</li> <li>• L'application de ce processus nécessite une flexibilité et une certaine finesse de la part des médecins ou des professionnel-le-s afin de tenir compte des capacités de chaque usager-ère à verbaliser et à identifier son besoin.</li> </ul>
<p><b>La formation et l'accompagnement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation actuelle disponible sous la forme de capsules vidéo est jugée utile, mais elle est considérée comme étant insuffisante pour bien mettre en œuvre la pratique au quotidien et n'est pas adaptée à l'ensemble des réalités de travail des divers types de professionnel-le-s.</li> <li>• L'accompagnement et le soutien offerts aux équipes de professionnel-le-s sont limités en raison de la surcharge de travail des gestionnaires, des CP et des ASI.</li> </ul>

<p><b>Le FABO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'outil clinique est perçu de manière favorable par certain-e-s participant-e-s puisqu'il permet aux professionnel-le-s d'orienter les usager-ère-s de manière autonome à l'aide d'un seul formulaire.</li> <li>• Un enjeu d'équité a été soulevé par plusieurs infirmier-ère-s qui déplorent que les médecins fassent usage d'un formulaire distinct et plus court (formulaire de proximité).</li> <li>• L'utilisation du FABO implique un changement de paradigme important chez les infirmier-ère-s qui soulèvent la complexité liée au processus de rédaction et une augmentation de leur charge de travail.</li> </ul>
<p><b>Le processus d'orientation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus d'orientation est fluide pour plusieurs usager-ère-s. Ces dernier-ère-s reçoivent le soin ou le service en fonction du besoin identifié.</li> <li>• Une certaine proportion des références reçues dans les programmes-services sont erronées et nécessitent d'être réorientées.</li> <li>• La méconnaissance des référent-e-s concernant l'offre de soin ou de service des différentes directions de programmes-services semble constituer un enjeu pouvant être à l'origine des erreurs d'orientation.</li> <li>• Le processus de réorientation semble complexe, assujetti à des négociations avec le programme-services ciblé et nécessite beaucoup de temps chez les professionnel-le-s en charge de la réorientation.</li> </ul>
<p><b>Les spécificités des secteurs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les spécificités des MRC de Portneuf et Charlevoix, notamment dans les ressources disponibles et dans les méthodes de travail préétablies, n'ont pas nécessairement été considérées dans l'uniformisation des trajectoires. Le nouveau processus d'orientation occasionne un sentiment de perte d'autonomie professionnelle et régionale chez les intervenant-e-s.</li> </ul>
<p><b>L'accès aux soins et aux services</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'abolition de l'accueil psychosocial représente un obstacle pour certaines clientèles en situation de vulnérabilité quant à l'accessibilité aux soins et aux services. Les analyses téléphoniques ne répondent pas aux besoins de certain-e-s usager-ère-s.</li> <li>• Les évidences créent parfois des rigidités quant à l'admission des usager-ère-s dans certains programmes-services.</li> <li>• La méconnaissance des ressources des RTS-RLS de la part des référent-e-s diminue les orientations faites dans le réseau communautaire et engorge ainsi certaines listes d'attente des programmes-services.</li> </ul>

<p><b>La collaboration interprofessionnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Du point de vue des médecins, la collaboration interprofessionnelle est positive et les rôles de chaque membre de l'équipe de travail sont bien définis.</li> <li>• Plusieurs professionnel-le-s révèlent que la collaboration interprofessionnelle est présente entre eux et favorise une dynamique de travail favorable au soutien mutuel.</li> <li>• Du point de vue des professionnel-le-s, la collaboration interprofessionnelle avec les médecins est davantage « fonctionnelle » que « réelle », surtout avec les travailleur-euse-s sociaux-ales pour lequel-le-s le rôle est parfois méconnu ou incompris de la part du corps médical.</li> </ul>
<p><b>La collaboration interdirections</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incompréhension concernant les rôles et les mandats respectifs des portes d'entrée et des programmes-services.</li> <li>• Communication limitée entre les différentes directions des programmes-services. Plusieurs participant-e-s ont mentionné avoir le sentiment de travailler en « silo ».</li> <li>• Absence de suivi aux référent-e-s de la part des programmes-services permettant de suivre la poursuite de la trajectoire des usager-ère-s concernant la prise en charge de l'usager-ère, du moment de l'amorce d'un soin ou d'un service, etc.</li> </ul>

## ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA PHASE 3

Recommandations issues des deux groupes de travail	
Enjeux	Recommandations
<b>L'identification du besoin prioritaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situations complexes = avoir la possibilité d'inscrire plus d'un besoin prioritaire au FABO.</li> <li>• Mettre en place des modalités de communication formelles dès l'étape de l'orientation pour amorcer une démarche collaborative entre les directions de programmes-services ciblées dans la référence</li> </ul>
<b>La rédaction des FABO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une formation plus adaptée ou personnalisée en lien avec les réalités de travail de chaque type de professionnel-le.</li> <li>• Définir et uniformiser les attentes des programmes-services en ce qui a trait au contenu attendu dans les FABO.</li> <li>• Mettre en place un-e représentant-e dans chaque direction de programmes-services qui servirait de répondant-e pour les référent-e-s.</li> </ul>
<b>Les analyses téléphoniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir un accueil psychosocial en personne pour rejoindre tous les usager-ère-s qui ont de la difficulté à exprimer leurs besoins par téléphone.</li> <li>• Faire des analyse du/des besoins prioritaire(s) à domicile et dans les milieux de vie fréquentés lorsque jugé pertinent.</li> </ul>
<b>L'accès aux systèmes informationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajouter une section « chronicité » dans le FABO.</li> <li>• Vérifier systématiquement si l'usager-ère, avant d'être orienté-e, a déjà un suivi ouvert et actif dans un programme-services.</li> </ul>
<b>L'objectif de la nouvelle pratique : « orienter l'usager-ère au bon endroit, et ce, du premier coup ».</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir les cibles du nombre de FABO à compléter quotidiennement à l'équipe Accès.</li> <li>• Assouplir la mise en application des grands fondements de la pratique d'orientation afin de diminuer la pression sur les intervenant-e-s.</li> <li>• « Humaniser » davantage la pratique en revoyant ses principes fondateurs qui peuvent parfois être en décalage avec ce qui peut être vécu sur le terrain chez les professionnel-le-s.</li> </ul>

<p><b>La surcharge de certaines listes d'attente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un meilleur arrimage avec les ressources des RTS-RLS permettant aux équipes des portes d'entrée d'avoir davantage le réflexe de référer vers les partenaires de ces réseaux de services, et ce, tout en veillant sur leur capacité de prise en charge pour éviter de transférer la surcharge vers les ressources des RTS-RLS.</li> </ul>
<p><b>Rétroaction auprès des référent-e-s</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place d'un « système de traçage » qui permet de suivre l'évolution de la trajectoire de soins ou de services de l'utilisateur après l'orientation.</li> </ul>
<p><b>Le rythme et les moyens de communication en lien avec de la nouvelle pratique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir un meilleur arrimage entre les directions pour structurer le rythme et la logique dans l'envoi des communications importantes.</li> <li>• Mettre en place davantage de rencontres d'équipe pour permettre les échanges en lien avec la pratique.</li> </ul>
<p><b>La communication</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des canaux de communication clairs et établis pour mieux arrimer le décalage possible entre la réalité des usager-e-s et la capacité réelle des programmes-services à les prendre en charge en temps opportun.</li> <li>• Avoir des canaux de communication plus souples entre les diverses directions des programmes-services afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle entre celles-ci lors d'une réorientation.</li> </ul>
<p><b>Les erreurs d'orientation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un mécanisme permettant de comptabiliser et de documenter les demandes faisant l'objet d'une réorientation au sein du CIUSSS-CN.</li> </ul>
<p><b>Le sens de l'AIH et de la nouvelle pratique pour orienter l'utilisateur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappeler dans les équipes de travail les principes fondateurs de la pratique clinique et les motivations organisationnelles derrière la mise en place de l'AIH.</li> <li>• Refaire de la formation sur la pratique en présentiel dans les équipes de travail.</li> <li>• Mettre en place au sein des équipes de travail des rencontres ou des caucus réguliers dédiés à la discussion de cas cliniques.</li> </ul>