

PROJET PILOTE ARCHIMÈDE

Phase 2 – Amélioration de l’accessibilité
aux soins et services par l’optimisation
de la collaboration interprofessionnelle :
Pertinence du modèle Archimède
et portrait des milieux les plus
susceptibles d’en bénéficier

Rapport final – 2 septembre 2025

Nancy Côté
Yasmine Frikha
Andrew Freeman
Arnaud Duhoux
Maude Laberge
Sébastien Binette



**Équipe réseaux
proximité**

PARTENARIAT POUR
L'INNOVATION SOCIALE EN SANTÉ

Nancy Côté	<p>Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en sociologie du travail et des organisations de santé;</p> <p>Professeure agrégée au Département des relations industrielles de l'Université Laval;</p> <p>Directrice scientifique de l'Équipe réseaux proximité;</p> <p>Chercheuse régulière à VITAM - Centre de recherche en santé durable.</p>
Yasmine Frikha	<p>Étudiante au doctorat en ergothérapie et sociologie des professions à l'Université Laval;</p> <p>Auxiliaire de recherche à VITAM – Centre de recherche en santé durable;</p> <p>Coordinatrice des activités de recherche du projet Archimède, phase 2.</p>
Andrew Freeman	<p>Professeur agrégé à l'École des sciences en réadaptation (Université Laval);</p> <p>Chercheur régulier à VITAM - Centre de recherche en santé durable;</p> <p>Membre régulier de l'Institut d'éthique appliquée (Université Laval);</p> <p>Directeur-Pratique de la Fédération mondiale des ergothérapeutes.</p>
Arnaud Duhoux	<p>Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.</p>
Maude Laberge	<p>Professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval;</p> <p>Chercheuse régulière à VITAM - Centre de recherche en santé durable;</p> <p>Chercheuse au Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval.</p>
Sébastien Binette	<p>Coordonnateur scientifique à VITAM - Centre de recherche en santé durable.</p>

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

Dépôt légal: 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-02244-7 (PDF)

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements aux intervenant.es et professionnel.les de la santé et des services sociaux, au personnel administratif, aux acteur.rices clés ainsi qu'aux usager.ères du groupe de médecine familiale (GMF) Saint-Vallier pour leur précieuse collaboration dans le cadre de cette recherche. Leur disponibilité et la richesse des témoignages partagés lors des entrevues individuelles ont constitué une contribution essentielle à la réalisation de cette étude.

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux membres du comité consultatif de la recherche pour leur engagement soutenu et leur participation active tout au long du projet. Étant donné que ce dernier s'est déroulé sur plusieurs années, certaines personnes ont vu leurs fonctions évoluer au fil du temps. Les titres mentionnés ici correspondent à ceux occupés lors de la seconde phase de l'évaluation du projet Archimède. **Du GMF Saint-Vallier** : Dr *Maxime Amar*, Dre *Anne-Marie-Fleury* et Dre *Marie-Ève Desnoyers*, médecins responsables; *Christine Laliberté*, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL), chargée de projet, conceptrice du projet Archimède. **Du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN)** : *Sandra Racine*, directrice des soins infirmiers et de la santé physique (DSI-SP); *Ariane Couture*, directrice adjointe à la DSI-SP; *Eric Tremblay*, chef de service; *Nathalie Gauthier*, cheffe de service des infirmières praticiennes spécialisées; *Caroline Côtswvè*, conseillère cadre à la collaboration interprofessionnelle à la direction des services multidisciplinaires; *Mélanie Couture*, agente de planification, de programmation et de recherche, service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), *Pascale Lavoie*, cheffe de service, service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, DEAU. **Du ministère de la Santé et des Services sociaux** : *Dominique Perron*, Conseiller en organisation de services de première ligne; *Geneviève Landry*, directrice générale adjointe, Direction générale adjointe de la qualité, de la recherche et des affaires autochtones; *Ginette Martel*, coordonnatrice des dossiers transversaux intraministériels-réseau, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés; *Elizabeth Arpin*, directrice générale des secteurs interdisciplinaires, Sous-ministériat à la santé physique et pharmaceutique; *Émilie Coulombe*, Conseillère cadre à la direction nationale des soins et services infirmiers; *Sofie Therrien*, Coordinatrice, Direction première ligne, Direction générale accès et première ligne, Sous-ministériat santé physique et pharmaceutique.

Nous souhaitons remercier Monsieur *Raynald Savard* pour sa participation au comité à titre d'utilisateur partenaire. Son engagement constant tout au long du projet, ainsi que la richesse de ses réflexions et de son expérience a apporté une contribution significative à l'approfondissement de la démarche de recherche.

Nous tenons à souligner la contribution de *Frédérique Lachance* responsable de la conception graphique et de la mise en page du présent rapport.

Enfin, nous souhaitons souligner la contribution du personnel de recherche de VITAM – Centre de recherche en santé durable qui a contribué à la réalisation de ce projet, soit *Maxime Desfossés* et *Hubert Doyon*, professionnel.les de recherche, ainsi qu'*Émilie Turgeon-Jacques* et *Claudèle Charette*, auxiliaires de recherche.

Sommaire exécutif

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation qualitative de la deuxième phase du projet de recherche portant sur le fonctionnement du projet Archimède, implanté au GMF Saint-Vallier de Québec. Cette évaluation s'inscrit en complément du volet quantitatif qui est toujours en cours d'analyse et qui examine les effets du projet sur l'utilisation et les coûts des soins de santé et des services sociaux. Ce volet fera l'objet d'un rapport distinct à paraître ultérieurement.

La démarche qualitative a reposé sur la réalisation d'entrevues individuelles menées entre décembre 2022 et avril 2024. Ces entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de la santé, d'intervenants, d'agentes administratives du GMF Saint-Vallier, ainsi que d'acteurs impliqués dans l'implantation et l'opérationnalisation du projet Archimède, dans le but de documenter l'interprofessionnalisme au sein du GMF. Des usagers ont également été rencontrés afin de recueillir leur expérience des services reçus. Parallèlement, une étude de portée a été menée de janvier 2022 à décembre 2023 pour explorer le fonctionnement et les retombées de modèles similaires au projet Archimède à l'échelle internationale ([Frikha et al., 2024](#)).

La transformation des soins et services de première ligne se poursuit avec pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins et services, de développer une pratique de soins et services intégrés, de renforcer l'accès aux services psychosociaux, de prioriser les programmes de prévention, et d'optimiser la gestion des maladies chroniques. Les études montrent la valeur ajoutée d'offrir les soins et services de première ligne au sein d'équipes interprofessionnelles réunissant médecins, infirmières ainsi que d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Les résultats de ce projet de recherche nous permettent de mettre en évidence **les éléments clés** à considérer pour l'implantation de modèles interprofessionnels en première ligne au Québec.

- > Dans le cadre GMF, l'inscription est l'un des principaux mécanismes d'accès à un médecin de famille et à une équipe interprofessionnelle en première ligne. Si l'inscription favorise une continuité des soins, elle freine toutefois la capacité totale de prise en charge du GMF, car l'accès aux autres professionnels du GMF dépend du nombre d'usagers qu'un médecin se sent en capacité d'inscrire à son nom. Dans un contexte GMF, il est nécessaire de repenser l'accès aux équipes interprofessionnelles et les mécanismes permettant de favoriser la responsabilité et la continuité des soins et des services, au-delà du mécanisme d'inscription formelle au médecin.
- > L'intégration d'un plus grand nombre d'IPS ainsi que de professionnels des services psychosociaux et de la réadaptation a permis d'élargir l'offre de services pour les usagers du GMF Saint-Vallier. Cette situation permet d'accroître l'accès des usagers à une plus grande diversité de services auxquels ils ont généralement un accès limité au public, générant une grande satisfaction chez les usagers. Il demeure toutefois essentiel d'intégrer formellement ces professionnels à la gouvernance du GMF, en précisant leurs responsabilités et obligations, afin d'optimiser le travail interprofessionnel et d'accroître l'efficacité des services offerts.
- > L'optimisation des rôles professionnels au sein des équipes interprofessionnelles repose sur des mécanismes efficaces de référencement et de collaboration (ex : pratique de consultation; soins et services partagés). La stabilité de l'équipe, la qualité des relations et la présence d'espaces de communication formels et informels favorisent une collaboration optimale. Toutefois, la méconnaissance de certains rôles et le roulement du personnel entraînent une utilisation inégale des rôles professionnels, soulevant des enjeux de coordination. La littérature souligne ainsi l'importance d'un coordinateur clinique dans certains modèles de soins pour faciliter l'intégration des professionnels, optimiser les mécanismes de référencement et renforcer la collaboration au sein de l'équipe.

- > Les compétences non cliniques, essentielles pour la collaboration, l'optimisation des rôles et la gestion du changement, sont indispensables dans les modèles innovants. Cette exigence met en lumière un enjeu majeur de sélection des candidats, car la logique syndicale actuelle est encore largement fondée sur l'ancienneté et ne reconnaît pas suffisamment les compétences non cliniques requises dans ces contextes.
- > Dans les modèles innovants, la formalisation des rôles de gestion et de coordination des équipes est nécessaire pour clarifier les attentes et les responsabilités en matière d'imputabilité des différents acteurs. Une certaine souplesse doit néanmoins demeurer pour que certains chevauchements puissent s'opérer, ceux-ci étant essentiels pour co-produire des solutions face à des problèmes souvent complexes et favoriser un ajustement en continu.
- > Un projet pilote comme Archimède représente un changement de paradigme majeur en matière d'organisation des soins et services. Il est essentiel de prévoir un temps suffisant, d'une part, pour implanter le modèle tel que conceptualisé, et d'autre part, pour permettre l'observation et l'évaluation de ses retombées à moyen et long terme. Sans ce délai, il devient difficile d'utiliser les données issues de l'expérimentation pour améliorer la conception et l'opérationnalisation du modèle, ainsi que pour guider le développement de futurs modèles.
- > La coexistence des logiques privée et publique dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux engendre des enjeux structurels, organisationnels, culturels et professionnels qui complexifient l'implantation des modèles interprofessionnels. Il est important de réfléchir à des conditions de travail qui soient équitables pour tous les professionnels et qui tiennent compte de leurs obligations professionnelles et de la nature de leur travail.
- > La co-production, en impliquant l'ensemble des acteurs concernés — y compris les professionnels de toutes disciplines et les usagers — permet de concilier les différentes logiques organisationnelles et professionnelles pour offrir des soins et services sociaux mieux adaptés aux besoins de la population. Pour réussir, cette approche requiert des modes de gestion participative et multiniveaux, capables de surmonter les défis liés à la diversité des statuts, des responsabilités et des représentations au sein des instances de gouvernance.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	08
Mise en contexte	09
Cadre conceptuel	10
Objectifs	10
Organisation du rapport	11
Approbation éthique	11
<hr/>	
1. Méthodologie du volet qualitatif	12
<hr/>	
2. Résultats du volet qualitatif	15
2.1. Résultats de l'étude de portée	17
2.2. L'interprofessionnalisme au GMF	19
2.3. L'expérience des usagers qui fréquentent le GMF Saint-Vallier	33
<hr/>	
3. Discussion et recommandations	38
<hr/>	
Forces et limites	45
Conclusion	46
Références	47
Annexe 1 –Processus global de collecte et d'analyse de données	49
Annexe 2 - Synthèse des résultats par objectif	50

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Recrutement des participants	16
Tableau 2 - Données socio-démographiques des usagers	33
Tableau 3 - Utilisation des services par les usagers	35

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CADRISQ	Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
COVID-19	Coronavirus disease 2019
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DMÉ	Dossier médical électronique
DSI	Direction des soins infirmiers
DSI-SP	Direction des soins infirmiers et de la santé physique
DSP	Direction des services professionnels
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine familiale
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
RUISSS-UL	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval

Avant-propos

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation du projet Archimède obtenus lors de la réalisation de la phase 2 du projet de recherche, ci-dessous libellé. Il fait donc suite au rapport de la phase 1, publié le 1er décembre 2022, qui présentait les résultats de la recherche conduite entre avril 2018 et mars 2020. Ce projet de recherche, incluant ses phases 1 et 2, a été réalisé grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

À la suite de la rencontre du 3 juin 2021 entre les représentant.es du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) et de l'équipe de recherche du Centre de recherche en santé durable VITAM, il a été convenu de présenter une phase 2 du projet de recherche intitulé : *Projet pilote Archimède : les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe - Enjeux d'optimisation du rôle des professionnels, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des services de proximité*. Ce document présente donc un nouveau devis de recherche, dans la continuité de la première phase, ainsi que les résultats des activités de recherche du volet qualitatif conduites entre janvier 2022 et juillet 2024. Le volet quantitatif est toujours en cours, les données brutes issues de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) ont été rendues disponibles au Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ) le 11 juin 2025, et sont maintenant en traitement par l'équipe de recherche. La présentation de ces résultats fera l'objet d'un second rapport de recherche.

Certaines précisions s'avèrent nécessaires à l'intention des lecteur.rices de ce rapport. Étant donné que la recherche a été menée dans un seul milieu, l'équipe de recherche a exercé une vigilance rigoureuse quant au traitement des données recueillies auprès des participant.es. Ainsi, les résultats se rapportant à un.e seul.e professionnel.le ont été agrégés de manière à faire ressortir les tendances générales et les éléments transversaux à plusieurs groupes professionnels. Pour les mêmes raisons, les extraits de verbatim ont été épurés pour éviter que les participant.es puissent être reconnu.es.

Le genre masculin a été adopté afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Mise en contexte

Le projet Archimède a été implanté au Groupe de médecine familiale (GMF) Saint-Vallier, situé au 205, rue Montmagny, bureau 201 à Québec, à partir du mois d'avril 2017 et s'est terminé le 31 mars 2024. Le projet Archimède consiste en l'ajout au sein du GMF d'une équipe interprofessionnelle en provenance du CIUSSS-CN, composée d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et d'une en santé mentale (IPSSM), d'infirmières cliniciennes, d'une travailleuse sociale, d'une psychologue, d'une physiothérapeute, d'une kinésiologue, d'un inhalothérapeute, d'une nutritionniste et plus récemment, d'un pharmacien, pour un total de 5 équivalents temps complet (ETC) en plus des ressources prévues dans le modèle GMF. Le projet Archimède a été développé au sein du GMF par une IPSPL avec l'appui de l'équipe médicale du GMF Saint-Vallier, et il a été implanté grâce au soutien de la Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSI-SP) du CIUSSS-CN, puis, par la suite, par la Direction des services professionnels – (DSP) également du CIUSSS-CN et du MSSS. Le projet Archimède repose sur cinq principes: l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et services, l'accès adapté, l'utilisation optimale des ressources ainsi que le partenariat avec l'utilisateur dans l'établissement de ses besoins. Pour plus de détails sur le modèle et le contexte d'implantation, se référer au [rapport de recherche de la phase 1](#).

Depuis le début et jusqu'à la fin de son implantation, l'effectif réel des professionnels de la santé et des services sociaux a beaucoup évolué, en raison de divers facteurs, notamment de la pandémie de coronavirus disease 2019 (COVID-19). En raison des (très) nombreux mouvements de personnel sur ces 7 années, il est difficile de rendre compte de l'évolution du nombre de professionnels présents au sein du GMF Saint-Vallier. En revanche, il est à noter que le GMF n'a rencontré que ponctuellement (et brièvement) le total du surplus octroyé de 5 ETC toutes ces années. De mars à juin 2023, pendant la période des entrevues, il y avait en poste : 6 médecins (3,1 ETC), 5 infirmières praticiennes spécialisées [dont 4 en première ligne (IPSPL – 2 ETC) et 1 en santé mentale (IPSSM – 0,5 ETC)], 4 infirmières cliniciennes (4 ETC), 6 autres intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux [travailleuse sociale (1 ETC), kinésiologue (0,5 ETC), physiothérapeute (1 ETC), pharmacien (0,1 ETC), inhalothérapeute (0,5 ETC), psychologue (1 ETC)] ainsi que 5 agentes administratives (4,5 ETC) et une directrice administrative (1 ETC).

Les professionnels et intervenants interrogés avaient une expérience de travail au GMF de 3 à 5 ans pour les médecins, de 6 mois à 2 ans pour les IPS, de 1 an et demi à 5 ans pour les infirmières cliniciennes et de 5 mois à 1 an pour les autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux¹.

¹ Afin de préserver l'anonymat des participants, les informations détaillées concernant leurs caractéristiques socio-professionnelles (notamment leur statut d'emploi ou leur expérience professionnelle) ne sont pas présentées dans ce rapport.

Cadre conceptuel

Ce projet de recherche, évaluant les retombées du projet Archimède, est aligné avec les objectifs du *quintuple aim*, c'est-à-dire les cinq objectifs pour l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux en première ligne, à savoir : l'amélioration de l'expérience des usagers et de leur bien-être, de la santé de la population, de la satisfaction des fournisseurs de soins et services, la réduction des coûts pour le système de santé et de services sociaux puis l'atteinte de l'équité en santé (Canadian Institutes of Health Research, 2021; Nundy et al., 2022).

Le modèle Archimède, tel qu'implanté en GMF, peut être considéré comme un modèle de soins et services offert en interprofessionnalité au sein d'un espace physique partagé, c'est-à-dire, où plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux collaborent avec des médecins de famille dans un même point de service. Ce genre de modèle interprofessionnel exige une certaine optimisation des rôles professionnels pour que les soins et les services les plus appropriés pour l'utilisateur puissent être délivrés par le professionnel le plus adéquat (Bourgeault & Merritt, 2015; Nelson et al., 2014).

L'optimisation des rôles professionnels signifie que les professionnels mobilisent davantage leurs compétences spécifiques en transférant donc des activités à d'autres professionnels, cohérentes avec leur propre champ d'expertise (Bourgeault & Merritt, 2015; Nelson et al., 2014). Cela permet un usage des ressources plus approprié, plus efficace ou plus rentable, notamment en réduisant le dédoublement de tâches. Cela peut impliquer, dans le respect du cadre légal des professions, un chevauchement des tâches. par exemple pour favoriser l'accès à un service ou amener une fréquence supplémentaire d'intervention), et peut également mener à la pratique dans la pleine étendue du champ d'exercice et à la réalisation des tâches appartenant aussi à un autre groupe professionnel afin d'aider d'autres professionnels dans l'équipe (Bourgeault & Merritt, 2015; Nelson et al., 2014). En ce sens, les pratiques d'optimisation des rôles requièrent un certain degré d'interdépendance entre les professionnels, et donc reposent sur une collaboration interprofessionnelle accrue. Le continuum des pratiques de collaboration développé par le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), rattaché au CIUSSS-CN et soutenu par l'Université Laval et le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL), permet d'identifier les types de pratiques collaboratives au regard du niveau d'interdépendance requis par les professionnels, en débutant par la pratique indépendante jusqu'à la pratique de soins et de services partagés (haut niveau d'interdépendance) (Careau et al., 2014). En particulier, la pratique de concertation repose sur l'intention de planifier et d'organiser les services conjointement, puis la pratique de soins et de services partagés impliquent une prise de décision partagée entre les professionnels pour déterminer un objectif et des actions communes (Careau et al., 2014).

Objectifs

Les objectifs de la phase 2 du projet de recherche s'inscrivent dans ce cadre conceptuel, en étant centrés sur le fonctionnement du projet Archimède et sur ses répercussions sur l'utilisation et les coûts de soins de santé et de services sociaux, ainsi que sur l'expérience des professionnels, des intervenants et des usagers. L'objectif 1 est orienté sur l'utilisation et les coûts de soins de santé et de services sociaux. L'objectif 2 s'appuie sur une revue de la littérature pour explorer le fonctionnement et **l'ensemble des répercussions de modèles similaires** au projet Archimède, à l'international. L'objectif 3 aborde les pratiques de collaboration interprofessionnelle et d'optimisation des rôles

pour les professionnels et intervenants ; et l'objectif 4 se concentre sur l'expérience des usagers. Ces objectifs s'inscrivent également dans la continuité de la phase 1 du projet de recherche et tiennent compte des enjeux qui ont été rencontrés lors de cette première phase, notamment quant à l'analyse quantitative de l'utilisation des ressources, de l'accessibilité et de la continuité des soins et services.

Les objectifs	
1. Évaluer la pertinence du projet Archimède réalisé au sein du GMF Saint-Vallier, sur le plan économique comparativement aux autres GMF ayant assise sur le territoire du CIUSSS-CN.	2. Identifier les conditions favorables à l'émergence et à l'efficacité de modèles interprofessionnels similaires au projet Archimède.
3. Décrire l'interprofessionnalisme au GMF Saint-Vallier.	4. Documenter l'expérience des usagers qui fréquentent le GMF Saint-Vallier.

Organisation du rapport

Le projet Archimède a pris fin le 31 mars 2024. Dans ce rapport, nous présentons exclusivement les résultats et discussions concernant le volet qualitatif. Nous commençons par les résultats principaux issus de l'étude de portée, dont l'article a été publié dans la revue *BMC Health Services Research* ([accessible ici](#)). Nous poursuivons ensuite avec l'analyse sur la **collaboration interprofessionnelle** au sein du GMF Saint-Vallier, pour terminer par **l'expérience des usagers**. Enfin, la discussion ainsi que les recommandations que nous formulons à la fin de ce rapport ont pour but de mettre en lumière des éléments importants à considérer pour la conception, l'implantation et l'évaluation de modèles interprofessionnels en première ligne dans le contexte québécois, à partir des constats du projet Archimède. Un tableau de synthèse des résultats par objectif est disponible en [annexe 2](#).

Nous avons choisi une approche d'implantation hybride de type 2, qui permet de tester ou de piloter simultanément des stratégies d'implantation lors d'une étude de performance (Landes et al., 2019). Ce devis de recherche comprend le recueil de données qualitatives et quantitatives pour évaluer la performance et l'implantation du projet Archimède, conformément à nos objectifs de recherche. Le processus global de collecte et d'analyse de données qui a débuté en janvier 2022 et qui demeure en cours pour la partie quantitative est présenté dans la Figure 1 ([en annexe 1](#)). La structure de gouvernance du projet de recherche en partenariat était composée d'un comité consultatif et d'un comité stratégique dès la phase 1 du projet de recherche et a été maintenue tout au long de la phase 2 ([voir rapport de recherche de la phase 1](#)).

Approbation éthique

Étant donné qu'il s'agit de la continuité de la phase 1 du projet de recherche débuté en 2018, il s'agit de la même approbation émise par le comité d'éthique de la recherche Santé des populations et première ligne CIUSSS-CN (# 2019-1503).

Plusieurs demandes d'amendement ont été soumises et approuvées pour mettre à jour les différents aspects méthodologiques correspondant aux énoncés ci-dessus.



1 MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUALITATIF

1. Méthodologie du volet qualitatif

Le volet qualitatif permettait de répondre aux objectifs 2 (identifier les conditions favorables à l'émergence et à l'efficacité de modèles interprofessionnels similaires au projet Archimède), 3 (documenter l'interprofessionnalisme au GMF) et 4 (documenter l'expérience des usagers qui fréquentent le GMF Saint-Vallier). La méthodologie de la revue de la portée (*scoping review*) permettant de répondre au deuxième objectif est disponible dans [l'article publié ici](#). Une synthèse de cette méthodologie sera brièvement présentée en introduction aux résultats dans [la section correspondante](#).

Concernant les deux autres objectifs, nous avons utilisé une méthodologie qualitative de description interprétative (Thorne, 2016). Cette approche est appropriée pour obtenir une compréhension riche des expériences des multiples parties prenantes soit les usagers, les professionnels de la santé et des services sociaux, les agentes administratives et les acteurs clés dans l'implantation et l'opérationnalisation du projet Archimède, en prenant en compte les différents facteurs qui influencent l'optimisation des rôles, la collaboration interprofessionnelle et la centration sur la réponse aux besoins de l'utilisateur.

Échantillonnage et critères d'éligibilité

Nous avons réalisé un échantillonnage de type raisonné (Robinson, 2014) de façon à rencontrer un vaste éventail de participants. Tous les employés du GMF Saint-Vallier étaient éligibles. Enfin, nous recherchions des usagers suivis au GMF Saint-Vallier. Nous avons estimé que 20 usagers seraient suffisants pour fournir des données riches, bien que le nombre final ait été déterminé par l'atteinte de la saturation des données (Patton, 2014). Les usagers devaient être âgés de 18 ans ou plus, inscrits auprès d'un médecin de famille du GMF Saint-Vallier, et considérés capables, par les prestataires de soins de santé, de fournir un consentement éclairé.

Stratégies de recrutement

Comme l'indique la Figure 1 ([annexe 1](#)), nous avons procédé par phase de recrutement : d'abord les usagers, ensuite les professionnels, intervenants et agentes administratives travaillant au GMF Saint-Vallier et enfin les gestionnaires et les acteurs clés impliqués dans l'implantation et l'opérationnalisation du projet Archimède. Pour le recrutement des usagers, nous avons demandé aux professionnels de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux agentes administratives de leur fournir des brochures d'informations. Les usagers avaient ainsi la possibilité de contacter directement l'équipe de recherche ou de laisser leurs coordonnées à l'aide d'un formulaire en ligne, accessible par un code QR sur la brochure, pour manifester leur intérêt à participer à la recherche. Les usagers ont reçu une compensation financière pour leur participation. Pour le recrutement des intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que du personnel administratif, nous avons également conçu un dépliant qui leur a été transmis avec un courriel explicatif, pour les informer de l'étude et solliciter leur participation. Compte tenu du roulement de personnel ayant eu lieu depuis 2020, la majorité des employés du GMF Saint-Vallier n'étaient pas présents lors de la première phase de la recherche. Les employés qui souhaitaient participer ont été invités à nous contacter. Les acteurs clés dans l'implantation et l'opérationnalisation du projet Archimède ont été sélectionnés avec l'aide du comité consultatif et ont été invités à participer par un courriel explicatif.

La participation aux entretiens individuels et au questionnaire était volontaire.

Collecte de données

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de tous les participants. Elles étaient d'une durée de 60 à 90 min, à l'exception des usagers dont les entrevues duraient de 15 à 30 minutes. Cette méthode de collecte de données a été choisie pour approfondir notre compréhension de l'expérience des différents acteurs. Les usagers ont été questionnés sur les raisons de leurs consultations et les professionnels qu'ils ont consultés ainsi que leur expérience et leur satisfaction vis-à-vis des soins et des services reçus. Tous les usagers inscrits à l'étude ont complété un formulaire socio-démographique pour fournir des informations sur leur statut socio-économique.

Les intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux ont été questionnés sur différents éléments, soit leur situation actuelle et leurs motivations à travailler au GMF, leur expérience de travail au GMF, le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle. Ils ont également été invités à compléter un questionnaire en ligne sur le travail d'équipe composé de 19 items répartis en 4 catégories : le degré de participation au sein de l'équipe, l'appui aux idées nouvelles, les objectifs de l'équipe et la centration sur la tâche.

Les acteurs clés ont été questionnés sur les enjeux relatifs à l'implantation du projet Archimède puis sur le déploiement de modèles similaires à Archimède et autres modèles interprofessionnels en première ligne. Les gestionnaires ont également été interrogés sur ces éléments, ainsi que sur leur rôle dans le fonctionnement du GMF et sur les enjeux quant à la gestion des professionnels de la santé et des services sociaux.

Analyse des données

Notre analyse des données d'entrevue a été facilitée par l'utilisation du logiciel Nvivo (QSR International Pty Ltd., 2020). Après la transcription des entrevues, nous avons suivi les étapes de l'analyse thématique : codage initial selon nos thèmes d'entrevue prédéfinis et ceux qui émergent au cours de l'analyse; catégorisation; consolidation des catégories; mise en relation des catégories; et intégration et modélisation des données (Miles et al., 2014).

Lors de l'analyse de nos résultats concernant l'interprofessionnalisme au GMF, nous avons analysé les pratiques de collaboration interprofessionnelle dans l'équipe ainsi que la façon dont elles peuvent soutenir l'optimisation des rôles. Nous avons également analysé les facteurs micro (intérêts et expériences des professionnels, etc.), méso (interactions au GMF, dynamiques d'équipe, etc.) et macro (modalités de financement, de recrutement, d'inscription, d'orientation du projet Archimède, des cadres et politiques gouvernementaux, etc.) qui pouvaient influencer la collaboration interprofessionnelle et l'optimisation des rôles. Dans ce même objectif, nous avons également analysé les pratiques de gestion du GMF et des professionnels, en portant attention au mode de leadership exercé par les différents acteurs ainsi que la manière dont sont prises les décisions. Les résultats du questionnaire sur le travail d'équipe ont été analysés qualitativement, dans le but de trianguler les analyses issues des entrevues.

Concernant les usagers, nous avons également procédé à une analyse thématique afin de comprendre les dimensions de l'expérience vécue par les usagers au regard des soins et services reçus au GMF.

Nos résultats préliminaires ont été présentés à plusieurs occasions lors des comités consultatifs afin d'améliorer notre interprétation des résultats.

2 RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF

2. Résultats du volet qualitatif

Pendant la période des entrevues, il y avait en poste : 6 médecins, 5 infirmières praticiennes spécialisées [dont 4 en première ligne (IPSPL) et 1 en santé mentale (IPSSM)], 4 infirmières cliniciennes, 6 autres professionnels de la santé et des services sociaux [travailleuse sociale, kinésiologue, physiothérapeute, pharmacien, inhalothérapeute, psychologue] ainsi que 5 agentes administratives et une directrice administrative. Le tableau 1 présente le résultat du recrutement.

Les professionnels et intervenants interrogés avaient une expérience de travail au GMF de 3 à 5 ans pour les médecins, de 6 mois à 2 ans pour les IPS, de 1 an et demi à 5 ans pour les infirmières cliniciennes et de 5 mois à 1 an pour les autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux.

Tableau 1 - Recrutement des participants

Entrevues individuelles semi-structurées			
Type de participant	Période	Nombre de participants recrutés	Détails
Usagers	Décembre 2022 - mars 2023	44 participants	Usagers inscrits au GMF Saint-Vallier
Professionnels, intervenants et agentes administratives	Mars 2023 - juin 2023	18 participants	3 médecins 2 IPS 3 inf. cliniciennes 4 autres professionnels ou intervenants 4 agentes administratives
Acteurs clés	Juillet 2023 - janvier 2024 ; mars 2024 - avril 2024	11 participants	Chargée de projet Gestionnaires MSSS (DSI) CIUSSS-CN (DSI-SP, DSP) Syndicats
Questionnaire sur le travail d'équipe			
Professionnels, intervenants et agentes administratives	Mars 2023 - juillet 2023	14 participants	Env. 67% de participation (sur 21 répondants éligibles)

2.1. Résultats de l'étude de portée

Méthodologie

L'étude de portée (*scoping review*) est une forme de revue de la littérature qui permet de dresser un portrait de la littérature sur un sujet relativement vaste en utilisant une méthode systématique de recherche dans les bases de données choisies (Arksey & O'Malley, 2005). Nous avons choisi cette approche car nous souhaitions obtenir un aperçu des modèles de soins interprofessionnels au sein d'espace physique partagé qui existent en première ligne au Canada et à l'international. Plus spécifiquement, l'étude de portée visait à :

- > Comprendre comment ces modèles de soins interprofessionnels sont opérationnalisés en ce qui concerne l'organisation et la coordination des soins et des services;
- > Décrire les besoins et les contextes dans lesquels ces modèles de soins et de services interprofessionnels ont émergé;
- > Identifier les répercussions de ces modèles pour les usagers, les professionnels ainsi que sur le plan économique.

Nous avons suivi les recommandations de Arksey et O'Malley (2005) et Levac et ses collègues (2010) pour construire la méthodologie de l'étude de portée. La recherche dans les bases de données Medline et CINAHL a été conduite initialement en mai 2022 et mise à jour en octobre 2023. L'identification et la sélection des études pertinentes ainsi que l'extraction et l'analyse des données ont été réalisées de mai 2022 à novembre 2023, pour une première soumission de l'article à *BMC Health Services Research* au début du mois de décembre 2023. Pour plus de détails, se référer à l'article publié en août 2024 [ici](#).

Afin de donner du sens aux résultats que nous présentons ci-dessous, nous portons l'attention du lecteur sur les critères de sélection des articles que nous avons adoptés dans notre recherche. En effet, nous avons souhaité identifier des modèles similaires à Archimède pour que nous puissions situer ce modèle parmi les autres existants. Cela signifie que nous avons sélectionné uniquement des articles qui présentaient des modèles interprofessionnels en première ligne (à l'exclusion des hôpitaux), qui comprenaient obligatoirement un médecin et où tous les professionnels travaillent sur le même site physique (co-location). Cela signifie **qu'aucun modèle dirigé par des IPS ou un autre modèle interprofessionnel sans médecin n'est inclus** dans notre recension.

Ensuite, pour que l'article soit inclus, tous les soins et les services fournis au sein du modèle par les professionnels devaient faire partie de l'offre générale des services de première ligne. En ce sens, les articles présentant des programmes d'intervention limités au traitement d'une pathologie spécifique (ex. : traiter le diabète ou la dépression) ne faisant pas partie de l'offre de soins et de services du milieu étaient exclus. Ce genre de programme d'intervention est habituellement transversal à plusieurs milieux de première ligne et n'est accessible que sur référence d'un professionnel si l'utilisateur rencontre les critères d'admissibilité au programme.

Par ailleurs, étant donné que nous nous intéressions au fonctionnement des modèles (ex. : quels sont les soins et services offerts, comment ces soins et services sont coordonnés) et à leurs répercussions sur la population, les professionnels ou les coûts du système de santé et de services sociaux, nous avons exclu les articles qui ne documentaient pas suffisamment l'un ou l'autre. En d'autres termes, les articles qui ne nommaient pas le type de professionnels présents dans le milieu ou qui n'évaluaient pas les répercussions du modèle étaient exclus. Dans le même ordre d'idée, des

articles qui s'intéressaient plus particulièrement à l'introduction d'un nouveau professionnel dans l'équipe ou qui étaient centrés sur la dynamique de collaboration exclusivement n'ont pas été inclus non plus.

Sur un total de 5952 études recensées, nous avons retenu 15 articles qui ont été inclus dans l'analyse. Il est à noter qu'il est normal et fréquent dans ce type de méthodologie d'avoir ce genre de réduction importante. En fait, cela s'explique aussi par une grande variabilité dans la terminologie et noms de concepts utilisés pour définir un modèle de soins et de services interprofessionnel. Nous avons donc élargi volontairement les mots clés utilisés pour être sûrs de ne pas manquer un article potentiellement intéressant.

Résultats principaux

Fonctionnement des modèles

L'opérationnalisation des modèles présente une variabilité importante, notamment en ce qui concerne le type de professionnels présents, ce qui influence les soins et de services offerts. Contrairement au projet Archimède, les modèles recensés ne comptent aucune discipline de la réadaptation (ex. : ergothérapie, kinésiologie, physiothérapie), et aucun article n'aborde le rôle du personnel administratif. La porte d'entrée pour l'évaluation des besoins des usagers et leur orientation vers le bon professionnel est majoritairement le médecin, bien que certains modèles reposent davantage sur les IPS ou infirmières cliniciennes. En matière de leadership, le soutien des gestionnaires est un facteur clé de succès pour l'implantation des modèles. L'importance des outils de collaboration, en particulier les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) partagés, les rencontres interprofessionnelles, ainsi que la présence des professionnels sur le même site (pour les études ayant effectué une comparaison avec un autre type de modèle) sont des facteurs cruciaux pour la réussite du modèle au sein des cliniques. Enfin, il est à noter que l'utilisateur n'a pas été identifié comme un partenaire à part entière de la collaboration interprofessionnelle dans ces modèles.

Contextes d'émergence des modèles

Ces modèles sont généralement mis en place pour répondre à des types de clientèles spécifiques, soit les personnes vivant avec des troubles de santé mentale ou des maladies chroniques, mais rarement les deux à la fois. Certains modèles se concentrent sur des populations vulnérables ou marginalisées. Aucun ensemble unique de critères favorisant la mise en œuvre de ces modèles interprofessionnels n'est apparu. L'étude minutieuse des caractéristiques spécifiques et des besoins d'un secteur est essentielle pour développer un modèle qui correspondra aux besoins de la population. Les résultats permettent toutefois d'identifier les éléments à prendre en compte dans la mise en place des modèles : le type de secteur (urbain, suburbain, rural), les besoins de la population en matière de soins et de services (ex. : santé mentale, maladies chroniques), le type et le ratio de professionnels disponibles dans le secteur. Bien comprendre les besoins de la population et les caractéristiques du secteur permet de déterminer les soins et services à offrir et de choisir le type de professionnel à inclure en conséquence, au regard des possibilités du secteur.

Impacts des modèles sur les usagers, les professionnels et sur le plan économique.

Globalement, les modèles semblent répondre aux attentes d'un modèle de soins primaires interprofessionnel performant tant pour les usagers que pour les professionnels. Cependant, bien que cela fasse partie des objectifs du *quintuple aim*, les articles n'abordaient pas la prévention ou l'autogestion de la maladie. Les résultats concernant la rentabilité des modèles sont peu nombreux, contrairement aux résultats qualitatifs analysant l'expérience subjective des usagers et/ou des professionnels. Cela montre une faible intégration des aspects économiques et quantitatifs dans l'évaluation des modèles. Les facteurs facilitants mis en évidence comprennent les modes de financement et de rémunération des professionnels, la présence d'un gestionnaire de cas ou coordinateur de services, l'adhésion du médecin au modèle, la stabilité du personnel, les compétences individuelles et une vision partagée du modèle et des services.

2.2. L'interprofessionnalisme au GMF

Trajectoires d'accès

Avant tout, il est essentiel de nommer que l'accès officiel aux soins et services du GMF passe par l'inscription à un médecin selon le cadre légal en vigueur à cette période². Toutefois, les usagers non-inscrits auprès d'un médecin (orphelins), pouvaient accéder aux « sans rendez-vous », majoritairement pour des urgences mineures, à travers le concentrateur (HUB) (Rendez-vous Santé Québec ou Bonjour Santé). Les professionnels assurant la couverture des « sans rendez-vous » sont les IPSPL et les médecins ainsi les infirmières cliniciennes, mais ces dernières doivent toujours être pairées avec une IPSPL ou un médecin au GMF.

Ensuite, pour les usagers inscrits, il leur est théoriquement possible de prendre rendez-vous avec tous les professionnels du GMF. En pratique, toutefois, un usager consulte majoritairement son médecin ou son IPSPL en première intention, avant d'être éventuellement référé vers d'autres professionnels selon la problématique. Non officiellement, un usager peut aussi être « inscrit » à une IPSPL. En effet, un médecin partage sa charge de cas inscrits avec une ou plusieurs IPSPL, ce qui fait que les médecins et les IPSPL ont une charge de cas distincte. En ce sens, les usagers consultent soit un médecin, soit une IPSPL, rarement les deux. En cas d'absence de l'IPSPL, c'est toutefois le médecin qui demeure responsable des usagers inscrits à son nom en raison du cadre légal. Inversement, lors de départs à la retraite de médecins, les IPSPL ont pris la décision de conserver le suivi de certains usagers pour leur éviter une interruption de soins et de services.

Ce sont principalement les médecins et les IPSPL qui réfèrent ensuite aux autres professionnels du GMF, y compris à l'IPSSM, qui est accessible que sur référence d'un autre professionnel pour les nouveaux usagers.

Pour les urgences mineures, les agentes administratives jouent un rôle important dans l'orientation des usagers **au sans rendez-vous** grâce à des trajectoires prédéfinies. Elles disposent de tableaux détaillant certaines conditions permettant d'orienter un usager vers un médecin, une IPSPL, une infirmière clinicienne, la travailleuse sociale ou dans la dernière année, la physiothérapeute. La travailleuse sociale et l'IPSSM disposent de plages horaires d'urgence. Pour orienter l'utilisateur, les agentes administratives demandaient la raison de consultation lors de la prise de rendez-vous

² À cette période, cette obligation était mentionnée dans le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF) publié en 2015. Une mise à jour de ce programme a été publiée en avril 2025, intégrant maintenant l'inscription à une IPSPL en GMF.

au téléphone. Il est à noter toutefois que ce mécanisme n'est pas applicable pour les prises de rendez-vous en ligne, compte tenu que les motifs de consultation ne peuvent être indiqués sur ces plateformes (ex. : Bonjour Santé). En ce sens, la majorité de la prise de rendez-vous se déroulait par téléphone pour faciliter l'orientation vers le professionnel adéquat. Au moment des entrevues pour la recherche, ces trajectoires prédéfinies n'étaient pas uniformément mises en place. Les usagers rencontraient le plus souvent, au sans rendez-vous, l'infirmière clinicienne avant d'être vus par le médecin ou l'IPSPL et ensuite éventuellement être référés vers un autre professionnel. Théoriquement, les infirmières cliniciennes devraient pouvoir libérer certains usagers, en accord avec des ordonnances collectives spécifiques, sans avoir à consulter l'IPSPL ou le médecin. Cependant, les infirmières cliniciennes ayant récemment intégré le GMF n'étaient pas encore suffisamment expérimentées pour cette pratique.

Optimisation des rôles

À partir des entrevues réalisées avec les intervenants, les professionnels et les acteurs clés de l'implantation du projet Archimède, nous avons analysé comment les rôles étaient optimisés au sein du modèle ainsi que la nature des pratiques de collaboration interprofessionnelle qui soutiennent cette division des rôles. Cette section est divisée en trois grands regroupements de groupes professionnels au sein du GMF : les IPSPL/médecins, les infirmières cliniciennes et les autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux présents au GMF (physiothérapeute, travailleuse sociale, IPSSM, nutritionniste, kinésiologue, psychologue, pharmacien, inhalothérapeute). Ces regroupements ont été formés au regard des situations similaires qu'ils rencontrent, mais aussi dans le but de préserver l'anonymat des participants.

Également, il est important de garder en tête que le roulement des professionnels du CIUSSS-CN est très important au GMF Saint-Vallier, pour diverses raisons ([voir section sur le roulement du personnel ici](#)). De manière générale, les professionnels (excluant les médecins) restaient en moyenne un an au GMF. Ainsi, ces résultats sont basés sur les entrevues réalisées avec des professionnels qui ont été présents, pour la plupart, sur une période relativement courte par rapport à l'ensemble du projet Archimède (entre 5 mois et 2 ans d'expérience au GMF). Seuls quelques médecins et infirmières cliniciennes interrogés avaient jusqu'à 5 ans d'expérience.

IPSPL/médecin

L'IPSPL et le médecin, comme indiqué précédemment, occupent des rôles similaires auprès des usagers, et il est rare qu'un usager suivi par l'IPSPL rencontre le médecin auquel il est inscrit. En ce sens, les médecins et les IPSPL ont chacun leur charge de cas qui se définit en fonction des expertises et des intérêts de chacun en ce qui a trait au type de pratique et de clientèle. Ainsi, ce n'est pas le degré de complexité de l'état de santé de l'utilisateur qui détermine s'il sera suivi par un médecin ou une IPSPL. Toutefois, les médecins ont souligné l'importance pour leur équilibre professionnel de ne pas uniquement voir des usagers avec un haut niveau de complexité.

Avoir recours à la fois à des IPSPL et des médecins permet ainsi de pouvoir prendre en charge un plus grand nombre d'utilisateurs au GMF. Cela est possible par l'étroite collaboration qui existe entre ces deux groupes professionnels ; plutôt que de rencontrer directement l'utilisateur, le médecin et l'IPSPL se consultent afin de discuter des cas complexes entre eux (pratique de collaboration par consultation).

« Après ça, dépendamment du problème de santé, de la gravité et de la complexité, ou bien on en discute ensemble, on se fait un plan de match. Ou bien souvent ce qui va se passer, l'IPSPL va m'en parler, on va confirmer un diagnostic ensemble si on est capable, on va se faire un plan de traitement et je vais lui dire « écoute, tente ça et ça puis si ça ne fonctionne pas, ce qui est la première ligne de traitement standard, à ce moment-là je vais le voir et on ira un peu plus loin dans les investigations ou dans le plan de traitement ». Donc, le plus souvent, la majorité du temps, les échanges se font via une discussion sur laquelle on établit un diagnostic, un plan, et l'IPSPL, je ne le [l'utilisateur] vois pas forcément. » **Archi16, Médecin**

« Je suis loin d'être dans tous les dossiers. [...] la majorité, peut-être 60-70 %, je n'en entends pas vraiment parler et l'autre 40 %, ben disons qu'il y a 30 % qui se gère par des discussions de cas et 10 % que je les vois. En ce moment, c'est sûr qu'il y a tellement d'IPS absentes que je vois les patients d'IPS, mais ça ne devrait pas être le cas. Donc, j'essaie de vous parler comme si nous étions une équipe complète, mais ce qui n'est pas le cas. » **Archi16, Médecin**

Cet avantage comporte toutefois des limites liées à la restriction de l'inscription des usagers à un médecin de famille dans un GMF. En effet, ultimement, c'est le médecin qui a la responsabilité des usagers inscrits à son nom lorsque l'IPSPL quitte son poste ou est en absence prolongée, ce qui ajoute à sa charge de travail régulière. L'évaluation d'une charge de cas réaliste pour un médecin est ainsi tributaire de sa capacité à absorber les usagers suivis par une IPSPL.

Pour les médecins et les IPSPL, optimiser leurs rôles signifie de travailler au sommet de leurs propres expertises, ce qui repose en partie sur la possibilité de référer les usagers vers d'autres professionnels de l'équipe selon une reconnaissance mutuelle de leurs expertises.

« Premièrement, je vais collaborer avec les médecins et les infirmières praticiennes parce que j'ai beaucoup de références provenant d'eux. Des fois, j'ai des demandes comme « peux-tu me donner ton avis là-dessus ? », [et ensuite je reviens vers eux] : « j'ai trouvé ça, voici ce que je pense, voici mon plan ». [Ils peuvent aussi me demander] : « Est-ce que j'ai besoin de ça, est-ce que X serait pertinent ? », » **Archi01, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux**

Infirmière clinicienne

Le rôle de l'infirmière clinicienne est central pour l'optimisation des rôles des médecins et des IPSPL, mais cela se traduit différemment selon le groupe professionnel. Les médecins fonctionnent principalement par délégation de tâches aux infirmières cliniciennes, notamment pour la gestion et la prévention des maladies chroniques (ex. : diabète). Certaines IPSPL ont tendance à moins référer aux infirmières cliniciennes que les médecins, du moins, au début de leur pratique, afin de s'assurer de bien s'approprier leur rôle. Néanmoins, les IPSPL sont souvent impliquées dans la formation et l'accompagnement des infirmières cliniciennes pour que celles-ci soient de plus en plus autonomes dans la gestion de certains cas, notamment dans les sans rendez-vous.

« [Les IPSPL] gèrent un petit peu plus là leurs choses eux-mêmes, mais tant qu'on est jumelée avec une IPS pour un cas, c'est le même principe [que pour les médecins]. Nous on va faire de la prise en charge de diabète, de l'hypertension, le cholestérol, pendant qu'eux vont se concentrer sur le plus médical... on intervient moins. » **Archi13, Infirmière clinicienne**

Pour les infirmières cliniciennes, optimiser leurs rôles consiste à pratiquer à la pleine étendue de leurs champs d'exercice, ce qui est rendu possible par la collaboration étroite avec les autres professionnels. Elles privilégient des pratiques de concertation, voire des pratiques de soins et de services partagés (créer un objectif et un plan commun), notamment avec les IPSPL. Plus elles deviennent expérimentées et gagnent en confiance, moins elles ont besoin de soutien et de validation dans l'élaboration des plans de traitement de la part des IPSPL.

« Comme infirmière clinicienne, j'ai des limites, des restrictions, mais je peux quand même pousser plus loin mes évaluations, grâce aux échanges, aux formations, au travail de collaboration... je peux aller plus loin dans l'analyse du dossier du patient pour tout ce qui est en matière de prévention et ensuite aller en discuter avec le professionnel [médecin ou IPSP], je peux prescrire des dépistages en son nom [...] donc c'est bénéfique pour le patient... » Archi14, Infirmière clinicienne

Enfin, les infirmières cliniciennes jouent un rôle important de référence vers les autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux, favorisant l'accès à leurs services. Dépendamment de la problématique, par exemple, pour une gestion du diabète conjointement avec la nutritionniste, elles vont aussi travailler en concertation avec les professionnels et intervenants pour créer un objectif commun et s'entendre sur les actions à privilégier.

Autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux

Pour les autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux présents au GMF, il existe deux grands enjeux qui influencent de façon importante l'optimisation des rôles : la définition des rôles et la connaissance de ceux-ci par les médecins et les infirmières.

Le principal enjeu lié à la définition des rôles, pour ces professionnels, réside dans la nécessité de clarifier leurs rôles en fonction des attentes et des besoins spécifiques du contexte de première ligne en GMF, particulièrement dans un environnement fortement axé sur l'interprofessionnalité et la complémentarité des interventions avec les autres membres de l'équipe. Plusieurs facteurs contribuent à cette problématique.

D'une part, ces professionnels soulignent que les particularités de leurs rôles dans le contexte Archimède demeuraient plutôt vagues, ce qui les a amenés à devoir eux-mêmes définir la manière dont ils souhaitent exercer ces rôles, avec l'aide toutefois des offres de service en GMF définies par le CIUSSS-CN. D'autre part, la particularité du GMF relevée par certains participants est que ce milieu est propice à rencontrer une grande variété de problèmes chez les usagers, menant les professionnels à devoir exercer la pleine étendue de leurs champs d'exercice, alors qu'habituellement, leurs rôles professionnels sont plus circonscrits à un contexte de pratique en particulier ou à un type de clientèle.

« Donc chaque professionnel est important et en venant travailler ici, on est assuré d'avoir de l'autonomie et qu'on nous fasse confiance. On va aller chercher vraiment tout... tout ce qu'on est habilité à faire dans notre profession, on peut le faire ici. On va maximiser ce qu'on est capable de faire pour chaque profession. » Archi09, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux

De plus, il existe de nombreuses zones de chevauchement entre les rôles de différents groupes professionnels qui requièrent, ainsi, qu'elles soient discutées et négociées pour éviter les dédoublements de tâches et favoriser la complémentarité des approches. Par ailleurs, les intérêts spécifiques et l'expertise que le professionnel ou l'intervenant a développés par ses expériences antérieures sont également des facteurs importants dans la définition et la division des rôles. Ainsi, il existe de la variabilité dans la manière dont chaque professionnel ou intervenant conçoit et exerce ses rôles au sein de la même discipline, ce qui a été observé à maintes reprises au GMF dès qu'il y avait un changement de professionnel dans un poste. De plus, comme une partie des rôles est négociée avec les autres professionnels ou intervenants, cette variabilité individuelle se répercute nécessairement sur les rôles des autres membres de l'équipe ; il en va de même lorsqu'un poste est temporairement vacant, les professionnels restants réajustent leurs rôles pour combler

(seulement en partie) les soins ou les services absents. Ces éléments ont été mis de l'avant par plusieurs participants aux entretiens. Il existe donc un facteur « personne dépendant », au-delà de la profession, qui fait en sorte que la définition et la division des rôles au sein de l'équipe deviennent propres à une équipe, et peut donc varier si la composition de l'équipe change. Pour que la division des rôles soit optimisée au sein de l'équipe, les professionnels misent à la fois sur la pleine étendue du champ d'exercice et leur propre spécificité pour atteindre une complémentarité des rôles.

« [Archimède est] une clinique médicale qui n'est pas centralisée sur les médecins. Ce ne sont pas les médecins les seuls professionnels à prendre en charge le patient, l'évaluer et le distribuer, et faire les références ailleurs. [...] Ici, n'importe quel professionnel peut référer vers un autre professionnel. Ce n'est pas centralisé sur les médecins [...] nous on est les collaborateurs. Les collaborateurs officiels, nutritionniste, inhalothérapeute, travailleuse sociale, psychologue, on est là pour répondre aux besoins du patient rapidement. Des fois, il se passe des années avant que le patient ne voit de médecin. » Archi04, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux

Le deuxième enjeu principal relevé par les professionnels et intervenants est la **nécessité d'expliquer et de faire connaître leurs rôles** auprès des médecins et des IPSPL pour qu'ils sachent quand référer, à qui et pour quelles raisons. Au moment des entretiens au GMF, nous avons pu constater que les mécanismes de référence n'étaient pas optimaux, considérant que certaines professions sont plus utilisées que d'autres. Les références envers un professionnel ou intervenant pouvaient s'avérer soit trop nombreuses, soit insuffisantes, voire mal ciblées en fonction des besoins des usagers. Les professionnels ou intervenants ont toutefois mis des stratégies en place pour pallier ces enjeux : plusieurs professionnels réalisent eux-mêmes leur prise de rendez-vous pour effectuer un triage des demandes, les répartir à un autre professionnel si nécessaire, ainsi que pour établir un niveau de priorité dans les demandes (lorsque celles-ci sont trop nombreuses notamment). De plus, les professionnels ou intervenants réfèrent également aisément à leurs collègues s'ils détectent un nouveau besoin chez l'utilisateur, ou si la complexité du problème requiert des actions concertées entre professionnels. Enfin, les professionnels ou intervenants dont le champ d'expertise était le moins connu par les médecins ou les infirmières réalisaient le plus d'actions de promotion de leurs rôles auprès d'eux. Ces actions devaient être répétées à chaque changement de professionnel ou d'intervenant, considérant la variabilité dans la définition des rôles expliquée dans le paragraphe précédent. Plusieurs éléments au sein de l'organisation permettaient de soutenir les interactions entre les professionnels, qui seront abordés dans la partie suivante.

Il est important de préciser que, bien que tous les professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux du GMF (en dehors des médecins et infirmières) soient regroupés dans une même catégorie pour des raisons de confidentialité des participants, ils ne représentent pas un groupe homogène. Certes, tous ces groupes professionnels partagent les deux enjeux exposés précédemment, mais à des degrés divers. Cela semble dépendre de la spécificité du champ d'expertise de la profession, où plus il est vaste (en matière de types de problématiques traitées et de types d'interventions/de services offerts), plus il y a de possibilités dans la manière dont chacun conçoit et exerce ses rôles, et donc de variabilité individuelle, ce qui complexifie le processus de référence vers certains professionnels.

En plus des pratiques de collaboration avec les deux autres regroupements expliquées dans les parties précédentes, les autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux collaborent beaucoup entre eux. L'optimisation des rôles est ainsi permise par des pratiques de concertation et de soins et services partagés amenant une meilleure répartition des rôles et interventions de chacun pour un même usager.

« Au moins tu te concentres sur ton travail et si ça sort de ton champ d'expertise, tu vas consulter le bon professionnel. Au lieu de prendre 10 rencontres avec la physio qui gèrerait tout, ça va peut-être en prendre trois en physio, une en kiné et une ou deux en psy. Cela permet de se concentrer sur le travail de cheville plutôt que de parler de problèmes de santé mentale et ainsi, de ne pas ralentir le traitement. » Archi01, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux

Conclusion de cette partie

En conclusion, il existe un écart entre l'organisation officielle du projet Archimède et son opérationnalisation sur le terrain, soit entre les voies d'accès officielles au GMF, les trajectoires et mécanismes de références prévus et ceux utilisés en pratique au moment des entrevues de recherche. En effet les médecins, les IPSPL et les infirmières cliniciennes étaient les principales portes d'entrée du GMF, c'est-à-dire les professionnels consultés en première intention par les usagers du GMF. Ce sont eux qui réfèrent ensuite majoritairement aux autres professionnels du GMF. Les autres professionnels n'ont pas été utilisés comme des portes d'entrée des services du GMF. Cet écart peut s'expliquer par de nombreux facteurs. D'une part, les pratiques de référence et de collaboration sont fortement influencées par la connaissance et la compréhension mutuelles des champs d'exercice des professionnels et les problématiques des usagers. La manière d'optimiser les différents rôles professionnels est à géométrie variable et dépend de chaque groupe professionnel et du type de relation de collaboration entre eux. D'autre part, le roulement du personnel, ainsi que d'autres facteurs, tels que l'organisation d'espaces formels et informels de communication, décrits dans la partie suivante, jouent un rôle important dans la collaboration professionnelle et l'optimisation des rôles.

Facteurs d'influence sur la collaboration interprofessionnelle et l'optimisation des rôles

Roulement du personnel

Le roulement du personnel est l'enjeu majeur ayant influencé la collaboration interprofessionnelle et l'optimisation des rôles soutenant le bon fonctionnement du projet Archimède. Il a été nommé par tous les participants (usagers, professionnels et acteurs clés). Les entrevues nous ont permis de comprendre les causes et les conséquences de ce roulement.

Les causes du roulement sont multiples. D'abord, la nature de projet pilote amène une structure de financement non pérenne, car le projet Archimède avait une durée limitée dans le temps. En ce sens, les postes et surcroûts de travail créés au sein du CIUSSS-CN pour le projet Archimède étaient temporaires, ce qui, par nature, a engendré de l'instabilité et moins d'attractivité pour les professionnels. La question de l'attractivité du poste est particulièrement importante dans le contexte actuel de pénurie de professionnels au sein du réseau de la santé et des services sociaux, où la concurrence est forte entre les secteurs, car l'offre est supérieure au nombre de professionnels disponibles. Le contexte de pénurie de professionnels fait également en sorte qu'il y avait très peu de professionnels sur les équipes volantes pour réaliser les remplacements lors des congés maladie.

L'attractivité du poste selon les professionnels est influencée notamment par les conditions de travail (ex. : quart de travail la fin de semaine, horaire de soir), le nombre d'heures garanties (un poste temps complet versus un 0,5 ETC). Le travail interprofessionnel accru au GMF est un élément qui a été identifié comme étant très attractif chez Archimède. Toutefois, l'affichage de poste ne mettait pas de l'avant les caractéristiques du projet Archimède et restait générique à un poste traditionnel en GMF.

De plus, la structure du financement ne permettait pas de flexibilité dans l'attribution des postes, les budgets étant alloués pour un poste prédéterminé et octroyés seulement si le poste était comblé. En d'autres termes, si un poste d'IPSP n'était pas comblé, il n'était pas possible de transférer cet argent pour recruter une infirmière clinicienne par exemple, les règles du MSSS ne le permettant pas. Par ailleurs, les professionnels recrutés ne présentaient pas toujours des intérêts professionnels compatibles avec le fonctionnement du projet Archimède ou ne s'intégraient pas bien à l'équipe en place (voir sections suivantes pour plus de détails), ce qui se traduisait, dans ce cas, par le fait que le professionnel quittait rapidement le milieu. En effet, le processus de nomination et d'attribution de postes décrit par les conventions collectives pour les professionnels du CIUSSS-CN est centré principalement sur l'ancienneté et l'affichage de postes ne présente pas les spécificités du milieu (poste GMF générique). Bien qu'il existe pour les infirmières une entrevue de qualification pour travailler en GMF, les postes sont tout de même octroyés par ancienneté parmi celles s'étant qualifiées. Il n'est donc pas possible de choisir le professionnel qui sera recruté; c'est le professionnel dans la liste ayant le plus d'ancienneté au CIUSSS-CN qui sera sélectionné. Pour favoriser une meilleure intégration du professionnel dans le GMF et compte tenu que l'affichage de poste ne contient pas les informations spécifiques au projet Archimède, le gestionnaire de la DSP du CIUSSS-CN a mis en place, au cours du projet Archimède, un appel systématique aux candidats intéressés pour leur présenter ce projet, afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée quant au rôle attendu.

Le roulement de personnel entraîne des conséquences multiples. Pour les usagers, l'instabilité des équipes nuit à la continuité relationnelle, pourtant identifiée comme un facteur important de la satisfaction à l'égard des services reçus. Pour l'équipe, le roulement important de personnel entraîne des réorganisations constantes en matière de partage des rôles et de collaboration, en plus de générer une charge de travail accrue. En effet, les professionnels restants doivent pallier l'absence de leurs collègues et les nouveaux professionnels ont besoin d'être intégrés et formés, en particulier les infirmières cliniciennes, pour être en mesure d'utiliser pleinement leur champ d'exercice. En effet, les infirmières cliniciennes jouent un rôle central dans la fluidité des sans rendez-vous : plus elles sont en mesure de les gérer seules, sans référer au médecin ou à l'IPSP, plus il est possible de traiter un plus grand nombre d'usagers.

« Étant donné que nous avons eu beaucoup de roulement de personnel, beaucoup de changements, les infirmières, depuis que je suis ici, sont toujours en apprentissage. Et quand elles commençaient à être bien formées et à être autonomes, elles sont parties. Donc j'ai recommencé à nouveau avec de nouvelles infirmières. Pour le moment, c'est plus... pas un fardeau, mais c'est un peu ça que je pense. » Archi12, IPSP

Le roulement du personnel, en particulier des IPSP, entraîne des conséquences financières pour les médecins. En effet, la contribution financière reçue pour les IPS par le MSSS dépend de la présence effective de celles-ci au GMF. En ce sens, les médecins constatent une variation des ressources financières octroyées, impactant la gestion de leurs charges, par exemple le loyer. De plus, comme évoqué précédemment, les mouvements des IPSP freinent la capacité des médecins à inscrire des usagers supplémentaires.

Cependant, malgré les conséquences du roulement du personnel et les défis associés, nous avons observé que la collaboration interprofessionnelle apparaît satisfaisante pour les professionnels ainsi que pour les usagers. Cette observation intéressante nous a permis d'identifier d'autres facteurs qui ont contribué au bon fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.

La qualité des relations interpersonnelles

La dynamique de collaboration interprofessionnelle repose grandement sur la qualité des relations interpersonnelles des membres de l'équipe. Il ressort unanimement lors des entrevues que la confiance, le respect et la reconnaissance des expertises de chacun sont des qualités importantes pour que les relations de collaboration puissent se tisser. De même, des valeurs partagées entre professionnels, une vision commune de la collaboration et du projet Archimède, ainsi qu'un objectif commun centré sur le bien-être des usagers sont des facteurs essentiels.

« *Honnêtement, je pense que tout le monde a un peu la même vision de la collaboration, je n'ai pas senti quelqu'un détonner par rapport à un autre, ou quelqu'un qui n'est pas tenté [par la collaboration]. Chaque échange que j'ai est positif, il y a tout le temps quelque chose qui se passe. Tout le monde est super assidu et justement tu as confiance que, quand t'envoies une tâche ou un message à quelqu'un, ça va être fait.* » **Archi01, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux**

Ce sont à travers les différentes interactions entre les membres de l'équipe que ces relations peuvent évoluer. En ce sens, le roulement du personnel impacte négativement cet aspect.

Optimisation de la collaboration par les espaces de communication formels et informels

La collaboration interprofessionnelle et la qualité des relations interpersonnelles se construisent à travers les nombreuses interactions entre les professionnels du GMF. Il existe en effet des espaces formels et informels qui soutiennent ces interactions.

Les moyens formels font référence aux différentes réunions qui sont organisées régulièrement au sein du GMF, comme le caucus interprofessionnel hebdomadaire (sans médecin) et les rencontres bimensuelles entre les médecins et les IPSPL, ainsi qu'au DMÉ partagé. Les rencontres sont des lieux d'échanges qui sont propices à la fois aux échanges d'informations et aux prises de décisions collectives ([voir la partie suivante pour plus de détails](#)). Certains professionnels conservent également des plages de disponibilité dans leur horaire pour faciliter les échanges avec leurs collègues. Le DMÉ est l'outil principal qui permet de partager les informations des usagers et d'effectuer les demandes de références entre professionnels. Il est le support de la collaboration interprofessionnelle.

Les échanges informels sont grandement appréciés par les professionnels et sont rendus possibles grâce au fait que tous les professionnels sont présents physiquement dans les mêmes locaux, y compris les médecins. Les professionnels ont l'opportunité de se croiser dans les couloirs, de laisser leur porte ouverte pour signifier leur disponibilité, ou de dîner ensemble. Ce type d'interactions est plus propice à tisser des liens interpersonnels et entretient la dynamique d'équipe, ce qui facilite ensuite les échanges dans les espaces plus formels.

Un certain équilibre est à trouver entre ces espaces formels et informels car ces deux types d'échanges n'ont pas tout à fait la même fonction : les espaces formels servent à coordonner les activités pour les usagers tandis que les espaces informels permettent plutôt de construire les relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. En échangeant sur les cas et les pratiques cliniques, et plus largement en apprenant à mieux se connaître, ces échanges informels permettent de construire une relation de confiance entre professionnels.

Un travail d'équipe nécessitant un haut niveau d'autonomie professionnelle

Nous avons remarqué que pour qu'un travail d'équipe jugé efficace se développe au sein d'Archimède, les professionnels devaient avoir un intérêt à collaborer tout en étant en capacité d'exercer un haut niveau d'autonomie professionnelle.

L'autonomie professionnelle est définie ici comme la capacité à exercer son jugement clinique pour prendre des décisions en accord avec son champ d'expertise, en fonction des besoins et des intérêts des clients, tout en étant imputable pour ces décisions (Randall et Williams, 2009). Une division optimisée des rôles, telle que présentée dans [la section précédente](#), requiert un haut niveau d'autonomie professionnelle. La forte interdépendance entre les professionnels permet de les rendre plus confortables avec la notion d'imputabilité, car la responsabilité est partagée avec les autres membres de l'équipe impliqués dans les décisions prises en collaboration avec un usager. Toutefois, cela demeure un défi pour plusieurs professionnels. Du côté des infirmières cliniciennes, pratiquer dans la pleine étendue de leur champ d'exercice et libérer des usagers lors des sans rendez-vous peuvent être anxiogènes pour des professionnels moins expérimentés en GMF ou moins habitués à exercer ce niveau d'autonomie.

« On se dit ça les infirmières cliniciennes, on veut avoir plus d'autonomie, mais quand l'autonomie arrive on est parfois un peu sur le brake. Je pense que cela génère de l'anxiété de prendre la responsabilité [de libérer le patient sans le faire voir par l'IPS]. » **Archi08, Infirmière clinicienne**

Du côté des autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux (hors médecins et infirmières) le défi repose plutôt sur l'isolement qu'ils peuvent vivre, étant les seuls représentants de leur discipline. Ils ne sont pas en mesure de discuter des défis auxquels ils sont confrontés dans leur propre discipline, ce qui peut freiner leur sentiment de confiance. À l'opposé par exemple, le fait que les IPSPL soient plus nombreuses que dans d'autres milieux leur permet de prendre plus de responsabilités et de se sentir en confiance et soutenues par leurs pairs.

Au-delà de l'intérêt pour une pratique requérant plus d'autonomie professionnelle, il existe différentes façons de développer le sentiment de compétence afin d'être plus confortable avec un haut degré d'autonomie, exposées dans la partie suivante.

La formation

La formation continue semble très présente au sein du GMF et prend différentes formes. D'une part, de nombreux professionnels prennent le rôle de formateur pour partager leur expertise spécifique avec l'équipe afin de développer leurs compétences. Par exemple, plusieurs professionnels ont proposé des modules de formations à leurs collègues sur des thématiques spécifiques. D'autre part, les professionnels ont également accès à différentes formations conçues pour leur discipline dans un but de développement des compétences, mais aussi des formations sur la collaboration interprofessionnelle offertes par le CIUSSS-CN.

De plus, le soutien entre pairs, ainsi que la formation entre professionnels d'une même discipline, sont des avenues plébiscitées par les professionnels. Par exemple, l'accompagnement offert par les IPSPL aux infirmières cliniciennes est important pour ces dernières. De même, pour contrebalancer leur isolement au sein de l'équipe, le CIUSSS-CN soutient la création de réseaux intraprofessionnels inter-GMF, et le gestionnaire de la DSP a pu aider ses professionnels à être connectés avec des pairs au sein du CIUSSS-CN.

De manière générale, les gestionnaires du GMF et la chargée de projet ont joué un rôle important pour soutenir les pratiques professionnelles et favoriser le développement des compétences et de la collaboration interprofessionnelle.

Conclusion de cette partie

Le roulement du personnel est le principal facteur d'influence sur l'optimisation des rôles au sein du GMF, car il exige à la fois de redéfinir et de rediviser les rôles entre professionnels lors du départ d'un professionnel et l'arrivée d'un nouveau. En conséquence, cela augmente la charge de travail des professionnels restants, et vient perturber la dynamique d'équipe et la manière dont les professionnels interagissent. En effet, il est essentiel que les professionnels développent de bonnes relations interpersonnelles basées sur la confiance et la connaissance mutuelle des expertises afin de collaborer efficacement. La formation et le soutien entre pairs sont des éléments clés permettant de contrer les effets négatifs du roulement, à condition que les professionnels qui intègrent l'équipe adhèrent à la vision du modèle et soient confortables avec l'exercice d'un haut niveau d'autonomie professionnelle. Enfin, la présence d'espaces d'échanges formels et informels est essentielle pour faciliter les interactions entre professionnels qui mènent aux pratiques d'optimisation des rôles professionnels.

Prises de décisions quant à l'organisation du travail et des rôles professionnels

L'analyse des résultats révèle que le pouvoir décisionnel de chacun des groupes professionnels est variable au sein du GMF quant à l'organisation du travail et à la division des rôles. Cette variabilité dépend de plusieurs facteurs : les paramètres du Cadre de gestion des GMF, l'organisation des rencontres interprofessionnelles et la représentativité des professionnels par discipline.

Les paramètres du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)

Le *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*, publié par le MSSS en 2015³ et ci-après nommé aux fins d'alléger le texte, Cadre de gestion des GMF, prévoit notamment un cadre de gestion médico-administratif. En d'autres termes, il s'applique entre les médecins et les gestionnaires de l'établissement territorial, dans le présent contexte applicable par le CIUSSS-CN. Le financement du GMF est proportionnel au nombre d'inscriptions aux médecins de famille du GMF (au moment de l'évaluation du projet Archimède). De plus, il définit les obligations et responsabilités des professionnels assurant des services médicaux, c'est-à-dire les services dispensés par les médecins et les IPSPL. Parmi ces obligations, le GMF doit offrir des services médicaux couvrant au minimum 68 heures par semaine, réparties sur 7 jours.

Le CIUSSS-CN octroie les ressources professionnelles complémentaires en fonction du nombre d'utilisateurs inscrits au GMF, tel que prévu au sein du Cadre de gestion des GMF. Dans le contexte du projet Archimède, ces ressources ont été bonifiées.

En ce sens, les paramètres du Cadre de gestion des GMF octroient de fait un rôle décisionnaire aux médecins et aux gestionnaires du CIUSSS-CN, et incombent les obligations relatives à la

³ Comme indiqué précédemment, la version de 2015 était en vigueur au moment du projet Archimède et de la collecte de données du projet de recherche. Pour cette raison, la rédaction de ce rapport s'est appuyée sur cette version, et non celle de 2025.

dispensation des soins et des services cliniques aux médecins, aux IPSPL et aux infirmières cliniciennes, étant donné que ce sont sur ces professionnels que reposent les services médicaux. De plus, les médecins conservent un statut d'entrepreneur et sont propriétaires du GMF.

Par conséquent, les autres professionnels et intervenants, salariés du CIUSSS-CN, ont de facto une influence plus limitée dans la prise de décisions puisqu'ils n'ont pas de responsabilités ou d'obligations définies dans le Cadre de gestion des GMF. Ils n'occupent également aucune fonction formelle de gestion.

Les particularités du projet Archimède

Le projet Archimède, bien qu'implanté en GMF, n'est pas soumis aux mêmes règles d'attribution des ressources professionnelles, ce qui en fait un modèle que l'on peut qualifier d'hybride. Le projet Archimède bénéficie à la fois du financement tel que prévu dans le Cadre de gestion des GMF et d'un financement supplémentaire, déployé pendant la phase pilote de ce projet, afin de permettre l'ajout de ressources professionnelles autre que des médecins. De plus, le rôle de chargée de projet a été introduit afin de mener à bien l'implantation du projet Archimède et de soutenir son fonctionnement au quotidien.

La chargée de projet a pu exercer des fonctions de gestion, bien que celles-ci ne soient pas formalisées. Elle a en réalité joué un rôle de coordination de l'équipe, d'intégration des nouveaux intervenants ou professionnels, de résolution de problèmes, de communication entre les différents professionnels, mais aussi entre les représentants du CIUSSS-CN et ceux du GMF. Son rôle a été très apprécié des professionnels, et a permis de maintenir le bon fonctionnement du projet Archimède et de l'interprofessionnalité, malgré les nombreux enjeux rencontrés. Elle a en effet porté et diffusé la vision du modèle, tout en soutenant la clarification et la division des rôles. En raison de sa proximité dans l'équipe, les professionnels et intervenants du CIUSSS-CN s'adressaient à la chargée de projet, ou parfois aux médecins, pour gérer les différents enjeux du quotidien au GMF (ex. : conflits interpersonnels), plutôt qu'à leurs gestionnaires du CIUSSS-CN. Dans ce contexte, ces derniers ont exercé une influence plus indirecte sur l'organisation du travail du GMF en situant leurs rôles dans la gestion d'enjeux plus larges, comme le recrutement et les mouvements des professionnels. Ils intervenaient également de concert avec les médecins et d'autres acteurs du CIUSSS-CN lorsque les problématiques le nécessitaient (ex., une surcharge importante de travail liée au manque d'infirmières dans l'équipe).

Les rencontres interprofessionnelles

Les rencontres interprofessionnelles sont un lieu important de prise de décisions et représentent ainsi un vecteur significatif de prise de décisions plus collaboratives. En ce sens, il est pertinent d'analyser quels types de rencontres sont organisées, quels professionnels sont présents et absents à chacune d'entre elles, et les répercussions qu'elles ont sur l'organisation du travail. Il est à noter qu'il s'agit ici de rencontres visant globalement l'organisation du travail et le fonctionnement du GMF, et non les discussions de cas cliniques.

À Archimède, il existe 3 types de rencontres :

1. Les rencontres bimensuelles entre médecins et IPSPL, qui portent sur la gestion du GMF et sur les décisions sur l'organisation du travail global au GMF, au regard des responsabilités inhérentes au Cadre de gestion des GMF. La présence des IPSPL à cette rencontre leur donne une voix dans ces prises de décisions et permet ainsi de partager le pouvoir décisionnel entre les médecins et les IPSPL.

« Juste le fait qu'ici, dans les réunions médicales, on est invité, ça change vraiment, vraiment la donne. Quand on a quelque chose à dire, on nous écoute. Ce sont des décisions qui se prennent en groupe, peu importe quoi. » **Archi12, IPSPL**

L'absence des autres intervenants et professionnels du GMF, dont les infirmières cliniciennes, réduit leur pouvoir d'influence dans ces décisions. Ils peuvent parfois être invités à ces rencontres pour discuter d'un point spécifique, mais ils ne sont pas intégrés dans ces rencontres de manière systématique. En ce sens, les autres professionnels perçoivent une prise de décision très médicale au sein du GMF et regrettent de ne pas avoir plus d'influence pour décider des éléments organisationnels qui concernent leur propre profession.

« Moi, je pense que le leadership est encore beaucoup médical. Parce qu'on va dire, ils sont chez eux, c'est eux autres qui payent le loyer... [...] Moi je sens beaucoup que quand on veut changer quelque chose, on en parle au niveau des professionnels, avec [la chargée de projet] et tout ça, et on va être entendu. Mais souvent [la chargée de projet doit d'abord aller valider avec] l'équipe médicale et [la chargée de projet] va [nous] redescendre ça. » **Archi08, Infirmière clinicienne**

2. Le caucus hebdomadaire, auquel participe toute l'équipe sauf les médecins. Le caucus est un lieu d'échanges sur les aspects organisationnels du travail. C'est un espace qui permet d'informer l'équipe des décisions prises par les médecins et les IPSPL, de partager également les informations entre professionnels, de discuter des besoins, des irritants etc. Toutefois, étant donné l'absence des médecins, qui occupent la position formelle de décideurs, il ne s'agit pas d'un espace propice à la prise de décision.

« [Les décisions de gestion] se prennent au niveau des médecins [...]. Nous on le sait au caucus, on nous met au courant des décisions, mais... je n'ai pas l'impression d'avoir un impact au niveau de la gestion de la clinique ou de comment fonctionnent les services. Je pense que oui, il y a une ouverture à ce que je puisse donner mon opinion, mais est-ce que ça va avoir un impact ? Pas vraiment au niveau de moi, de ma profession. » **Archi09, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux**

3. Les rencontres entre IPSPL et infirmières cliniciennes. Ces rencontres ont lieu régulièrement pour organiser leur travail, puis pour assurer la répartition de leurs rôles et tâches professionnelles au regard de leurs expertises, mais aussi de leurs contraintes. Toutefois, toutes leurs décisions doivent être validées lors de la rencontre médecin-IPSPL. Cela démontre ainsi que bien que les IPSPL soient intégrées à la rencontre médicale bimensuelle, elles ne peuvent pas, par elles-mêmes, prendre des décisions sans concertation préalable avec les médecins.

Les autres professionnels du GMF (hors médecins, IPS et infirmières) se rencontrent plutôt pour échanger autour de cas cliniques, et non pour discuter des enjeux vécus au travail ou sur l'organisation du travail. En ce sens, l'organisation des rencontres intra- et interprofessionnelles centrées sur l'organisation du travail semble reliée au nombre de professionnels par discipline et ainsi leur représentativité au sein de la clinique.

La représentativité d'une discipline au sein du GMF

Les infirmières IPSPL et cliniciennes sont les plus représentées parmi les professionnels et intervenants du GMF. Cela se répercute à la fois sur les médecins, et sur les autres professionnels et intervenants du GMF.

En effet, le ratio d'IPSPL/médecins en faveur des IPSPL, combiné au profil des médecins du GMF, amène une certaine uniformisation des valeurs et des pratiques, qui, selon une participante, tend plus vers la pratique infirmière que médicale.

« En étant plusieurs infirmières praticiennes c'est très difficile de perdre l'essence d'être des infirmières en pratique avancée. Il y a plus d'infirmières dans la bâtisse que de médecins. Et moi, les médecins avec qui je travaille, je considère qu'ils ont une pratique qui ressemble beaucoup plus à une pratique d'infirmières praticiennes avancées. Dans le sens que leur façon de penser, le nombre de patients qu'ils voient par jour, la qualité de leurs notes, la qualité de leurs évaluations, moi je trouve que c'est le jour et la nuit. Ils ne sont pas ici pour le débit, les médecins, ils sont ici pour la qualité. » Archi12, IPSPL

Les autres professionnels et intervenants du GMF ne forment pas un ensemble homogène, car chaque professionnel ou intervenant est le seul représentant de sa discipline. Il n'y a pas de rassemblement au même titre que les infirmières, et ils sont également moins nombreux. En ce sens, les autres professionnels et intervenants de la clinique ressentent un certain déséquilibre dans la participation aux prises de décisions et dans la prise en compte des enjeux propres à leur travail, par rapport aux infirmières et aux médecins.

« Lorsque l'on parle du système psychosocial ou de la paire physio-kiné, ça serait le fun aussi de mettre en avant les idées de ces autres professionnels-là. Pour l'instant, j'ai l'impression que c'est très axé sur les besoins médicaux. C'est vraiment infirmières-médecins, la dynamique entre les deux. Pour les autres professionnels, j'ai l'impression que c'est un peu plus nébuleux. » Archi06, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux

« [Le caucus] tourne plus par rapport aux infirmières souvent, parce qu'elles sont plus nombreuses. [Les sujets abordés touchent moins les autres professionnels], vu qu'il n'y a pas les médecins. [...] c'est plus par rapport aux infirmières, selon ma perception. » Archi06, Autre professionnelle de la santé et des services sociaux

« Le plus souvent, [le caucus] concerne beaucoup plus les cliniciennes et les praticiennes parce qu'on est plus, parce que c'est plus spécifique, je ne sais pas quoi. [Les autres professionnels] sont là quand même, c'est là qu'on leur demande leur avis, qu'ils arrivent avec leurs projets s'ils veulent faire quelque chose. » Archi12, IPSPL

Conclusion de cette partie

En raison notamment du fonctionnement même du Cadre de gestion des GMF et de leur statut de propriétaire et co-gestionnaire du GMF, les médecins demeurent des acteurs centraux dans la prise de décisions concernant l'organisation du travail au sein du GMF, et, par extension, du projet Archimède. Les infirmières exercent une influence importante, quoique plus limitée. Si les rencontres interprofessionnelles favorisent la prise en considération des besoins et enjeux de l'ensemble des professionnels, il demeure toutefois que le projet Archimède s'inscrit dans un modèle GMF, lequel est structuré prioritairement en fonction des services médicaux et infirmiers, ce qui laisse les autres professionnels avec une certaine impression d'être en périphérie des prises de décisions concernant l'organisation des soins et des services.

Des enjeux de co-gestion CIUSSS-CN - médecins

Au CIUSSS-CN, deux directions sont impliquées dans le déploiement du projet Archimède et dans la gestion des ressources humaines mobilisées à la clinique Saint-Vallier.

La DSI-SP est impliquée dans la gestion des IPS (ressources humaines) ainsi que dans le déploiement de leur rôle. Le rôle de la DSI-SP a évolué au cours du projet Archimède, car elle gérait auparavant également le volet GMF. La DSP a été impliquée en cours de projet pour gérer le volet GMF au niveau du budget et des ressources humaines, pour les infirmières cliniciennes ainsi que les intervenants et professionnels des services psychosociaux et de réadaptation.

La co-gestion entre la DSI-SP et la DSP à l'échelle du CIUSSS-CN a apporté quelques enjeux en raison d'une part de rôles, responsabilités et règles organisationnelles distinctes, notamment quant à la gestion du budget, mais aussi, d'autre part, de visions différentes. En effet, les préoccupations et enjeux de la DSI-SP se concentrent sur les IPS, en particulier sur leur déploiement dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'évolution de leur rôle, l'encadrement de leur pratique, ainsi que sur la continuité du projet Archimède. De leur côté, les préoccupations et enjeux de la DSP sont relatifs au fonctionnement de l'ensemble des GMF du territoire, où la gestion des ressources humaines et le roulement du personnel ont été des enjeux prédominants.

De plus, le caractère hybride du projet Archimède au sein d'un GMF a pu générer une certaine confusion par rapport aux retombées attendues du modèle, parfois alignées sur des GMF plus classiques, avec certaines difficultés à faire valoir la valeur ajoutée d'un plus grand nombre de ressources professionnelles au sein de l'équipe.

Par ailleurs, il existait également les enjeux suivants de co-gestion entre le CIUSSS-CN et les médecins :

- > **Pour les médecins**, la question de la sélection des professionnels recrutés dans le cadre du projet Archimède, ainsi que la pérennité des ressources accordées par le CIUSSS-CN;
- > **Pour les gestionnaires du CIUSSS-CN**, l'obligation en GMF de jongler entre leur rôle dans l'encadrement et le support des pratiques professionnelles et l'autorité inhérente des médecins quant à l'organisation du travail au sein leur propre GMF.

En effet, les médecins regrettent de ne pas avoir suffisamment d'autonomie pour sélectionner les professionnels qui travaillent au sein de leur GMF, considérant que l'ensemble des professionnels salariés du CIUSSS-CN sont syndiqués et donc dépendant des conventions collectives (voir la partie sur le roulement du personnel). Les médecins auraient souhaité pouvoir choisir des candidats dont les profils correspondent à la vision du modèle et s'intègrent bien à l'équipe. Ils auraient également préféré pouvoir remplacer plus facilement un professionnel absent et recruter un professionnel d'une autre discipline si un poste restait vacant, par exemple en embauchant une infirmière clinicienne pour combler un poste d'IPSPL non pourvu.

De plus, la formule de projet pilote ne garantit pas une pérennité de l'engagement financier du CIUSSS-CN et du MSSS.

2.3. L'expérience des usagers qui fréquentent le GMF Saint-Vallier

Portrait des participants

Le portrait des participants a été effectué à l'aide des réponses au formulaire socio-démographique complété par chaque usager (Tableau 2).

Tableau 2 - Données socio-démographiques des usagers

Variable	Détails	Effectif	Pourcentage
Sexe	Homme	17/44	39%
	Femme	27/44	61%
Tranche d'âge	18-39	10/44	23%
	40-59	14/44	32%
	60-79	18/44	41%
	80 et plus	2/44	4%
Lieu de naissance	Canada	41/44	93%
	Autre	3/44	7%
État civil	Célibataire	12/44	27%
	Conjoint de fait	18/44	41%
	Marié	7/44	16%
	Divorcé	4/44	9%
	Veuf	3/44	7%
Niveau d'étude	Sans diplôme	2/44	5%
	Diplôme d'études secondaires	9/44	20%
	Diplôme d'études professionnelles	5/44	11%
	Diplôme d'études collégiales	14/44	32%
	Baccalauréat	10/44	23%
	Maîtrise	4/44	9%
Statut professionnel	Emploi à temps complet	17/44	39%
	Emploi à temps partiel	4/44	9%
	Étudiant	4/44	9%
	Sans emploi	1/44	2%
	Prestataire de solidarité sociale	3/44	7%
	Retraité	15/44	34%
Revenu du ménage	Moins de 15 000\$	2/44	5%
	15 001\$ et 30 000\$	5/44	11%
	30 001\$ et 45 000\$	8/44	18%
	45 001\$ et 60 000\$	3/44	7%
	60 001\$ et 75 000\$	7/44	16%
	75 001\$ et 90 000\$	1/44	2%
	90 001\$ et 100 000\$	3/44	7%
	Plus de 100 001\$	11/44	25%
Lieu de résidence	Ville de Québec	31/44	70%
	Beauport	1/44	2%
	Charlesbourg	6/44	14%
	La Cité-Limoilou*	17/44	39%
	Les Rivières	6/44	14%
	Sainte-Foy-Sillery-Cap- Rouge	1/44	2%
	Agglomération Ville de Québec	6/44	14%
	Hors agglomération Ville de Québec	4/44	9%

Note : *Deux usagers résidaient dans le quartier St-Sauveur, là où est implanté le GMF Saint-Vallier.

Utilisation des services

Bien que notre échantillon soit trop petit pour être représentatif de la population bénéficiant des soins et services du GMF, nous souhaitons présenter quelques données descriptives afin d'avoir une image de l'utilisation des soins et services des usagers rencontrés.

61% (27/44) des usagers étaient inscrits au GMF avant le début du projet Archimède en 2017, tandis que les autres ont été inscrits au cours du projet Archimède, dont 5% (2/44) depuis moins d'un an. Concernant l'utilisation des soins et services, les résultats présentés dans le Tableau 3 sont en continuité avec la phase 1 du projet de recherche, on remarque une utilisation similaire des soins et services, à l'exception de la physiothérapie qui est en hausse. Cette augmentation va de pair avec un plus grand nombre de consultations pour des problématiques d'ordre musculosquelettique dans notre échantillon.

Plus de la moitié (31/44) des usagers rencontrés avaient été consultés auprès de trois professionnels au GMF. Selon les usagers rencontrés, les références vers d'autres professionnels s'effectuaient la plupart du temps par le médecin ou l'IPSPL attribué au dossier de l'utilisateur. À l'exception d'une personne, tous les usagers ont rapporté utiliser les suivis réguliers pour consulter les professionnels, et 75% (33/44) d'entre eux utilisent également les plages de sans rendez-vous pour des urgences mineures. Pour plus de détails concernant les trajectoires d'accès aux soins et services et les références entre professionnels, se référer à [la partie précédente](#).

Par ailleurs, il est à noter que lorsque nous avons interrogé les usagers sur leur connaissance des soins et services disponibles au GMF, celle-ci demeurait limitée pour certains. En effet, ces derniers avaient plutôt tendance à recourir aux professionnels dans le secteur privé ou à être suivis par d'autres offrant des soins et services dans le réseau public, en deuxième ou troisième ligne, en raison de la nature spécifique de leur problématique. Les professionnels ont d'ailleurs mentionné dans leurs entrevues que dans un but de favoriser une équité d'accès aux services à la population et dépendamment des listes d'attente, ils privilégiaient le recours aux professionnels et intervenants du GMF pour les personnes à plus faible revenu, sans assurance privée ou sans autres suivis dans le réseau public. De même, certains usagers ne connaissaient pas le type d'infirmière rencontrée (IPS ou clinicienne).

Tableau 3 - Utilisation des services par les usagers

Variable	Détails	Effectif	Pourcentage
Nombre de professionnels consultés par usager	1 ou 2 prof. (médecin inclus)	13/44	30%
	3 prof. et plus (médecin inclus)	31/44	70%
Nombre d'usagers ayant consulté chaque professionnel*	Médecin	37/44	84%
	IPS	27/44	61%
	Physiothérapeute	21/44	48%
	Infirmière clinicienne	12/44	27%
	Infirmière (clinicienne ou IPS)**	9/44	20%
	Kinésiologue	8/44	18%
	Psychologue	7/44	16%
	Travailleuse sociale	6/44	14%
	Inhalothérapeute	4/44	9%
	Nutritionniste	4/44	9%
Raisons de consultation (lorsque précisées)**	Musculosquelettique	18/44	41%
	Santé mentale	13/44	30%
	Maladie chronique	11/44	25%
	Suivi de grossesse	4/44	9%
	Gynécologie	2/44	5%

Note : *Certains usagers n'étaient pas en mesure de faire la différence entre les infirmières cliniciennes et les IPS. **Un même participant peut être comptabilisé à plusieurs endroits selon son utilisation des soins et services.

Bien que tous les usagers rencontrés étaient inscrits auprès d'un médecin, la moitié (22/44) des usagers ont explicitement exprimé être suivis régulièrement par un médecin, tandis qu'environ un tiers (12/44) ont rapporté être suivis par une IPS et rencontrer occasionnellement le médecin auquel ils sont inscrits. Les autres usagers interrogés n'ont pas donné cette information.

Satisfaction des usagers

Similairement aux résultats de la phase 1, le niveau de satisfaction des usagers est généralement élevé. Ils apprécient le fonctionnement du GMF Saint-Vallier et souhaiteraient que d'autres GMF de ce type soient accessibles.

L'analyse des résultats a mis en évidence trois dimensions influençant la satisfaction des usagers : l'accès aux soins et services, la collaboration interprofessionnelle ainsi que la continuité relationnelle.

Un accès rapide aux soins et services

La plupart des usagers sont satisfaits de l'accès rapide aux soins et services et de la disponibilité des rendez-vous. Les délais sont jugés raisonnables et varient de 24 à 48h pour les urgences à un mois pour les rendez-vous réguliers. Cet accès rapide permet aux usagers de ne pas consulter aux urgences ou dans une autre clinique médicale pour des problématiques de santé courantes. De plus, selon les expériences rapportées par les usagers, la présence de plusieurs professionnels au même point de service permet d'accélérer l'accès au professionnel qui a été référé, ce qui favorise également la continuité des soins et des services.

« *Moi je trouve ça formidable, t'es pas obligé d'aller à l'hôpital, t'es pas obligé d'attendre... On est chanceux d'avoir ça, moi je bénéficie d'avoir eu cette clinique-là (...) les hôpitaux auraient peut-être plus le temps de soigner leur monde* ».

Certains usagers rapportent néanmoins que la prise de rendez-vous téléphonique n'est pas optimale puisqu'il faut appeler à un moment et une heure donnés qui diffèrent d'un professionnel à l'autre. Ce faisant, les lignes téléphoniques sont surchargées et le temps d'attente peut atteindre une trentaine de minutes à une heure et demie. Ils ajoutent que cette façon de faire est limitante pour les personnes qui travaillent durant les plages horaires prévues pour la prise de rendez-vous.

« *Il faut toujours appeler à une journée [et] à une heure précise, ça je trouve que ça n'a pas d'allure. Parce que si t'as pas la chance d'avoir le téléphone, de rejoindre la personne, il faut appeler mettons le docteur lundi à 13h, bin là c'est sûr que le lundi à 13h on est peut-être 500 qui essayent d'appeler pour avoir un rendez-vous.* »

Une collaboration efficace à l'interne et à l'externe

Les usagers perçoivent clairement qu'il y a une collaboration intra- et interprofessionnelle puisque leurs informations se transmettent, notamment grâce au DMÉ partagé. Ce faisant, ils soulignent ne pas avoir à répéter leur problème ou leur situation d'un professionnel à l'autre. Les usagers consultent parfois en dehors du GMF, en spécialité ou pour des soins ou services qui ne se retrouvent pas au GMF. Ils rapportent d'ailleurs que la communication est bonne entre leur professionnel au GMF et celui à l'externe, puis que la coordination s'effectue facilement entre les différents intervenants. Ils apprécient d'ailleurs que les références vers les spécialistes ou les demandes d'examens médicaux soient prises en charge par le professionnel effectuant le suivi au GMF Saint-Vallier.

Les usagers apprécient l'existence d'un portail Web qui leur permet de consulter les résultats de leurs tests et examens. De façon générale, ils apprécient que les professionnels prennent le temps de leur fournir des explications quant à leurs traitements. Ils affirment également avoir l'espace nécessaire pour poser des questions et qu'on ne leur impose aucune décision relative à leurs traitements ou leurs prestations de soins et services.

L'importance de la continuité relationnelle

À l'exception de très rares cas, les usagers ont rapporté se sentir en confiance et écoutés par les professionnels, puis se sentent à l'aise pour poser leurs questions et exprimer leurs préoccupations. Ils ont rapporté faire confiance à l'expertise du professionnel.

« *C'est des très bonnes relations, c'est des gens qui sont chaleureux, qui sont faciles d'accès, on sent qu'ils ont de l'écoute (...). On ne se sent pas comme un numéro, même si je vais peut-être à la clinique deux fois par année, y'a quand même les gens qui prennent le temps* »

Les usagers apprécient lorsqu'ils sont toujours suivis par la même personne, car cela permet de construire un lien de confiance. Ainsi, ils perçoivent fortement l'impact du roulement du personnel, ce qui les oblige à recréer un lien de confiance à chaque changement.

« *C'est ça que je trouve le plus dur (...). Tu passes de l'un à l'autre, ils te connaissent pas vraiment, des fois c'est dur. Quand tu t'entends bien avec quelqu'un, qui saisit vraiment ce que t'as besoin, comme [nom d'une infirmière], je l'attends impatiemment.* »

Par ailleurs, il est à noter que les usagers ont décrit des expériences similaires qu'ils soient suivis par des médecins ou des IPSPL, et que la durée des rendez-vous rapportée (en moyenne 30 minutes) est similaire dans les deux types de suivis.

« Quand je rencontre [nom du médecin], j'ai une bonne rencontre... je sens qu'elle se préoccupe de ma santé, de moi, puis... je sens pas que je la dérange, je sens que je suis bienvenue, qu'elle prend son temps pour répondre à mes questions. »

Certains usagers suivis par des IPSPL ont comparé leur expérience au GMF Saint-Vallier à des suivis médicaux antérieurs dans d'autres GMF et, dans ce cas-ci, ils ont rapporté préférer le suivi d'une IPSPL qu'ils ont qualifiée de plus disponible, plus à l'écoute, et moins pressée par le temps.

Similairement à la phase 1 du projet de recherche, les usagers démontrent une grande confiance envers les IPSPL et apprécient grandement leurs compétences pour traiter leurs enjeux de santé et de bien-être, puis perçoivent la complémentarité de leurs rôles avec ceux du médecin. Plusieurs nomment également être sensibles aux enjeux d'accès vécus dans le réseau de la santé et des services sociaux et mettent en évidence le rôle central de l'IPSPL dans la résolution de ces enjeux.

« C'est un modèle que je trouve excellent parce que l'infirmière praticienne répond à 95% de nos besoins et quand il y a un enjeu qu'elle peut pas régler avec certitude, soit elle va consulter le médecin pour s'assurer que c'est bien le bon diagnostic, soit [elle va] nous référer à un médecin. Donc de ce point de vue-là, je trouve que c'est excellent, parce que justement ça fait une belle place pour l'infirmière praticienne, ça permet de désengorger le réseau et ça permet probablement aux médecins aussi de se concentrer sur les cas qui sont plus lourds ou qui requièrent une attention plus soutenue. »

Quelques points d'insatisfaction ont été soulevés, mais ils concernent des cas isolés sur des problématiques très spécifiques.

3 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

3. Discussion et recommandations

La transformation des soins et services de première ligne se poursuit avec pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins et services, de développer une pratique de soins et services intégrés, de renforcer l'accès aux services psychosociaux, de prioriser les programmes de prévention, et d'optimiser la gestion des maladies chroniques (Aggarwal & Hutchison, 2012; Bodenheimer & Sinsky, 2014; Nundy et al., 2022). Les études montrent la valeur ajoutée d'offrir les soins et services de première ligne au sein d'équipes interprofessionnelles réunissant médecins, infirmières ainsi que d'autres professionnels de la santé et des services sociaux (Asarnow et al., 2015; Carter et al., 2016; Longhini et al., 2022). Les résultats du projet de recherche (objectifs 3-4) nous permettent de mettre en évidence les éléments clés à considérer pour l'implantation de modèles interprofessionnels en première ligne au Québec.

Dans un contexte GMF, il est nécessaire de repenser l'accès aux équipes interprofessionnelles et les mécanismes permettant de favoriser la responsabilité et la continuité des soins et des services, au-delà du mécanisme d'inscription à un médecin/une IPSPL.

Dans le cadre GMF, l'inscription est, à l'heure actuelle, l'un des principaux mécanismes d'accès à un médecin de famille et à une équipe interprofessionnelle en soins primaires. L'inscription présente l'avantage de favoriser une **continuité des soins** et services pour l'utilisateur tout au long de sa vie, le médecin étant ainsi la personne de référence pour l'utilisateur et la porte d'entrée pour accéder à d'autres soins et services ou programmes au regard de ses besoins. Ce mécanisme d'accès permet également de définir la **responsabilité** du médecin vis-à-vis cette continuité des soins et services et permet une **continuité relationnelle** avec un même intervenant. Néanmoins, comme le montre le projet Archimède, ce mécanisme met une pression importante sur les médecins, dans un contexte où ils ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre à la demande, et où la complexité de certaines problématiques requiert des expertises complémentaires (ex. : physiothérapeute, travailleuse sociale). En effet, l'accès aux équipes interprofessionnelles en GMF repose sur l'inscription à un médecin ou à un GMF. En ce sens, le mécanisme d'inscription limite l'accès aux équipes interprofessionnelles aux usagers inscrits à un médecin de famille et ne permet pas de miser sur la contribution des autres professionnels de la santé et des services sociaux pour améliorer l'accès.

En effet, le nombre d'utilisateurs desservis par le GMF est limité au nombre d'utilisateurs qu'un médecin **se sent en capacité** d'inscrire à son nom, même si, en pratique, certains de ces utilisateurs sont suivis par une IPSPL ou un autre professionnel. Selon ce mécanisme, l'ajout de professionnels ou intervenants au sein d'un GMF ne permet pas à lui seul d'augmenter le nombre d'utilisateurs pris en charge en clinique. De plus, le financement des professionnels supplémentaires (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc.) est proportionnel au nombre d'utilisateurs inscrits (dans le modèle GMF). En ce sens, le nombre et la diversité des professionnels présents dans le modèle sont tributaires du nombre d'utilisateurs que le médecin a la capacité de suivre. Cela exerce une pression supplémentaire sur les médecins, tout en limitant la contribution des autres professionnels dans l'amélioration de l'accès aux soins et services.

Dans le cas où l'inscription devient possible auprès des IPSPL en GMF, bien que les enjeux d'accès demeurent les mêmes, il est important de réfléchir et de définir le type de responsabilités qu'auront les IPSPL en ce qui a trait à la continuité des soins et services et à la continuité relationnelle.

En effet, leur statut d'emploi est fondamentalement différent des médecins étant salariées par le secteur public et syndiquées. En ce sens, les règles de mutation volontaire inscrites dans leur convention collective leur permettent de changer de poste selon leur choix. Dans ce cas de figure, il est important de réfléchir à ce qu'advierait la charge de cas de l'IPSPL, étant donné que les conditions de responsabilités et de continuité des soins et services associées au mécanisme d'inscription individuelle pour les médecins s'appliquent plus difficilement aux IPSPL. Toutefois, il est important de préciser que le même cas de figure se présente pour les médecins qui partent à la retraite ou optent pour un autre type de pratique, ainsi que pour toute autre inscription à un professionnel salarié lié au secteur public. Pour toutes ces raisons, il est essentiel de réfléchir à de nouveaux mécanismes qui permettraient de faciliter l'accès aux soins primaires et la continuité des soins et services, en gardant au cœur de la réflexion la notion de responsabilité quant à la

L'optimisation des rôles professionnels repose sur des mécanismes efficaces de références, un continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle, des interactions fréquentes entre les professionnels et sur la stabilité de l'équipe.

L'optimisation de l'utilisation du rôle des professionnels au sein des équipes interprofessionnelles repose sur des mécanismes efficaces de référencement vers les différents professionnels offrant des soins et services. Dans le cadre du projet Archimède, les médecins et les IPSPL étaient les principaux professionnels à effectuer des références vers d'autres membres de l'équipe, en dehors des trajectoires de soins et services prévues pour les consultations sans rendez-vous. Ainsi, ils jouaient un rôle central de coordination des soins et services, un rôle qui semble ainsi aller de pair avec l'affiliation à un professionnel responsable. La pratique de collaboration par consultation ou référence est la plus répandue au sein du GMF Saint-Vallier, mais elle ne représente pas l'unique façon de collaborer. En effet, l'optimisation de l'utilisation des rôles professionnels repose également sur des pratiques de concertation et de soins et services partagés, mobilisées lors d'interventions auprès de cas plus complexes en accord avec le continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle du RCPI.

Cependant, la connaissance inégale des rôles de certains professionnels, couplée au roulement de personnel, ont mené à une utilisation sous-optimale de certains professionnels et intervenants au GMF. Ce constat soulève des questions quant à la coordination des soins et services au sein des équipes interprofessionnelles. La coordination peut prendre différentes formes et être assumée par divers professionnels ou intervenants du GMF, et non uniquement par les IPSPL ou les médecins. La littérature souligne d'ailleurs l'importance, dans certains modèles, de la présence d'un coordinateur clinique pour faciliter la collaboration au sein de l'équipe, favoriser l'intégration des différents professionnels et optimiser les mécanismes de référencement (Blackmore et al., 2018; Moore et al., 2018).

De plus, l'optimisation des rôles au sein de l'équipe interprofessionnelle au GMF se traduit par différentes logiques de division des rôles reposant sur l'utilisation de la pleine étendue du champ d'exercice, la négociation des chevauchements de rôles et la mobilisation des compétences spécifiques des professionnels. La mobilisation de ces différentes logiques repose d'abord sur la **connaissance et la compréhension mutuelles des champs d'expertise** de tous les professionnels. La définition formelle des rôles de **chaque** professionnel présent dans l'équipe, accessible aisément, constitue une première base incontournable. Par contre, une part de la définition des rôles reste informelle : il existe une variabilité liée à chaque individu, où chaque professionnel contribue à

définir ses propres rôles en fonction de ses expériences et de ses intérêts professionnels. Cela est d'autant plus vrai pour les professionnels dont le champ d'exercice est large, avec peu ou pas d'actes réservés à leur profession (ex. : kinésiologue, travailleuse sociale). Pour cette raison, les professionnels ont besoin d'apprendre à se connaître individuellement, ce qui requiert des **échanges dédiés à la discussion des rôles** professionnels. Les **outils et les espaces partagés de communication** permettent de soutenir la collaboration interprofessionnelle, notamment via le DMÉ partagé et les rencontres interprofessionnelles régulières. Les **relations de confiance** entre les professionnels et une bonne **cohésion d'équipe** sont également des facteurs facilitants pour que les professionnels se réfèrent entre eux et collaborent sur des cas (Reeves, et al., 2010). Ces relations se créent par des **interactions répétées** entre les professionnels, ce qui est facilité par la présence des membres de l'équipe sur un même lieu physique. La proximité physique offre en effet de nombreuses occasions plus informelles pour échanger avec l'autre et permet de tisser des liens interpersonnels. La **stabilité de l'équipe** est alors essentielle au bon fonctionnement du modèle, ce qui est appuyé par la littérature (Fitzpatrick et al., 2018; Misra-Hebert et al., 2018; Rawlinson et al., 2021).

Des compétences non cliniques permettant aux professionnels de collaborer, optimiser leurs rôles et gérer le changement sont nécessaires pour travailler dans un modèle innovant.

Travailler au sein d'un contexte innovant présente de nombreux défis qui demandent de la flexibilité, de l'autonomie et de l'engagement de la part des professionnels. Ceux-ci doivent être en mesure de s'ajuster continuellement selon l'évolution du projet, de sortir du cadre habituel de leur pratique et d'avoir un haut degré d'interdépendance avec les autres professionnels. Cela demande donc des compétences autres que cliniques, qui se combinent avec les compétences professionnelles reliées à leur champ d'expertise. Des travaux récents montrent en effet que pour favoriser la collaboration entre les professionnels et faire face à la complexité des contextes de travail, les professionnels doivent développer des compétences qui leur permettent d'organiser leur travail, de collaborer avec les autres parties prenantes, et de prendre en considération le contexte plus large encadrant les pratiques professionnelles (Noordegraaf, 2020; Noordegraaf et al., 2014). Par ailleurs, le projet Archimède a pu révéler que ce ne sont pas tous les professionnels qui sont à l'aise de travailler avec un haut niveau d'autonomie professionnelle et d'utiliser de façon optimale leurs rôles professionnels en relation avec les autres membres de l'équipe. De plus, il est important de considérer la compatibilité entre les aspirations des professionnels et le contexte de pratique.

Cette question des compétences soulève deux enjeux principaux : le recrutement des professionnels au sein de ces modèles et leur formation, ainsi que le développement des compétences non cliniques. En ce qui concerne le recrutement, la logique syndicale repose principalement sur l'ancienneté et la qualification, validant un ensemble de compétences professionnelles associées à l'obtention d'un diplôme dans une discipline donnée. Or, cette logique présente certaines limites dans un contexte innovant, car elle ne tient pas compte des compétences non cliniques requises.

Une piste de solution expérimentée – et appréciée – dans le cadre du projet Archimède a consisté à présenter aux professionnels sélectionnés l'offre de soins et services, l'organisation et la vision du modèle avant leur prise de décision face au poste. Par ailleurs, ce modèle a permis de mettre en lumière l'importance du rôle central de la chargée de projet, comparable à celui de coordinateur clinique, ainsi que la contribution des professionnels plus expérimentés dans le développement des compétences non cliniques au sein de l'équipe.

Des rôles de gestion et de coordination des équipes dont les fonctions et les critères d'imputabilité sont clairement établis soutiennent le fonctionnement des modèles.

Le projet Archimède a reposé sur le travail de plusieurs gestionnaires provenant de deux différentes directions au sein du CIUSSS-CN (DSI-SP, DSP), du GMF ainsi que sur un engagement important de la chargée de projet. Bien que les fonctions de cette dernière n'aient pas été formalisées comme telles, son rôle a révélé l'importance d'exercer des fonctions de coordination au sein de l'équipe et avec les partenaires. Sa proximité avec l'équipe a permis de créer un sentiment de confiance mutuelle avec les professionnels qui s'adressaient à elle en cas d'enjeux survenant au sein de l'équipe ou dans l'organisation du travail.

Toutefois, l'absence de formalisation de ces fonctions a pu, au début de l'implantation du projet Archimède, engendrer une certaine ambiguïté quant aux attentes et responsabilités associées à ce rôle. Les changements successifs de directions et de gestionnaires survenus durant cette période ont probablement accentué ce flou.

En ce sens, la formalisation de ces rôles est nécessaire pour clarifier les attentes et les responsabilités en matière d'imputabilité des différents acteurs. Une certaine souplesse doit néanmoins demeurer pour que certains chevauchements de rôles puissent s'opérer, ceux-ci étant essentiels pour co-produire des solutions aux problèmes complexes que peut rencontrer une organisation et favoriser un ajustement en continu.

Le succès d'un projet pilote comme Archimède nécessite un temps d'implantation suffisant et une stabilité de financement pour favoriser l'engagement des professionnels et l'évaluation fiable des retombées des modèles.

Un projet pilote comme Archimède représente un changement de paradigme majeur en matière d'organisation des soins et services. Il est essentiel de prévoir un temps suffisant, d'une part, pour implanter le modèle tel que conceptualisé, et d'autre part, pour permettre l'observation et l'évaluation de ses retombées à moyen et long terme. Sans ce délai, il devient difficile d'utiliser les données issues de l'expérimentation pour améliorer la conception et l'opérationnalisation du modèle, ainsi que pour guider le développement de futurs modèles. Par ailleurs, la nature même d'un projet pilote engendre une certaine instabilité, principalement en raison d'un financement non pérenne, limité dans le temps et dont le renouvellement demeure incertain. Cette précarité réduit l'attractivité des postes pour les professionnels, freine leur engagement et entretient un climat d'incertitude, ce qui peut accentuer le roulement du personnel, en particulier à l'approche de la fin du projet. Ces facteurs peuvent non seulement nuire à l'évaluation du modèle, mais aussi introduire des biais dans les résultats obtenus. En ce sens, il est pertinent de réfléchir à d'autres modalités d'expérimentation de modèles de soins et services incluant une plus grande diversité de structures et de modes de financement.

La cohabitation de la logique privée et de la logique publique dans la dispensation des soins de santé et des services sociaux entraîne de multiples enjeux à considérer dans l'implantation des modèles interprofessionnels.

Le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux québécois repose sur la cohabitation d'un système public et privé. Par conséquent, deux logiques s'entremêlent, l'une centrée sur l'entrepreneuriat et l'autre sur une forme de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 2004). La juxtaposition de ces deux logiques amène des enjeux à tous les niveaux : (1) structurel, par exemple au sujet des modes de financement associés à la rémunération des professionnels; (2) organisationnel, notamment dans la détermination des conditions de travail et de la mobilité professionnelle au regard du statut d'emploi, ainsi que sur la définition des notions de responsabilité; (3) culturel, avec des conceptions différentes du travail et du rapport au travail; (4) professionnel, où les individus peuvent avoir des intérêts et des aspirations professionnelles différentes. Tous ces enjeux se répercutent sur les pratiques professionnelles et interprofessionnelles où des tensions peuvent apparaître notamment au sujet du partage des heures défavorables, des obligations d'imputabilité et de responsabilité, puis sur le volume d'usagers suivis, où tous les professionnels ne sont pas soumis aux mêmes standards.

Pour composer avec ces différentes logiques, il est important de réfléchir à des conditions de travail qui soient équitables pour tous les professionnels et qui tiennent compte de leurs obligations professionnelles et de la nature de leur travail.

La co-production des soins et services est essentielle pour concevoir, implanter et coordonner des modèles innovants ainsi que pour organiser le travail entre professionnels.

L'intégration d'un plus grand nombre d'IPS, ainsi que de professionnels des services psychosociaux et de la réadaptation, a permis d'élargir l'offre de soins et services pour les usagers du GMF Saint-Vallier, générant ainsi une grande satisfaction. Toutefois, il est crucial d'aller plus loin en intégrant formellement ces professionnels à la structure de gouvernance du GMF, par exemple, en définissant des responsabilités et des obligations précises. Cela permettrait de mieux organiser le travail interprofessionnel, d'optimiser les rôles de chacun et d'accroître l'efficacité des soins et services offerts.

Selon la littérature, la co-production est une méthode de gestion basée sur le principe de la participation démocratique et l'implication d'acteurs habituellement non représentés (Côté & Denis, 2024). La co-production des soins et services permettrait de réconcilier les différentes logiques organisationnelles et professionnelles autour d'un objectif commun : favoriser l'accès de la population à des soins de santé et des services sociaux de qualité, adaptés à ses besoins. Cette approche exige de réunir l'ensemble des acteurs concernés par cet objectif : le MSSS, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les CIUSSS, maintenant nommés établissements territoriaux, Santé Québec, les divers groupes professionnels (médecins, infirmières, professions du secteur psychosocial et de la réadaptation), ainsi que les usagers des services. Cette collaboration vise à obtenir un portrait juste et nuancé des enjeux propres à chaque groupe et à élaborer des solutions réalistes, adaptées aux différents contextes.

Il est essentiel de reconnaître et de prendre en compte les enjeux présents à plusieurs niveaux.

Les enjeux	
1. La cohabitation des logiques privée et publique;	2. La coexistence de différentes logiques professionnelles, les disparités dans la définition formelle de leur contribution aux soins primaires et la diversité des responsabilités;
3. Les différences de représentation des groupes professionnels au sein des instances de gouvernance politique, organisationnelle et clinique;	4. Le défi d'intégrer pleinement les citoyens et usagers partenaires dans les instances de gouvernance.

Dans cette perspective, des formes de gestion participative — en veillant à ce que les professionnels de toutes disciplines et les usagers soient représentés — et multiniveaux (de la clinique jusqu'aux instances politiques) sont nécessaires pour concevoir, implanter, coordonner et améliorer continuellement les modèles de soins et services innovants en santé et en services sociaux (Lamarche & Maillet, 2024).

Forces et limites

L'adoption d'approches qualitative et quantitative a permis de recueillir des données riches et pertinentes, et d'assurer une certaine triangulation des résultats afin de renforcer la validité et la crédibilité de ceux-ci. La réalisation d'une étude de portée (scoping review) préalable, qui a permis de dresser un portrait global de la littérature sur les modèles interprofessionnels similaires au projet Archimède, a servi de base solide pour contextualiser les résultats. Le roulement élevé du personnel au sein du GMF a pu complexifier la collecte de données et influencer certains résultats, notamment ceux liés à l'optimisation des rôles et la collaboration interprofessionnelle. Il s'agit toutefois d'une réalité importante du terrain, et notre recherche a pu documenter les causes et les effets du roulement de personnel, ce qui donne des pistes intéressantes pour considérer cet enjeu au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Concernant les usagers, nous sommes parvenus à rejoindre la population visée avec un taux de participation au-delà que celui prévu. Nous avons réussi à rencontrer des usagers de tous âges vivant dans des conditions socio-économiques variées, ce qui amène une richesse au niveau des résultats. Cependant, la taille de l'échantillon d'usagers, bien que satisfaisante pour une étude qualitative, ne permet pas de tirer des conclusions statistiquement représentatives de la population desservie par le GMF Saint-Vallier.

Enfin, l'analyse quantitative des coûts et de l'utilisation des soins et services a rencontré plusieurs défis méthodologiques qui sont soulignés, limitant la portée des résultats quantitatifs présentés dans ce rapport. Ces défis méthodologiques soulignent la nécessité de développer de nouveaux indicateurs et outils de reddition de comptes adaptés à ce type de modèle interprofessionnel.

Conclusion

En conclusion, le bon fonctionnement d'une équipe interprofessionnelle dépend de manière importante du contexte dans lequel elle évolue, ce qui nécessite une attention particulière à l'environnement dans lequel s'insère la clinique, et ce, dès la composition de l'équipe. Il est essentiel que les professionnels sélectionnés correspondent aux besoins spécifiques de la population desservie par la clinique, que ces besoins soient bien évalués, et que les contributions de chaque groupe professionnel soient clairement définies. De plus, le profil des professionnels doit être compatible avec le travail interprofessionnel et un haut degré d'autonomie, ce qui est influencé par les mécanismes de recrutement au sein des établissements territoriaux. L'accès direct des usagers à tous les membres de l'équipe est un enjeu important pour accroître l'accès général de la population aux soins et services primaires, réduire la pression exercée sur les médecins et les infirmières et accroître l'optimisation de l'ensemble des ressources professionnelles. Cet enjeu soulève également des questions concernant la responsabilité, la continuité et la coordination des soins et services. Ces éléments dépendent de facteurs structurels tels que le mécanisme d'inscription, les modalités de mutation volontaire et de rémunération des professionnels. Par ailleurs, le fonctionnement des équipes au sein des cliniques repose sur la facilitation des interactions entre les professionnels, qui doit être soutenue par des rôles de gestion et de coordination clairement définis, la mise en place d'outils de communication efficaces, et de rencontres interprofessionnelles. L'expérience du projet Archimède met en évidence la nécessité d'une implantation réfléchie et durable, appuyée par un financement stable et des indicateurs d'évaluation adaptés. L'élargissement de l'offre de soins et services par l'intégration de nouveaux professionnels a démontré des bénéfices concrets pour les usagers. Toutefois, pour renforcer l'efficacité du modèle, une meilleure intégration de ces professionnels dans les instances de gouvernance est requise. Le roulement du personnel, la cohabitation des logiques publique et privée, l'utilisation variable des rôles professionnels, les disparités en matière de participation aux instances décisionnelles sont autant de défis à surmonter.

Enfin, l'engagement des professionnels et la stabilité de l'équipe peuvent être renforcés par des formes de gestion participative, la co-production des soins et services, l'attractivité des postes, et la pérennisation financière des modèles interprofessionnels. L'adoption de modes de gouvernance participatifs et multiniveaux apparaît comme une condition essentielle pour garantir la pérennité et l'amélioration continue des modèles de soins et services. La co-production des soins et services avec les usagers et les professionnels est un levier incontournable pour répondre aux besoins diversifiés des populations et maximiser l'impact des soins et services de première ligne.

Références

- Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Asarnow, J. R., Rozenman, M., Wiblin, J., & Zeltzer, L. (2015). Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health : A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 169(10), 929-937. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1141>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim : Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. WorldCat.org. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bourgeault, I. L., & Merritt, K. (2015). Deploying and managing health human resources. Dans E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault, & C. Wendt, *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (p. 308-324). Palgrave Macmillan UK.
- Canadian Institutes of Health Research. (2021). *Research strategic plan 2021-2026*. https://cihr-irsc.gc.ca/e/52481.html#fig_1
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux—Guide explicatif. *Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum__vFR__18-07-31.pdf
- Carter, R., Riverin, B., Levesque, J.-F., Gariépy, G., & Quesnel-Vallée, A. (2016). The impact of primary care reform on health system performance in Canada : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(324), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1571-7>
- Côté, N., & Denis, J.-L. (2024). Situations of anomie and the health workforce crisis : Policy implications of a socially sensitive and inclusive approach to human resources. *Int J Health Plann Mgmt*, 39, 898-905.
- Fitzpatrick, S. J., Perkins, D., Handley, T., Brown, D., Luland, T., & Corvan, E. (2018). Coordinating mental and physical health care in rural Australia : An integrated model for primary care settings. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), 1-9. <https://doi.org/10.5334/ijic.3943>
- Landes, S. J., McBain, S. A., & Curran, G. M. (2019). An introduction to effectiveness-implementation hybrid designs. *Psychiatry Research*, 280(112513). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112513>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies : Advancing the methodology. *Implementation science*, 5(69), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Longhini, J., Canzan, F., Mezzalana, E., Saiani, L., & Ambrosi, E. (2022). Organisational models in primary health care to manage chronic conditions : A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 565-588. <https://doi.org/10.1111/hsc.13611>

- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (3rd éd.). SAGE Publications; WorldCat.org.
- Mintzberg, H. (2004). L'organisation professionnelle. Dans *Le management : Voyage au centre des organisations* (p. 309-345). Éditions d'Organisation.
- Misra-Hebert, A. D., Perzynski, A., Rothberg, M. B., Fox, J., Mercer, M. B., Liu, X., Hu, B., Aron, D. C., & Stange, K. C. (2018). Implementing team-based primary care models : A mixed-methods comparative case study in a large, integrated health care system. *Journal of General Internal Medicine*, 33(11), 1928-1936. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4611-7>
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., Mowat, D., Nasmith, L., Postl, B., Shamian, J., & Sketris, I. (2014). *Optimizing scopes of practice : New models of care for a new health care system*. Canadian Academy of Health Sciences.
- Noordegraaf, M. (2020). Protective or connective professionalism ? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts. *Journal of Professions and Organization*, 7(2), 205-223. <https://doi.org/10.1093/jpo/joaa011>
- Noordegraaf, M., Van der Steen, M., & Van Twist, M. (2014). Fragmented or connective professionalism ? Strategies for professionalizing the work of strategists and other (organizational) professionals. *Public Administration*, 92(1), 21-38. <https://doi.org/10.1111/padm.12018>
- Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The quintuple aim for health care improvement : A new imperative to advance health equity. *Journal of the American Medical Association*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research and evaluation methods* (4e éd.). SAGE.
- QSR International Pty Ltd. (2020). *NVivo* (released in March 2020). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., C, A., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care : Barriers and facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 1-25. <https://doi.org/10.5334/ijic.5589>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). A conceptual framework for interprofessional teamwork. Dans *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care* (p. 57-76). Blackwell Publishing Ltd.
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in interview-based qualitative research : A theoretical and practical guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Thorne, S. (2016). *Interpretative description : Qualitative research for applied practice* (2nd éd.). Routledge/Taylor & Francis Group.

Annexe 1 - Processus global de collecte et d'analyse de données

		2022				2023				2024				2025			
		janv mar	avril juin	juil sept	oct dec												
Volet qualitatif	Étude de la portée	●	●	●	●												
	Entrevues : • Usagers				●	●											
	• Professionnels/intervenants/agentes					●	●										
	• Acteurs clés							●	●	●	●						
	Traitement / analyse des données					●	●	●	●	●	●	●	●				
Volet quantitatif GMFs	Collecte des rapports de données MSSS et CIUSSS			●	●												
	Traitement des données				●	●	●										
Volet quantitatif usagers	Préparation de la demande à l'ISQ					●	●										
	Révision de la demande à l'ISQ							●	●								
	Traitement de la demande à l'ISQ								●	●	●	●	●	●	●	●	
	Traitement / analyse des données															●	●

Note explicative : La figure illustre le processus global de collecte et d'analyse des données de la phase 2 du projet de recherche. Il est important de souligner que l'analyse quantitative prévue à l'échelle des GMF a été abandonnée le 28 novembre 2023, en raison de limites méthodologiques jugées importantes. Cette décision a été prise à la suite des ateliers consultatifs tenus les 26 septembre et 28 novembre 2023, en présence de représentants du MSSS, du CIUSSS-CN, du GMF Saint-Vallier et de l'équipe de recherche.

En ce qui concerne l'analyse quantitative à l'échelle des usagers, la demande initialement soumise à l'ISQ a été révisée lors du premier atelier consultatif mentionné ci-dessus ayant mené à un ajustement de la méthodologie, puis déposée au début du mois d'octobre 2023. Les données sont disponibles pour l'équipe de recherche à la suite du traitement par l'ISQ depuis le 11 juin 2025.

Enfin, pour ce qui est du traitement et de l'analyse des données à l'échelle des usagers (via l'ISQ), la date de fin indiquée dans la figure est donnée à titre indicatif, puisque ce travail vient de débuter.

Annexe 2 - Synthèse des résultats par objectif

Objectif 1 : Pertinence du modèle sur le plan économique

Résultats non disponibles, données produites à l'ISQ le 11 juin 2025, en cours de traitement et d'analyse par l'équipe de recherche.

Objectif 2 : Conditions favorables à l'émergence et à l'efficacité de modèles similaires à Archimède

- Modèles existants développés pour des clientèles spécifiques (santé mentale ou maladies chroniques, rarement les deux).
- Certains modèles ciblent les populations vulnérables/marginalisées.
- Aucun ensemble de critères unique favorisant leur implantation n'est identifié.
- Importance d'analyser les caractéristiques et besoins du territoire desservi pour adapter le modèle.
- Facteurs clés à considérer pour l'implantation: type de secteur (urbain, suburbain, rural), besoins en matière de services, ratios et type de professionnels disponibles.
- Facteurs facilitant le fonctionnement des modèles : soutien des gestionnaires, outils de collaboration essentiels (ex. DMÉ partagés), rencontres interprofessionnelles, proximité physique des professionnels.
- Facteurs facilitant l'efficacité des modèles : financement/rémunération des professionnels, présence d'un gestionnaire de cas, adhésion des médecins, stabilité du personnel, compétences individuelles, vision partagée du modèle et des soins et services.

Objectif 3 : Interprofessionnalisme au GMF

- **Trajectoires d'accès**
 - Écart entre voies d'accès, trajectoires et mécanismes de références officiels (définis par le Cadre de gestion des GMF) et théoriques (définis par le projet Archimède) avec ceux utilisés en pratique en raison du fort roulement du personnel.
 - Les médecins, IPSPL et infirmières cliniciennes étaient les principales portes d'entrée.
 - L'accès aux autres professionnels se fait majoritairement par référence.
 - L'instabilité de l'équipe empêche la mise en place par les agentes administratives des trajectoires prédéfinies pour l'orientation des usagers au sans rendez-vous.
- **IPSPL/Médecins**
 - Partagent des rôles similaires et ont chacun leur charge de cas, qui se définit en fonction de leurs expertises et intérêts en matière de type de pratique et de clientèles.
 - Collaborent étroitement, souvent par discussion de cas sans que le médecin ne voie directement l'utilisateur.
 - Combiner la présence d'IPSPL et de médecins dans l'équipe permet d'augmenter le nombre d'utilisateurs pris en charge et permet une certaine flexibilité pour assurer la continuité des soins

et services en cas d'absences.

- Le mécanisme d'inscription unique au médecin freine la capacité de prise en charge.
- Optimiser leurs rôles est possible à la fois par délégation de tâches aux infirmières cliniciennes et par référence des usagers aux autres professionnels de la clinique.

- **Infirmières cliniciennes**

- Rôle central dans l'optimisation des rôles des médecins et IPSPL, notamment dans les suivis des maladies chroniques et la gestion des sans rendez-vous.
- La capacité à utiliser de façon optimale leur rôle et leurs compétences de manière autonome repose sur l'accompagnement et l'enseignement offerts par les IPSPL.
- Collaborent étroitement avec les autres professionnels et privilégient des pratiques de concertation, voire de soins et services partagés (créer un objectif et un plan communs).

- **Autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux**

- Grande variabilité au sein des professionnels d'une même discipline dans la manière dont chacun conçoit et exerce ses rôles en raison des expériences et intérêts individuels, ainsi que des lignes directrices relativement vastes au sein du projet Archimède et du Cadre de gestion des GMF.
 - Nécessité d'expliquer et faire connaître leurs rôles pour que les médecins et les infirmières (IPSPL et cliniciennes) sachent quand référer, à qui, et pour quelles raisons.
 - Risque de sous-utilisation de leurs expertises.
 - Collaboration étroite entre ces professionnels pour diviser efficacement le travail au regard de l'expertise de chacun.
 - Ne forment pas un groupe unifié, ni homogène: chaque discipline vit ses propres enjeux qui sont ainsi difficilement représentés au sein de l'équipe.
- > **L'optimisation des rôles requiert une forte interdépendance entre les professionnels. La division des rôles dépend du contexte et des professionnels présents dans l'équipe.**
- > **Le roulement du personnel nuit à l'efficacité des équipes et à la continuité relationnelle.**

- **Causes du roulement professionnel**

- Structure de financement non pérenne (en lien avec projet pilote).
- Postes temporaires créant de l'instabilité et moins d'attractivité pour les professionnels.
- Affichage de postes ne permettant pas de mettre de l'avant les caractéristiques du projet Archimède.
- Incompatibilité de certains profils recrutés avec le fonctionnement du projet Archimède ou de l'équipe en place (contrebalancé plus tard par la présentation du poste par le gestionnaire aux candidats).
- Structure de financement insuffisamment flexible dans l'attribution des postes (ne peut pas s'ajuster aux types de professionnels disponibles).

- Niveau d'intérêt à rester en GMF influencé par les conditions de travail (quart de fin de semaine, horaire de soir), le nombre d'heures garanties et le travail interprofessionnel.
- **Facteurs facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle**
 - Qualité des relations interprofessionnelles (confiance et respect mutuels).
 - Espaces de communication formels (caucus, rencontres médecins/IPSP, DMÉ) et informels (cadre de porte, couloirs).
 - Favorisée par la présence des professionnels dans les mêmes locaux.
 - Intérêt pour le travail d'équipe (individuellement).
 - Aisance à exercer un haut degré d'autonomie professionnelle.
 - Formation interprofessionnelle et intraprofessionnelle.
- **Prise de décisions quant à l'organisation du travail**
 - Influence majeure du Cadre de gestion des GMF qui donne notamment des balises au regard de la gestion médico-administrative applicables en GMF, définissant les responsabilités de gestion pour les médecins et les gestionnaires du CIUSSS-CN.
 - Les rencontres interprofessionnelles permettent un meilleur équilibre dans les prises de décisions et favorisent la considération des besoins et enjeux des autres professionnels.
 - Les infirmières détiennent une plus grande influence dans les prises de décisions médico-administratives en raison de leur rôle central dans le Cadre de gestion des GMF (ex. : participation à la couverture des services médicaux de 68h par semaine).
 - Rôle important de la chargée de projet dans la coordination des équipes, toutefois limité en raison de l'absence de fonctions formalisées.
 - Enjeux de co-gestion entre gestionnaires du CIUSSS-CN liés à des responsabilités et préoccupations différentes entre la DSI-SP, orientée sur le déploiement des IPS et la continuité du projet Archimède, et la DSP, centrée sur le fonctionnement de l'ensemble des GMF sur le territoire du CIUSSS-CN et la gestion de toutes les ressources humaines (hors médecins et IPS).
 - Enjeux de co-gestion entre gestionnaires du CIUSSS-CN et médecins au sujet de la sélection des professionnels recrutés et de l'organisation du travail au sein du GMF.

Objectif 4 : Expérience des usagers du GMF Saint-Vallier

- Niveau de satisfaction généralement élevé.
- Accès rapide aux soins et services permettant de ne pas consulter aux urgences ou dans une autre clinique.
- Collaboration efficace à l'interne et à l'externe (référence vers les spécialistes).
- Importance de la continuité relationnelle pour construire un lien de confiance ; cette continuité est fortement influencée par le roulement du personnel.



**Équipe réseaux
proximité**

PARTENARIAT POUR
L'INNOVATION SOCIALE EN SANTÉ