



ÉQUIPE  
DE SOINS  
PRIMAIRES  
iNTÉGRÉS

*Rapport de recherche*

*CSSS Nord Lanaudière-  
territoire de St-Gabriel-de-  
Brandon*

Damien Contandriopoulos  
Mélanie Perroux  
Isabelle Brault  
Karine Lachapelle  
Arnaud Duhoux

Janvier 2016

## Table des matières

Objectifs du rapport.....	3
Le projet ESPI.....	3
Méthodologie.....	4
Origine du projet en Lanaudière Nord.....	4
Évolution de l'offre de service: .....	5
• Avant l'intervention.....	5
• L'intervention "Équipe de consultation infirmière de proximité" .....	6
L'implantation du suivi des maladies chroniques: .....	6
Au CLSC .....	6
À la clinique médicale de St-Gabriel.....	7
Partenariats extérieurs .....	8
La gouverne.....	8
Conclusion.....	9
• Rétroaction de l'équipe de recherche .....	9
• Un projet qui évolue.....	9
Capacités de gestion intermédiaire.....	10
Implication de leaders cliniques .....	11
• Implications pour la pratique.....	11

## Objectifs du rapport

Ce rapport a deux objectifs principaux. Le premier est de contribuer à documenter la nature des services offerts par le CSLC St-Gabriel-de-Brandon comme modèle de soins primaires et son mode de fonctionnement. Le second objectif est d'offrir à l'équipe encadrant et de professionnels de soins une rétroaction de la part de l'équipe de recherche ESPI. Les opinions exprimées ici et les éventuelles erreurs ou omissions n'engagent que les auteurs du rapport.

## Le projet ESPI

Le projet de recherche ESPI, pour Équipes de Soins Primaires Intégrés, est un projet de recherche interuniversitaire qui vise à développer des connaissances sur les caractéristiques, le fonctionnement et les effets de modèles de soins primaires reposant sur une prise en charge interdisciplinaire. Le développement du projet a commencé en 2012 grâce à un financement du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Le projet ESPI a obtenu un financement de recherche des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) en 2014 et a officiellement démarré en octobre 2014.

Le projet ESPI vise à soutenir et évaluer 8 sites pilotes de dispensation de soins de première ligne qui visent, par le biais d'une prise en charge d'équipe, à répondre à l'ensemble des besoins courants de patients inscrits. Les besoins courants incluent la prévention, les soins de première ligne et la coordination des services. La particularité de ces équipes est de reposer sur une interdisciplinarité poussée et sur un rôle infirmier étendu. L'objectif du modèle est d'améliorer la performance de l'offre de soins de première ligne et plus spécifiquement à optimiser de manière simultanée, l'accessibilité et la qualité des soins et l'efficacité du modèle de production. D'après les critères d'inclusion mis de l'avant dans le protocole de recherche les sites pilotes analysés dans le cadre du projet ESPI doivent avoir les caractéristiques suivantes :

1. L'interdisciplinarité poussée dans la composition des équipes et dans les modalités de prise en charge. En termes de composition des équipes, nous entendons par là le fait que les effectifs soient constitués principalement d'infirmières collaborant étroitement entre elles, avec les médecins et les divers professionnels de la santé et des services sociaux. En termes de prise en charge, l'interdisciplinarité poussée signifie que chacun des professionnels impliqués, et principalement les infirmières, soient en mesure de contribuer à la pleine étendue de son rôle et de ses compétences. Le principe est de viser une offre de service optimale où les personnes sont suivies par un groupe plutôt que par un individu.
2. Des soins et des services intégrés, qui visent à répondre à l'ensemble des besoins courants et de prévention directement ou par la référence à d'autres structures de soins du système socio-sanitaire, par le biais de corridors de services.
3. Une proximité qui offre une accessibilité (financière, géographique et physique) étendue.

## Méthodologie

Les données utilisées pour le présent rapport sont issues de deux sources différentes. Premièrement, des entrevues semi-dirigées individuelles (n=3) et collectives sous forme de groupe de discussion (n=2) réalisées auprès de différents informateurs clés choisis pour leur connaissance du fonctionnement de l'équipe de soin de St-Gabriel de Brandon. Deuxièmement, des notes d'observation non participantes ont été collectées à divers moments, dont lors de plusieurs comités de gestion et réunions, entre mai 2013 et juin 2015 (n=15).

Toutes les données utilisées ont été collectées et traitées en conformité avec les procédures approuvées par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. De même, le Comité d'éthique à la recherche du CSSS de la Montagne a donné son approbation à titre de Comité évaluateur central dans le cadre d'une procédure éthique multicentrique qui a aussi été validé par le comité d'éthique du CSSS de Lanaudière Nord.

## Origine du projet en Lanaudière Nord

L'origine du projet d'implanter une équipe de soins primaires centrée sur une pratique infirmière avancée a été initialement mise de l'avant par l'ancien directeur général du CSSS Nord-de-Lanaudière qui cherchait à s'inspirer de la pratique en dispensaire pour répondre aux défis de la pénurie de services de la région liée à des défis d'attraction d'effectifs médicaux. En effet, la présence d'une équipe permettant un partage des tâches et responsabilités dans un contexte d'innovation fort peut être une composante intéressante pour attirer un nouveau médecin dans une localité auparavant moins attrayante car plus éloignée des grands centres urbains. À la même époque, soit au début de l'année 2013, l'équipe de recherche ESPI cherchait des milieux de soins intéressés par le développement conjoint d'une offre de soins de type «dispensaires urbains». La convergence des projets a été à l'origine de l'intégration du projet de clinique de proximité du CLSC St-Gabriel-de-Brandon au devis ESPI.

Suite à un travail conjoint entre l'équipe ESPI et le CSSS Nord-de-Lanaudière, une demande de financement dans le cadre du concours «Pour mieux soigner» de la Fondation de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec a été déposée à l'automne 2013. La demande reprenait directement l'argumentaire et les outils conceptuels développés par l'équipe ESPI et contextualisait le projet ESPI dans le cadre du CLSC St-Gabriel-de-Brandon. Cette demande a été financée à la hauteur de 250 000 \$ sur deux ans. L'essentiel de cette somme était destinée à financer une équipe composée d'infirmière clinicienne et d'autres professionnels mais aussi dans une plus petite mesure, de soutenir la pratique étendue au sein de modèles infirmiers innovants. D'après le texte de la demande de financement soumise par le CSSS cette équipe interprofessionnelle devait ultimement :

1. augmenter l'accessibilité aux soins en assurant un service de consultation sans rendez-vous à la population.
2. faire du suivi conjoint des malades chroniques par l'application, entre autres, des ordonnances collectives nationales sur le diabète, l'hypertension et la dyslipidémie.

3. développer des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

## Évolution de l'offre de service :

- Avant l'intervention

Le CLSC St-Gabriel-de-Brandon est un point de service du CISSS de Lanaudière qui offre des soins courants, des services médicaux, infirmiers (infirmières de santé mentale, de service à domicile, de santé prévention, de milieu rural et l'infirmière SIPPE), et sociaux (grâce à 3 travailleurs sociaux). Les départs à la retraite progressifs des médecins travaillant au CLSC St-Gabriel-de-Brandon induisaient un risque de disparition de l'offre de soins de santé primaire à cet endroit. Depuis plusieurs années, il n'y a donc plus de service de sans rendez-vous au CLSC (alors que c'était un service important auparavant) et d'autres modalités de services sont aussi menacées. Par contre, le milieu a un atout considérable : le CLSC a accueilli l'un des premiers infirmier praticien spécialisé en première ligne (IPSPL) à pratiquer au Québec.

Le seul médecin encore en place au CLSC veut réduire ses activités en prévision de sa retraite. Sa clientèle inscrite est majoritairement gériatrique.

L'IPSPL sénior a une pratique très générale (santé courante, santé sexuelle, soins à domicile pour patients en fin de vie, santé mentale...). Son case load est d'environ 1000 patients mais il souhaite se spécialiser dans la clientèle pédiatrique. De ce fait, il collabore régulièrement et de manière informelle avec l'infirmière SIPPE<sup>1</sup> pour développer l'offre pédiatrique et offrir de meilleurs accès pour les besoins de santé courants de la clientèle de SIPPE. Il a aussi de nombreuses collaborations avec des partenaires extérieurs au CLSC mais utilise peu les services (santé mentale entre autres) de ce dernier.

L'IPSPL junior est arrivée dans l'équipe via son stage quand elle était candidate. Elle assure le suivi de 200 patients issus du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) suite au départ des médecins du CLSC. Ce sont des patients plutôt âgés dont elle assure le suivi à domicile pour 30 d'entre eux.

Les infirmières techniciennes sont des infirmières ayant une longue expérience de pratique en CLSC ou en milieu hospitalier, qui pour la plupart travaillent depuis plusieurs années à St-Gabriel-de-Brandon. Certaines d'entre elles sont proches de la retraite. Elles assurent majoritairement les soins ambulatoires (soins de plaie, vaccination, prélèvement,...) et l'une d'entre elles est aussi l'infirmière rurale<sup>2</sup>. Le médecin du CLSC et l'IPSPL sénior sont leurs référents en cas de questions.

---

<sup>1</sup> Le programme SIPPE, Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance, s'adresse aux femmes enceintes n'ayant pas complété leur secondaire 5 et vivant dans un contexte de pauvreté pour soutenir les parents dans l'aventure de la grossesse et de l'éducation de leur enfant jusqu'à l'entrée scolaire de l'enfant. Il regroupe divers professionnels (infirmières, d'un intervenant social, d'une nutritionniste, d'un éducateur spécialisé, d'une psychoéducatrice, d'une auxiliaire familiale, d'une orthophoniste et d'un médecin.)

<sup>2</sup> Le service d'infirmière en milieu rural offre une panoplie de services courants de santé offerts en CLSC, notamment les prélèvements, l'injection de médicaments et le traitement de blessures mineures pour les personnes de plus de 55 ans.

L'assistante infirmière chef, qui a la charge de 3 points de services de la région, les soutient aussi dans leurs tâches et dans l'organisation quotidienne. Elle assure parfois quelques suivis de patients.

La communication entre ces professionnels est informelle et organique, cependant la collaboration concernant la prise en charge est peu développée et l'accessibilité à des soins primaires pour la population est limitée. À la fin de l'année 2013, le CSSS était à la recherche de médecins partenaires extérieurs au CLSC, pour les IPSPL en poste, en vue de combler le départ prochain du médecin du CLSC.

- L'intervention "Équipe de consultation infirmière de proximité"

Dans le cadre de la subvention de la Fondation de l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec, une chargée de projet a été attribuée afin de développer le projet et de soutenir les équipes cliniques, avec le soutien d'une conseillère-cadre de la DSI. Au cours de l'été 2014, l'idée du projet a évolué pour devenir, au moins dans une première étape, une offre de soins de 2 jours/semaine pour le suivi des maladies chroniques effectuée par les trois infirmières techniciennes qui partagent leur temps entre l'équipe de consultation infirmière de proximité et le service courant. Suite à une évaluation des tâches infirmières et à leur hiérarchisation, une infirmière auxiliaire a été recrutée provisoirement à raison de 3 jours par semaine pour compléter les heures nécessaires en service courant.

#### L'implantation du suivi des maladies chroniques :

##### *Au CLSC*

Pour développer l'expertise des infirmières techniciennes concernant le suivi des maladies chroniques et l'examen physique, un plan de formation et de soutien a été déployé. Les formations, souvent offertes par des formateurs externes, portaient sur l'application des ordonnances collectives nationales (OCN) pour la prise en charge de maladies chroniques (diabète, HTA, dyslipidémie), sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques, le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes et la surveillance clinique.

À la fin de l'hiver 2015, les 3 OCN (diabète, HTA et dyslipidémie), ont été implantées et des démarches sont en cours auprès du Conseil des Médecins, des Dentistes et des Pharmaciens pour entériner plusieurs ordonnances collectives locales (OCL) visant à implanter un suivi sous forme de sans rendez-vous pour la clientèle connue de l'Équipe de consultation infirmière de proximité.

Concernant le suivi infirmier offert aux patients atteints de maladies chroniques, ce sont des patients déjà suivis par un médecin du CLSC, de la clinique médicale ou d'autres cliniques ayant un accord avec le CLSC. Depuis septembre 2014, 87 patients ayant une maladie chronique ont été sélectionnés pour être suivis conjointement. Pour toutes les questions cliniques ou reliées à un patient, les infirmières peuvent obtenir du soutien de l'IPSPL sénior grâce à des plages horaires dédiées ou du médecin du CLSC. Cependant, ces plages ne sont pratiquement pas utilisées dans ce but. Les questionnements des infirmières techniciennes, pour la majorité n'étant pas urgents, sont transmis par des notes dans les casiers soit de l'IPSPL soit du médecin ou alors oralement à la fin de journée. Les consultations infirmières de proximité ont officiellement commencé le 23 septembre 2014, et au mois de février 2015, une réévaluation a été réalisée afin que les infirmières techniciennes voient plus de patients sur des durées de consultation moins longues: en septembre, les consultations faisaient entre 1h et 1h30. La durée visée de la consultation initiale est de 45min.

Depuis avril 2015, les premières plages horaires de sans rendez-vous, assurées par les infirmières techniciennes, ont été ouvertes pour les patients connus de la cohorte maladie chronique afin de répondre à leurs besoins ponctuels en soins primaires. Ce sans rendez-vous pourrait ensuite être étendu pour les patients inscrits auprès du CLSC et pour tout type de besoins courants. Pour le moment, aucun patient ne s'est présenté au sans rendez-vous.

Il faut aussi noter que les infirmières techniciennes n'ont pas choisi de participer ni à ce projet ni aux formations, et qu'elles étaient, au moins initialement, réticentes à s'engager dans un nouveau projet pour lequel elles n'avaient pas été concertées. Malgré les formations, peu d'entre elles se sentaient outillées concernant l'ajustement de la médication et l'une d'entre elles, trop éloignée de sa zone de confort et de son intérêt, a préféré démissionner.

*Impacts : Après l'analyse du caseload de l'IPSPL, 42 patients suivis pour maladie chronique ont été référés vers les infirmières techniciennes. Ces transferts ont permis de répondre au souhait de l'PSPL d'augmenter le nombre de patient suivi à domicile. Cependant, il a peu développé l'offre de services pour la clientèle pédiatrique qu'il est le seul professionnel du territoire à desservir contrairement à ce qu'il souhaitait. Le suivi des maladies chroniques a aussi permis au médecin du CSLC de réduire son nombre de patients suivis mais dans le but de réduire son activité.*

#### *À la clinique médicale de St-Gabriel*

Un partenariat avec la clinique médicale de St-Gabriel a été développé afin de répondre à la réglementation de la pratique des IPSPL (voir section partenariat) et de développer l'offre de suivi de maladies chroniques. Depuis février 2015 et à raison de 3 jours par semaine, une troisième infirmière technicienne assure le suivi des patients ayant une maladie chronique issus des caseload des 3 médecins de la clinique. En plus de son suivi concernant les maladies chroniques, elle assure le suivi (en consultation ou par téléphone) des patients vus 24 à 48h auparavant par les médecins, offre des soins infirmiers courants, contribue à coordonner les soins pour le patient entre les médecins et les besoins en spécialité ou en tests, et fait des activités d'éducation au patient. En juillet 2015, plus de 73 patients étaient inscrits pour des consultations liées aux maladies chroniques. L'infirmière technicienne bénéficie aussi de contacts qu'elle a établis avec les compagnies pharmaceutiques et les pharmacies du territoire, ce qui lui permet de bénéficier de formation via les conférences-midis mais aussi de matériel lui permettant d'initier rapidement un traitement ou une intervention d'éducation au patient.

Lors des premières semaines, elle consultait les médecins pour du soutien pour chaque patient et ses besoins de consultations sont maintenant plus ponctuels (2-3 fois par semaine). La plupart des échanges avec les médecins se passe par courriel ou téléphone, grâce entre autres au dossier informatique du patient, qui lui permet d'obtenir des prescriptions rapides des médecins (en 5 min). L'infirmière est ainsi en mesure de suivre les patients ayant une maladie chronique pour quasiment tous les rendez-vous. Des plages horaires de sans rendez-vous sont implantées pour la clientèle «identifiée» maladie chronique. Ce service d'évaluation physique est aussi offert ponctuellement pour les autres patients des médecins. Dans ce contexte, l'infirmière procède à l'examen physique, à la prise des signes vitaux et communique ensuite avec le médecin, majoritairement via le dossier patient informatisé, pour obtenir rapidement les prescriptions nécessaires, selon les recommandations qu'elle donne.

*Impacts : Un changement de pratique des médecins de la clinique médicale de St-Gabriel a été observé depuis l'arrivée de l'infirmière, puisque des discussions sur le meilleur plan de traitement, basé sur les ordonnances collectives ont amené les médecins à se mettre à jour. De plus, un meilleur arrimage avec la pharmacie a été développé, ce qui diminue d'environ 5 suivis par jour la charge des médecins. Depuis la fin du mois d'avril 2015, les trois médecins ont pris en charge*

*13 nouveaux patients issus du GACO. L'infirmière en place ici se sentait plus confortable dans sa nouvelle pratique, du fait de sa personnalité et ses expériences passées mais aussi du soutien rapproché avec les médecins, et d'une pratique plus intensive en termes de jours de travail. Les liens avec le CSLC restent très informels et ponctuels.*

### Partenariats extérieurs

Un partenariat a été mis en place avec des médecins de la clinique médicale de St-Gabriel, afin d'assurer la pratique des IPSPL. Les relations entre les médecins et les IPSPL sont informelles. Ces dernières appellent les médecins une ou deux fois par semaine, soit pour des cas très particuliers, soit dans la majorité des cas, pour obtenir une prescription qu'elles ne peuvent pas initier sans un médecin. Les membres de la clinique médicale peuvent facilement référer les patients aux personnels du CLSC. Suite à ces ententes, l'IPSPL junior offre une journée de sans rendez-vous pour les patients de la clinique médicale en plus du suivi des maladies chroniques effectué par l'infirmière technicienne.

Le second type de partenariats concerne le suivi des maladies chroniques au CLSC. Des médecins des cliniques médicales ou de GMF du territoire ont été informés et incités à aiguiller leurs patients présentant des maladies chroniques vers le CLSC pour assurer le suivi des maladies chroniques exclusivement. En juin 2015, un médecin du territoire avait déjà référé une dizaine de patients vers l'équipe du CLSC, cependant il ne souhaite pas suivre de nouveaux patients.

### La gouverne

La gouverne de l'implantation de l'équipe ESPI repose sur trois comités. Le premier comité est le comité de direction qui se réunit mensuellement. Il est composé du Directeur des soins infirmiers et porteur du projet; d'une chargée de projet, dont le poste est soutenu par la subvention de la Fondation de l'OIIQ; de la Directrice de santé publique, programmes multicientèles; d'une coordonnatrice des Services généraux; de la Coordinatrice du développement clinique de la pratique en soins infirmiers et de la Chef du département de médecine générale 1ère ligne et co-directrice médicale.

Le comité de direction a pour double mandat de définir et approuver la portée du projet dans sa globalité ainsi que d'en assurer la reddition de compte. Cependant, on peut observer au fil du temps un mandat de soutien systémique. Le comité de direction est aussi en charge de l'entente avec la clinique médicale de St-Gabriel et de développer l'arrimage avec le reste des services du territoire. Ainsi, les infirmières de pharmacie ont été approchées pour les aviser de l'application des OCN par les infirmières techniciennes et ce d'autant plus qu'elles peuvent référer des patients ayant des maladies chroniques.

Le comité de gestion est composé de la chargée de projet; d'une conseillère en soins infirmiers; de la coordonnatrice en soins infirmiers et d'une coordonnatrice des services généraux. La représentante du secteur formation et soutien clinique peut être invitée si besoin. Ce comité se réunit mensuellement et vise à assurer la coordination terrain des éléments du projet et assurer la mise en œuvre des activités dans les différents milieux cliniques. Les divers sujets traités sont les activités de formation pour le projet sur les maladies chroniques, le plan d'action des journées d'opérationnalisation des travaux, les horaires et l'introduction des nouveaux membres ainsi que toutes problématiques rencontrées faisant frein à la mise en œuvre du projet.



Plus localement, un comité local hebdomadaire, dans une logique de soutien clinique, vise à définir un modèle de prestation de soins infirmiers dans une vision de la pratique infirmière optimale et hiérarchisée avec l'application des ordonnances collectives, le tout en lien avec les besoins populationnels. Il est composé de la coordonnatrice des services généraux, de la chef du département de la médecine générale 1ère ligne et co-directrice médicale, de la Supérieure Assistante Immédiate du CLSC, de la conseillère clinicienne et de la chargée de projet mais ne comporte aucun clinicien.

Bien que leurs mandats étaient initialement prévus jusqu'à la fin de l'automne 2014, les 3 comités ont été prolongés.

## Conclusion

- Rétroaction de l'équipe de recherche

Le projet de recherche ESPI, qui a été brièvement présenté en introduction est un projet de recherche en deux volets séquentiels. Le premier volet, en cours au moment d'écrire ce rapport, s'appuie sur le codéveloppement, en partenariat avec des milieux de soins, de modèles de soins primaires intégrés et fortement interprofessionnels.

Comme nous l'avons mentionné, pour faire partie des sites pilotes analysés dans le cadre du projet de recherche ESPI, le modèle de prise en charge et d'offre de soins des sites pilotes doit avoir quatre caractéristiques. Il doit s'agir d'un modèle de prise en charge public sans frais pour le patient. L'équipe doit être largement interprofessionnelle. Le modèle doit viser une offre de soins primaires accessibles, globaux, continus et de haute qualité technique. Finalement, la continuité des soins doit passer par une forme d'imputabilité de l'équipe envers les patients qu'elle traite.

Le modèle de transformation de l'offre de soins à St-Gabriel-de-Brandon qui a finalement été déployé ne correspond pas aux critères d'inclusion mis de l'avant dans le projet ESPI. Pour cette raison, suite à l'analyse présentée ici nous avons pris la décision de ne pas inclure le site de St-Gabriel-de-Brandon dans les sites pilotes qui seront suivis dans les prochaines étapes du projet ESPI. Nous croyons toutefois que l'analyse des données collectées dans Lanaudière jusqu'à maintenant rend possibles des apprentissages importants tant pour les milieux ESPI que pour l'équipe de recherche et nous en discutons dans les prochains paragraphes.

- Un projet qui évolue

Notre interprétation de l'évolution du projet d'équipe ESPI à St-Gabriel-de-Brandon est qu'il existe un écart important entre la vision initiale du projet et sa mise en œuvre au moment de la collecte de données. Comme nous l'avons mentionné, il y avait au niveau de la direction générale du CSSS une vision claire et ambitieuse de transformer l'offre de service du CLSC St-Gabriel-de-Brandon en une offre de prise en charge de soins primaires intégrés qui reposerait sur une équipe de professionnels travaillant en collaboration. Cette vision initiale est celle qui a aussi été proposée à la Fondation de l'OIIQ.

En revanche, une fois la phase d'implantation en cours, les contraintes opérationnelles avec lesquelles il a fallu composer ont transformé le projet vers une intervention de type programme clientèle. L'idée initiale d'une équipe composée de plusieurs types de professionnels (médecins, IPS, infirmières) qui répond par le biais d'une optimisation des rôles professionnels et de l'étendue

pratique à un large éventail des besoins d'une population diversifiée a progressivement été réduite. Dans le modèle mis en place, il n'y a pas réellement de fonctionnement d'équipe – au sens de professionnels qui sont mutuellement dépendants et collaborent à l'offre de soins. Il n'y a pas non plus mise en place d'une offre de soins qui réponde à un large éventail des besoins d'une clientèle diversifiée. Finalement l'optimisation des rôles professionnels et l'élargissement de l'étendue pratique n'ont pas pris la forme la plus prometteuse.

Deux facteurs nous semblent importants pour expliquer les difficultés dans la transformation de l'offre de soins à St-Gabriel-de-Brandon. Le premier est une déconnexion entre la vision articulée au niveau de la direction générale et la réalité du terrain. Cette déconnexion a des causes multiples et certaines précèdent ce projet spécifique. Toutefois, nous croyons qu'une partie du problème est attribuable à une faiblesse dans les capacités de gouverne intermédiaire. Le second facteur est l'absence d'implication d'un leader clinique capable de soutenir le projet et de le traduire dans une réorganisation des pratiques de soins.

### Capacités de gestion intermédiaire

Notre compréhension est que le projet de transformation de l'offre de soins à St-Gabriel-de-Brandon a son origine au niveau de la direction générale du CSSS. Dans le cas de projets issus du sommet de l'organisation, un des principaux défis est lié à l'opérationnalisation. Comment traduire la vision globale en termes opérationnels concrets et comment arriver à mobiliser les professionnels qui offrent les soins et faire en sorte qu'ils s'approprient le projet? Une partie de ces défis repose sur les capacités et les ressources à la disposition des cadres intermédiaires responsables du dossier. Leur mandat est de traduire la vision initiale en un projet concret et proposer une première ébauche du modèle visé. À quoi ressemble l'objectif, le modèle de soins visé? Quelle sera la place de chacun? En quoi ce modèle est-il désirable? Quelles sont les étapes pour atteindre le modèle?

Une fois cette première ébauche établie, incluant une réponse cohérente à ces questions, les cadres intermédiaires vont devoir porter le projet vers les professionnels et les équipes sur le terrain. Cette seconde phase n'est pas un simple travail de "vente" du projet ou d'implantation selon un cadre hiérarchique, mais est la suite des efforts d'opérationnalisation. L'ébauche initiale va devoir être modifiée pour intégrer les objectifs, les préférences et les préoccupations des équipes sur le terrain. Permettre une appropriation locale du projet implique forcément une évolution par rapport à la vision initiale et un arbitrage entre fidélité au projet initial et adaptation aux contraintes et préférences locales.

On voit ici apparaître la bidirectionnalité du mandat comme composante fondamentale du rôle des cadres intermédiaires. Si la direction peut tenir les cadres intermédiaires imputables de l'implantation du projet, les équipes terrain peuvent tout aussi bien tenir les cadres intermédiaires imputables de faire valoir leurs demandes auprès des différentes directions du CSSS et chercher les ressources, les ajustements et le soutien dont elles ont besoin.

Une des clés du succès pour l'implantation "top-down" d'une innovation clinique est la présence de gestionnaires intermédiaires qui vont avoir à la fois les moyens et les capacités de servir de facilitateurs pour concilier les mandats du sommet hiérarchique et les mandats des équipes cliniques. Cette capacité de gestion intermédiaire est donc bien une caractéristique du système ou de l'organisation et pas uniquement une question de capacités individuelle. Par exemple, dans une organisation où il n'existe pas d'ouverture à un rôle de facilitation bidirectionnelle, même le meilleur individu n'y arrivera pas.

Dans l'analyse que nous avons faite du cas Lanaudière, la vision de la direction a selon nous peu à peu glissé d'une initiative ambitieuse et innovante vers un programme clientèle de CLSC assez

courant. Le mandat du central n'a pas forcément été respecté. De même, le projet n'a pas été porté vers les équipes cliniques, les professionnels ne se le sont pas ou peu approprié et aucun aménagement du projet n'a été apporté en fonction de leur préférence. Le mandat du local n'a pas non plus été respecté.

À titre d'équipe de recherche, nous avons interagi avec les personnes impliquées dans le projet de transformation de l'offre de soins à St-Gabriel-de-Brandon et nous avons à plusieurs reprises fait part de certaines préoccupations sur les dérives du projet, mais nos interventions n'ont pas modifié la dynamique d'implantation. Nous n'avons pas suffisamment de données pour diagnostiquer plus précisément les causes qui expliquent les défaillances observées au niveau de la gestion intermédiaire. Toutefois, nous pensons que le CISSS devrait porter une grande attention à la création d'un environnement favorable et au soutien des capacités de gestions intermédiaire particulièrement dans un contexte de transformation profonde du réseau comme celui que nous vivons.

### Implication de leaders cliniques

Un second élément clé pour réussir à implanter une innovation clinique de grande envergure est la présence de leaders cliniques qui acceptent de jouer le rôle de porteurs du projet. Ce sont ces leaders cliniques qui vont jouer un rôle central dans l'appropriation du projet par l'équipe clinique. Par appropriation nous décrivons, par exemple, l'incorporation au projet des objectifs, des préférences et des valeurs des membres de l'équipe clinique et l'opérationnalisation du projet dans les pratiques de soins, la définition des rôles professionnels et celle des responsabilités.

Pour pouvoir jouer ce rôle au sein d'une équipe clinique il faut posséder à la fois une crédibilité clinique auprès des membres de l'équipe et à la fois avoir une écoute et une connexion avec le reste de l'organisation et du système de soins. Quelles que soient les capacités de gestion intermédiaire, s'il n'existe pas de leaders cliniques intégrés dans l'équipe, il sera probablement impossible d'implanter une innovation clinique de grande envergure. Il faut donc trois éléments premièrement qu'il existe des leaders potentiels sur le terrain, deuxièmement que ceux-ci acceptent d'endosser le rôle et troisièmement que l'arrimage avec les cadres intermédiaires soit harmonieux.

Dans le contexte de St-Gabriel-de-Brandon, nous avons identifié une seule personne ayant la capacité d'endosser le rôle (compétence, crédibilité clinique, respect). Toutefois, cette personne n'a pas exercé son leadership à cet égard. Ici encore nous n'avons pas les données nous permettant de comprendre pourquoi cela a été le cas, mais notre interprétation est qu'il ne s'agit ni d'un problème de capacité ni d'un problème de légitimité clinique.

- Implications pour la pratique

L'analyse présentée ici a des implications évidentes pour d'autres milieux qui voudraient repenser leur modèle de soins primaires. La première est que c'est un objectif ambitieux qui, si les conditions ne sont pas réunies, peut très bien être inaccessible. Les efforts pour implanter des équipes interprofessionnelles de soins primaires intégrés devraient porter sur les milieux prometteurs qui possèdent les caractéristiques nécessaires au succès. Nous soulignerons trois caractéristiques en particulier: les caractéristiques de l'équipe clinique disponible, les capacités de gestion intermédiaire et la présence de leaders cliniques. Tout d'abord, si la composition de l'équipe quant aux effectifs, à leur formation, à leurs capacités ou leur mobilisation est insuffisante, alors les ressources et les énergies disponibles devraient être investies ailleurs. Il ne suffit pas d'identifier des besoins et un modèle de soins qui y réponde, il faut aussi mettre en place les moyens nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Deuxièmement, il s'agit de projets dont l'implantation est par nature extrêmement difficile à gérer. L'organisation doit pouvoir compter

sur des cadres intermédiaires capables et motivés, mais aussi soutenir ces cadres tout au long du processus. Troisièmement si le projet n'émane pas, dès son origine, de leaders cliniques, il faut absolument, dès le tout début, identifier des personnes qui ont la capacité de jouer ce rôle et négocier avec eux les conditions auxquelles ils sont prêts à s'appropriier le projet. Sans un leadership clinique fort, les chances de succès sont faibles.

En somme, l'évolution de la nature de l'offre de service du CLSC St-Gabriel-de-Brandon tend vers une intervention qui ne correspond pas aux objectifs initiaux, qui faisaient d'eux un site pilote pour le projet de recherche ESPI. Suite aux points mentionnés précédemment, l'équipe de recherche se voit donc dans l'obligation de mettre un terme au suivi ESPI du CLSC St-Gabriel-de-Brandon.