Portrait des facteurs organisationnels liés à la qualité dans les services Info-Santé CLSC en 2004

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Québec

Portrait

des facteurs organisationnels liés à la qualité dans les services Info-Santé CLSC en 2004

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Septembre 2005

Coordination du projet, analyse et rédaction

Lise Dunnigan, Direction de l'évaluation Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collecte de données et collaboration à l'analyse

Lucie Lemay, CLSC Métro

Révision linguistique

Virginie Rompré, Italiques

Mise en page

Lise Lapointe, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
ISBN 2-550-46001-4 (version imprimée)
ISBN 2-550-46002-2 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

RÉSUMÉ

Ce document présente les principaux résultats d'une étude portant sur le degré d'implantation des conditions organisationnelles nécessaires pour assurer la qualité de l'exercice infirmier à Info-Santé CLSC, telles que les décrivent les lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Trois grands objectifs étaient poursuivis par l'étude :

1) dresser un portrait de la situation actuelle dans les établissements en ce qui a trait aux facteurs organisationnels associés à la qualité du service;
2) proposer des pistes d'amélioration à inclure dans le projet de réorganisation du service actuellement en élaboration;
3) fournir une base de comparaison pour une évaluation ultérieure de l'effet des changements qui seront apportés à l'organisation du service.

La collecte de données a eu lieu en septembre 2004 auprès des responsables du service Info-Santé dans tous les CLSC où le service est offert, à l'exception des établissements qui s'apprêtaient à transférer leurs activités vers la centrale Info-Santé de leur région. Elle a été effectuée au moyen d'entrevues téléphoniques complétées par un questionnaire écrit.

Les facteurs étudiés avaient trait aux exigences lors de l'embauche ou d'une première affectation à Info-Santé, à la formation initiale des infirmières, au soutien clinique, à l'amélioration continue de la qualité des soins, à l'organisation des tâches, à l'environnement de travail et à la stabilité du personnel.

Critères d'embauche et formation initiale

Les lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) établissent que les infirmières affectées à Info-Santé doivent au préalable avoir exercé pendant au moins trois ans auprès de clientèles diversifiées. Elles doivent aussi avoir reçu une formation d'au moins cinq jours portant sur le volet clinique de l'intervention téléphonique, suivie d'une période probatoire. Les données recueillies montrent que ces conditions ne sont pas respectées dans tous les établissements : 58 % seulement des CLSC exigent au moins trois années d'expérience lors d'une première affectation, et la durée totale de la formation initiale pour le volet clinique varie de deux à onze jours, la moyenne étant de 3,9 jours.

La formation initiale est généralement offerte par les centrales Info-Santé régionales. Elle est perçue comme excellente dans plusieurs régions, mais elle entraîne des coûts élevés pour les établissements, en raison du taux de roulement important parmi les infirmières assignées à ce service. Une analyse sommaire des différents programmes de formation utilisés laisse croire qu'ils présentent d'importantes disparités. On observe un intérêt très largement partagé (86 %) pour un éventuel programme de formation standardisé à l'échelle nationale.

Soutien clinique et amélioration continue

Les mécanismes de soutien clinique et de mise à jour sont présentés dans les lignes directrices comme une condition essentielle à la qualité des soins. Les résultats de

l'étude indiquent que différentes formes de soutien clinique sont offertes dans 96 % des CLSC, mais que ce soutien est parfois peu accessible, voire inexistant, à certaines heures de la journée.

Les lignes directrices suggèrent différents moyens pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers à Info-Santé. Les réponses indiquent que 65 % des CLSC ont recours à au moins trois des types de moyens suggérés. La majorité des CLSC, soit 86 %, offrent de la formation continue particulière à Info-Santé, 73 % ont recours aux discussions de cas, 73 % permettent la participation à des colloques, et 32 % ont recours à l'écoute d'appels à partir d'enregistrements. Le temps accordé à ces activités est en moyenne de 5,6 jours par année par infirmière. Une minorité d'établissements n'accordent aucun temps spécial (0 jour/année) à la formation continue ou à tout autre type d'activité d'amélioration de la compétence liée à Info-Santé.

Le suivi des plaintes d'usagers montre que seulement 70 plaintes formelles ont été enregistrées en 2003-2004, sur un total de 2,3 millions d'appels traités par les établissements répondants. Ces plaintes portent surtout sur l'accessibilité du service et sur l'intervention de l'infirmière.

Fonctions, outils et environnement de travail

Les lignes directrices mentionnent que l'exercice d'autres fonctions durant les périodes où une infirmière répond à Info-Santé doit être évité, dans la mesure où cela peut causer une interférence nuisible à l'intervention téléphonique. L'étude montre que l'infirmière doit effectuer d'autres tâches en même temps que la réponse à Info-Santé dans 40 % des CLSC interrogés.

Dans l'ensemble des établissements répondants, toutes les infirmières ont accès à un poste de travail muni d'une version à jour des protocoles informatisés. L'environnement de travail est jugé « tout à fait adéquat » dans 65 % des établissements.

Stabilité du personnel infirmier

Les lignes directrices soulignent également l'importance de la stabilité des ressources infirmières pour favoriser la continuité et la qualité des soins offerts à Info-Santé. Cet aspect s'avère présentement fort problématique. D'une part, on observe dans les services Info-Santé un taux de roulement relativement élevé, soit 12 % au cours d'une période de cinq mois (alors que le taux annuel parmi les infirmières bachelières en CLSC est de 9,6 % sur douze mois). D'autre part, parmi le personnel d'Info-Santé occupant un poste régulier ou occasionnel, le tiers des infirmières environ traitent moins de 225 appels par année, ce qui est peu favorable au maintien de leurs habiletés.

En 2003-2004, environ la moitié des infirmières affectées à ce service avaient un statut occasionnel ou étaient sans lien d'emploi avec l'établissement. Certaines régions doivent recourir de façon importante aux infirmières d'agences : ce pourcentage atteint 32 % dans la région de Montréal.

Conclusion et pistes d'amélioration

Le constat d'ensemble découlant de l'étude est que, malgré la préoccupation manifeste des responsables d'Info-Santé à l'égard de la qualité du service, les conditions préconisées dans les lignes directrices de l'OIIQ ne sont pas uniformément satisfaites dans tous les établissements. Puisque la qualité du service a une incidence

déterminante sur son efficacité, il y a donc lieu de s'assurer plus rigoureusement de la mise en place de ces conditions.

Le rapport propose quelques pistes d'amélioration et définit sept mesures structurantes qui sont susceptibles d'améliorer les conditions organisationnelles dans lesquelles le service est offert. Ces mesures comprennent entre autres la mise sur pied d'un comité national voué aux aspects cliniques de la qualité du service ainsi que l'élaboration d'un programme-cadre pour la formation initiale.

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier chaleureusement les deux personnes-ressources qui ont formé le comité conseil de l'étude et qui les ont accompagnées tout au long du projet : madame Lise Bertrand, inf., B. Sc., chef d'administration du programme régional Info-Santé au CLSC du Marigot et membre du Forum scientifique et professionnel sur la consultation téléphonique infirmière, qui a contribué à plusieurs titres au développement de la qualité du service à l'échelle nationale et régionale, ainsi que madame Judith Leprohon, inf., Ph.D., directrice scientifique à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et membre du Comité d'orientation et de suivi d'Info-Santé/Info-Social, qui s'est impliquée de façon soutenue dans les activités nationales d'évaluation d'Info-Santé CLSC. Ces deux conseillères, qui travaillent au développement et au soutien de la pratique infirmière à Info-Santé depuis les toutes premières années d'existence du service, ont participé à la réalisation de ce projet en y apportant leur expertise unique à toutes les étapes, du choix des thèmes à couvrir jusqu'à l'analyse des résultats et à l'élaboration des conclusions.

Nous remercions aussi la direction du CLSC Métro, qui a accepté que madame Lucie Lemay, inf., B. Sc., soit dégagée de ses fonctions pour collaborer au projet. Madame Lemay a travaillé à Info-Santé dans différents postes de 1987 à 2002. Elle a notamment occupé les fonctions de formatrice et d'assistante infirmière-chef. Le CLSC Métro nous a également permis d'utiliser ses installations pendant la période de collecte de données et nous a offert la collaboration de monsieur Boris Gueissaz-Teufel pour la création de la base de données dans laquelle les résultats ont pu être compilés.

Nous exprimons enfin toute notre reconnaissance aux responsables des services Info-Santé des 79 CLSC qui ont participé à l'étude en se prêtant aux entrevues téléphoniques et en nous fournissant les données administratives et les divers documents qui leur ont été demandés. Leur généreuse collaboration et leur intérêt manifeste pour les questions se rapportant à la qualité du service ont renforcé notre conviction qu'il s'agit d'une dimension majeure du développement d'Info-Santé, qui a été jusqu'ici insuffisamment documentée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

MÉTHODOLOGIE 13

ÉTABLISSEMENTS CIBLÉS 13
CHOIX DES THÈMES 13

CHAPITRE 1 CONDITIONS ENTOURANT L'EMBAUCHE ET LA FORMATION INITIALE 17

1.1 CRITÈRES D'EMBAUCHE 17
1.2 FORMATION INITIALE 18

CHAPITRE 2 CONDITIONS ENTOURANT LES INTERVENTIONS 21

2.1 SOUTIEN CLINIQUE LORS DES APPELS 21
2.2 ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS 22
2.2.1 Maintien et développement des compétences 22
2.2.2 Évaluation des résultats 23
2.2.3 Programmes d'amélioration continue de la qualité du service 24
2.3 SUIVI DES PLAINTES 25
2.4 TÂCHE UNIQUE *VS* TÂCHES MULTIPLES 26
2.5 RÉGULARITÉ DE L'ASSIGNATION À INFO-SANTÉ 27
2.6 OUTILS ET ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL 27

CHAPITRE 3 POINTS DE VUE SUR LES MOYENS À PRIVILÉGIER POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 29

3.1 PREMIÈRES MESURES SOUHAITÉES POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 29
3.2 LA QUALITÉ DANS LE CONTEXTE DU SERVICE INFO-SANTÉ LOCAL 30
3.3 LA QUALITÉ DANS LE CONTEXTE DU SERVICE INFO-SANTÉ RÉGIONAL 30
3.4 COMMENTAIRES GÉNÉRAUX DES RÉPONDANTES 32

CHAPITRE 4 RECRUTEMENT ET RÉTENTION DU PERSONNEL 33

4.1 LES HEURES TRAVAILLÉES À INFO-SANTÉ EN 2003-2004 33
4.2 LE NOMBRE D'INFIRMIÈRES ASSIGNÉES À INFO-SANTÉ EN 2003-2004 34
4.3 LE TAUX DE ROULEMENT OBSERVÉ 34
4.4 LES FACTEURS D'ATTRACTION À INFO-SANTÉ 36
4.5 LES FACTEURS NÉGATIFS 36
4.6 LES MOYENS ENVISAGÉS POUR AMÉLIORER LE RECRUTEMENT ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL 37

CHAPITRE 5 CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS POUR DES CONDITIONS FAVORABLES À LA QUALITÉ DU SERVICE 39

ANNEXE A QUESTIONNAIRE VERSION LONGUE 43

ANNEXE B QUESTIONNAIRE VERSION COURTE 53

ANNEXE C CONTENU CLINIQUE DEVANT ÊTRE COUVERT DURANT LA FORMATION LORS DE L'EMBAUCHE OU D'UNE PREMIÈRE AFFECTATION À INFO-SANTÉ 59

ANNEXE D LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS CONCERNANT LES PROGRAMMES DE FORMATION INITIALE À INFO-SANTÉ 63

ANNEXE E LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS CONCERNANT LES PROGRAMMES ET OUTILS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 73

ANNEXE F RÉPARTITION DES INFIRMIÈRES ASSIGNÉES AU SERVICE INFO-SANTÉ SELON LE NOMBRE D'APPELS TRAITÉS EN 2003-2004 83

ANNEXE G EFFECTIFS INFIRMIERS ET TAUX DE ROULEMENT OBSERVÉ 87

ANNEXE H LISTE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC 93

INTRODUCTION

La qualité des interventions effectuées par les infirmières d'Info-Santé constitue un déterminant majeur de l'efficacité et de l'efficience de ce service. Le cadre de référence ministériel[1] adopté en 1994 pour encadrer sa mise en place dans l'ensemble du Québec en faisait une des conditions essentielles de son succès.

En 1998, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) publiait des lignes directrices[2] où étaient définies pour la première fois de façon précise les conditions nécessaires pour assurer la qualité de l'exercice dans ce domaine de pratique. Un autre document produit en 2001 par un groupe de travail clinique mis en place par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ)[3], était diffusé auprès des CLSC afin de les soutenir dans la mise en place des conditions essentielles pour maintenir et améliorer la qualité des interventions à Info-Santé. Cependant, aucun bilan n'a encore été effectué à l'échelle du Québec pour vérifier le degré d'implantation de ces conditions dans les établissements qui offrent le service.

La présente étude a été planifiée afin de combler cette lacune, dans le contexte des travaux ministériels entrepris au printemps 2004 sur le rôle et l'organisation d'Info-Santé. Elle poursuit trois grands objectifs :

1) dresser un portrait de la situation actuelle dans les établissements en ce qui a trait aux facteurs organisationnels associés à la qualité du service;
2) proposer des pistes d'amélioration à intégrer aux propositions de réorganisation du service;
3) offrir une base de comparaison pour évaluer l'effet des changements qui seront mis en œuvre prochainement.

Au cours de l'automne 2004, les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés au Groupe de travail ministériel pour la révision du rôle et de l'organisation d'Info-Santé ainsi qu'au Comité national d'orientation et de suivi d'Info-Santé/Info-Social et au congrès annuel de l'Association des infirmières en Info-Santé.

Dans le but d'alléger le texte, le féminin sera utilisé pour désigner le personnel infirmier ainsi que les responsables des services Info-Santé.

---

1. *Accessibilité continue 24/7 – Service téléphonique*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 35 pages.
2. *L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998, 22 pages.
3. *Guide pour assurer la qualité des soins infirmiers au service Info-Santé CLSC*, Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, novembre 2001, 38 pages. L'ACCQ est aujourd'hui fusionnée à l'Association des hôpitaux du Québec, sous le nom de l'Association d'établissements de santé et de services sociaux du Québec.

MÉTHODOLOGIE

Établissements ciblés

Parmi les 98 CLSC qui offraient le service Info-Santé au printemps 2004, 83 établissements furent retenus pour la collecte de données. Les établissements non retenus sont les CLSC offrant le service à l'échelle locale[4] dans deux régions sociosanitaires qui avaient annoncé leur décision de centraliser tout le service Info-Santé de leur territoire à l'échelle régionale au cours de l'année 2004-2005[5].

Durant l'étape de collecte, quatre autres CLSC de la région des Laurentides furent également exclus *a posteriori*, ayant procédé eux aussi entre-temps au transfert de leur service Info-Santé vers la centrale régionale.

Les demandes d'entrevue ont été adressées aux chefs de programme désignés comme responsables d'Info-Santé, d'après une liste obtenue auprès de la SOGIQUE[6].

Choix des thèmes

Les thèmes à documenter ont été choisis en collaboration avec le comité conseil de l'étude, formé de deux personnes reconnues pour leur expertise professionnelle en matière de soins infirmiers téléphoniques, en prenant comme point de départ les lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec[7] et le guide publié par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec[8].

---

4. Le service Info-Santé en mode local est le service assuré par un CLSC durant ses heures normales d'ouverture auprès de la population de son propre territoire. La réponse centralisée, ou régionale, est le service offert par un CLSC désigné pour couvrir l'ensemble d'une région aux heures où le service n'est pas assuré localement. Dans certaines régions, le service Info-Santé est assuré en tout temps par la centrale régionale.
5. Il s'agit du Saguenay–Lac-Saint-Jean, où cinq CLSC ont été exclus, et de la Mauricie–Centre-du-Québec, où dix CLSC ont été exclus. Seuls les CLSC exploitant la centrale Info-Santé de ces deux régions ont été retenus.
6. La SOGIQUE (Société de gestion informatique) est une société mise sur pied pour assurer le bon fonctionnement des infrastructures technologiques du réseau sociosanitaire et pour soutenir le développement des actifs informationnels communs. Elle est entre autres chargée d'assurer l'évolution du logiciel Info-Santé et d'offrir le soutien technique aux établissements qui l'utilisent.
7. *Op. cit*.
8. *Op. cit*.

Principaux thèmes retenus

1. Exigences à l'embauche ou lors d'une première affectation à Info-Santé
2. Formation spécifique offerte aux infirmières
3. Nature et intensité des activités de mise à jour, de soutien clinique et de formation continue
4. Mécanismes de maintien et d'amélioration de la qualité
5. Relances auprès de la clientèle
6. Suivi des plaintes
7. Heures consacrées à Info-Santé durant les quarts de travail et tâches concomitantes confiées à l'infirmière
8. Outils et environnement de travail
9. Points de vue des responsables du service sur l'amélioration de la qualité
10. Points de vue des responsables du service sur les avantages et inconvénients associés au mode de service (local/régional) sur le plan de la qualité
11. Ressources humaines (effectifs selon le statut d'emploi, heures travaillées, etc.)
12. Stabilité du personnel infirmier (taux de roulement)
13. Régularité des affectations au service téléphonique Info-Santé

Outils de collecte

La stratégie retenue pour la collecte de données comportait un questionnaire en deux parties : la première partie était administrée sous forme d'entrevue téléphonique, la seconde partie devait être remplie par écrit. Les répondantes recevaient aussi une liste de documents à transmettre concernant les ressources humaines, les programmes de formation ainsi que les outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité utilisés dans l'établissement.

Des entrevues de quarante à soixante minutes ont été menées auprès des responsables de chacune des dix-huit centrales régionales et d'un échantillon de treize CLSC offrant le service Info-Santé en mode local. Ces entrevues comportaient des questions de nature descriptive et quelques questions plus qualitatives faisant appel au point de vue des répondantes. Une version plus courte (vingt à trente minutes)

comportant surtout des questions de nature descriptive a été utilisée pour tous les autres CLSC[9]. Les deux versions du questionnaire furent prétestées auprès de deux centrales et de quatre services locaux.

En plus de se soumettre aux entrevues téléphoniques, les personnes interrogées devaient remplir un questionnaire écrit portant sur les ressources humaines affectées à Info-Santé. Elles devaient aussi fournir différents documents :

- un rapport sur le nombre d'appels traités par chacune des infirmières au cours de 2003-2004;
- les documents relatifs au programme de formation initiale à Info-Santé;
- les documents et outils de travail relatifs à l'amélioration continue de la qualité à Info-Santé.

Déroulement de la collecte et taux de réponse

Les répondantes furent d'abord informées de la tenue de l'étude par un courrier électronique provenant de la direction responsable du projet au Ministère. Le questionnaire d'entrevue leur fut envoyé par la suite, quelques jours avant la date fixée pour l'entrevue. Les répondantes ont été assurées que les points de vue exprimés lors de l'entrevue seraient traités confidentiellement et que les résultats seraient analysés globalement pour offrir un portrait d'ensemble de la situation.

Les entrevues téléphoniques ont eu lieu entre le 9 et le 29 septembre 2004. Sur un total de 80 personnes contactées[10], 79 se sont prêtées à l'entrevue téléphonique[11], et 64 ont répondu aux deux volets du questionnaire, soit l'entrevue et le questionnaire écrit. Le taux de réponse obtenu est donc de 99 % pour les entrevues téléphoniques et de 80 % pour l'ensemble du questionnaire. Dans certains cas, les entrevues ont été menées non pas avec les chefs de programme mais avec les assistantes au supérieur immédiat (ASI) ou les coordonnatrices, soit parce que ces personnes étaient plus disponibles, soit parce qu'elles étaient davantage en mesure de fournir l'information demandée.

9. Les deux versions du questionnaire figurent aux annexes A et B.
10. Bien que 79 établissements aient été retenus comme admissibles dans le cadre de l'étude, le nombre de personnes contactées a été de 80. Cela résulte du fait que deux responsables rattachées à un même établissement ont participé à l'étude, soit la responsable du service Info-Santé local et la responsable de la centrale Info-Santé. Cette situation résulte des choix faits par l'équipe lors des prétests du questionnaire.
11. L'entrevue a eu lieu par téléphone dans la majorité des cas, mais, en raison de contraintes diverses, quelques personnes ont préféré transmettre leurs réponses par écrit plutôt que verbalement.

CHAPITRE 1
CONDITIONS ENTOURANT L'EMBAUCHE ET LA FORMATION INITIALE

Ce premier chapitre rapporte les données recueillies aux questions 1 à 10, lesquelles portaient sur les critères utilisés lors de l'embauche ou d'une première affectation à Info-Santé et sur la formation initiale offerte aux infirmières lors de leur entrée en fonction.

1.1 Critères d'embauche (Q 1, 2 et 3)[12]

Dans les lignes directrices de l'OIIQ, une section est consacrée au profil de compétence exigé pour l'exercice infirmier à Info-Santé. On y trouve entre autres choses un critère portant sur l'expérience antérieure de l'infirmière :

« Une expérience d'au moins trois ans de pratique auprès de clientèles différentes doit être exigée. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 12)

Selon les réponses obtenues, 34 CLSC (43 %), incluant 5 centrales, exigent moins de 3 années d'expérience pour une première assignation à Info-Santé. La moyenne pour l'ensemble des établissements est de 2,8 années.

Seulement 68 % des CLSC exigent que les infirmières aient acquis une expérience auprès de clientèles différentes. Les principaux domaines dans lesquels une expérience particulière est parfois exigée sont les soins en situation critique[13] (42 %), la chirurgie (34 %), la médecine (25 %) et la santé maternelle et infantile (25 %).

D'autres exigences ont été mentionnées :

- la moitié (51 %) des établissements exigent que les infirmières soient bilingues ;
- la moitié (51 %) spécifient également le niveau de formation exigé (ex. : baccalauréat, un ou deux certificats complétés, ou deux certificats avec intention de compléter le troisième);
- quelques-uns (6 %) mentionnent des éléments de compétence évalués en entrevue ou par mises en situation (ex. : jugement clinique, capacité d'écoute, maturité, habiletés de communication, connaissances multiculturelles, etc.);
- quelques-uns (5 %) exigent une expérience préalable à l'intérieur du CLSC (ex. : une année aux services courants).

On constate que certains CLSC ont de la difficulté à exiger le nombre d'années et la diversité d'expérience nécessaires selon les lignes directrices. Considérant ce résultat, il y a lieu d'insister sur l'importance de respecter en tout temps ces critères d'embauche et d'affectation, qui constituent des exigences minimales.

12. Les numéros accolés aux sous-titres des chapitres suivants réfèrent aux numéros des questions d'entrevue, dont le texte complet est présenté aux annexes A et B.
13. On parle ici de soins en salle d'urgence ou de soins intensifs.

Q 1	**Nombre minimum d'années de pratique exigé** Moyenne : 2,8 années
Aucune expérience	1 CLSC – service local
1 année	4 CLSC, dont 1 centrale
2 années	29 CLSC, dont 4 centrales
3 années	18 CLSC, dont 10 centrales
4 années	3 CLSC, dont 1 centrale
5 années	7 CLSC, dont 2 centrales
10 années	1 CLSC – service local

Q 2	**Y a-t-il une exigence d'avoir de l'expérience dans une variété de domaines cliniques?**	oui = 68 % 54 CLSC

Lesquels ?

DOMAINES	Soins critiques (urgence, situations de crise)	Chirurgie	Santé maternelle et infantile	Santé mentale	Autres domaines*
%	42 %	34 %	25 %	8 %	56 %
N^{bre} de CLSC	33	27	20	6	44

* Parmi les autres domaines mentionnés, on trouve la médecine (25 % des CLSC), les soins intensifs, la pédiatrie, les services courants, le soutien à domicile.

Q 3	Autres critères d'embauche (ex. bilinguisme, etc.)?	
	bilinguisme	autres
%	51 %	56 %
N^{bre} de CLSC	40	44

1.2 Formation initiale (Q 5, 6, 7, 8, 9 et 10)

Les lignes directrices consacrent une section spéciale à la formation à donner aux infirmières lors de l'embauche ou d'une première affectation à Info-Santé. On y trouve les conditions suivantes, suivies d'une liste de sujets[14] devant être couverts dans le programme de formation :

« La formation relative au volet clinique, à l'exclusion du volet informatique, doit durer au moins cinq jours, afin de permettre à l'infirmière d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour assumer efficacement la fonction de consultation téléphonique à Info-Santé. Le programme de formation doit comprendre une période de

14. Voir à l'annexe C les grandes lignes du contenu clinique que doit couvrir la formation initiale.

supervision clinique et des mécanismes d'évaluation pendant la période de probation. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 13)

Selon les réponses recueillies, la durée de la formation initiale pour le volet clinique est de moins de cinq jours dans 59 % des CLSC. La durée moyenne est de 3,9 jours pour le volet clinique et de 2,7 jours pour le volet informatique. La durée de la formation complète varie entre deux et onze jours au total.

Il faut noter cependant que la formation clinique se prolonge parfois à l'intérieur des journées de formation consacrées au volet informatique. Ces deux aspects de la formation ont effectivement avantage à être intégrés, mais la durée totale de formation ne doit pas pour autant être diminuée.

La grande majorité des CLSC (91 %) indiquent que la formation est donnée par des formatrices rattachées à la centrale, mais 27 % ajoutent que d'autres formatrices sont aussi impliquées. Ce sont les infirmières des CLSC qui doivent généralement se déplacer à la centrale pour la durée de la formation. Une période de supervision de durée variable est offerte par la suite, parfois à la centrale, mais le plus souvent au CLSC où travaillera l'infirmière.

Nous n'avons pas recueilli d'information particulière sur les mécanismes d'évaluation mis en place durant la période probatoire qui suit la formation initiale, bien que cet élément fasse partie intégrante d'un programme adéquat de formation. Un programme de « refamiliarisation » est offert à certains endroits aux infirmières déjà formées mais qui n'ont pas travaillé à Info-Santé depuis plus de douze mois.

Faisant suite à notre demande, 29 CLSC nous ont fait parvenir un total de 42 documents relatifs au programme de formation en usage pour leurs infirmières; ces documents sont présentés à l'annexe D. Certains de ces programmes comportent des similitudes, puisqu'ils sont dérivés du programme de formation utilisé en 1995 lors de l'implantation des services Info-Santé à l'échelle du Québec et de la diffusion des protocoles infirmiers. Ce programme était basé sur ceux initialement conçus par les centrales Info-Santé de Montréal et de Québec.

Interrogées sur leur intérêt pour l'utilisation éventuelle d'un programme-cadre standardisé à l'échelle nationale, les répondantes s'y sont déclarées favorables en majorité (86 %). Beaucoup soulignent qu'un tel programme permettrait d'assurer un niveau adéquat de formation dans tous les établissements, une plus grande uniformité du service, une même philosophie d'intervention, un même langage. Les réponses négatives sont motivées par deux types de raisons : certaines n'en voient pas l'intérêt, car elles sont satisfaites de la formation actuellement donnée, d'autres craignent qu'une formation uniforme à l'échelle nationale ne puisse pas être adaptée aux particularités régionales ou aux besoins particuliers de chaque infirmière.

Plusieurs soulignent la qualité de la formation donnée par leur centrale. Quelques-unes font cependant remarquer que les coûts qu'entraînent les journées de formation et le déplacement des infirmières amputent significativement les budgets disponibles pour le CLSC. La fréquence insuffisante des sessions de formation semble aussi causer

problème. On doit souligner que plus de 250 infirmières[15] ont été formées au cours de l'année 2003-2004. D'après les données fournies, cet investissement représenterait environ 1 800 jours-infirmières.

Q 5	**Durée de la formation spécifique à Info-santé lors de l'embauche ou d'une première affectation**	
Durée	Volet clinique (N^{bre} de CLSC)	Volet informatique (N^{bre} de CLSC)
1 j	3	10
2 j	11	25
3 j	22	25
4 j	11	5
5 j	14	8
6 j	4	0
7 j	5	0
8 j	1	0
9 j	1	0

Ces résultats suggèrent qu'il existe des disparités importantes dans l'étendue de la formation offerte aux infirmières d'Info-Santé, et que la durée de cette formation est dans certains cas insuffisante. Un programme-cadre de formation contribuerait à assurer une formation uniforme et de qualité pour toutes les infirmières et serait bien accueilli par la majorité des établissements.

Outre la formation initiale de base, une évaluation des besoins de formation aurait avantage à être effectuée auprès de chaque infirmière dès l'étape du recrutement, pour déterminer les éléments de formation complémentaire à prévoir au regard de certaines clientèles ou d'un domaine en particulier (ex. : psychiatrie, pédiatrie, etc.).

15. Le total obtenu d'après nos compilations s'élève à 280 infirmières. Cependant, ce nombre est légèrement surestimé en raison du fait que la centrale de la Montérégie a fourni le nombre total d'infirmières qui ont été formées dans ses installations, soit 52, en y incluant celles provenant des autres CLSC de la région. Les 11 autres CLSC de la région ont rapporté au total 29 infirmières formées en 2003-2004. Selon les indications recueillies, la plupart de ces dernières ont été formées à la centrale de la Montérégie et auraient été comptées deux fois. Le nombre réel pour l'ensemble des CLSC répondants pourrait donc se situer entre 251 et 260 infirmières.

CHAPITRE 2
CONDITIONS ENTOURANT LES INTERVENTIONS

Ce chapitre présente les réponses recueillies aux questions 11 à 31, qui portaient sur les facteurs organisationnels destinés à assurer la qualité des interventions après l'entrée en fonction des infirmières. Il y sera question du soutien clinique, des activités de formation continue, de l'amélioration de la qualité, de l'évaluation des résultats, du suivi des plaintes, de l'organisation des tâches, de la régularité des assignations à Info-Santé ainsi que des outils et de l'environnement de travail.

2.1 Soutien clinique lors des appels (Q 11)

Une section des lignes directrices est consacrée au soutien clinique et à la mise à jour. On y trouve l'énoncé suivant :

« L'instauration de moyens, ou mécanismes, de soutien clinique et de mise à jour est essentielle. Ceux-ci doivent être accessibles à l'ensemble des infirmières d'Info-Santé, quel que soit leur statut d'emploi. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 19.)

Presque tous les CLSC (96 %) déclarent que les infirmières disposent de soutien clinique sous une forme ou une autre pendant qu'elles traitent des appels. Ce soutien peut provenir de différentes sources[16] :

- dans la moitié des CLSC (49 %), le soutien clinique est obtenu auprès d'autres infirmières de l'équipe;
- il est parfois obtenu auprès des infirmières des services courants ou d'autres programmes (32 %) ou encore des ASI (30 %);
- un peu moins souvent il est assuré par les coordonnatrices ou les chefs de programme (15 %) et à l'occasion par d'autres ressources de l'établissement : médecin à l'urgence, ressource en santé publique, nutritionniste, psychologue, etc.;
- dans quatre cas, le seul soutien clinique accessible est constitué des protocoles et de la documentation.

Notons que, dans trois cas, le soutien clinique n'est pas offert la nuit.

À la lumière de ces résultats, on doit redire l'importance de s'assurer que des infirmières chevronnées, spécialement formées et désignées pour assurer le soutien clinique, sont disponibles en tout temps y compris la nuit, (soit sur place ou, à défaut, par communication à distance), dans chaque établissement où sont traités des appels Info-Santé. Cet élément est essentiel au maintien de la qualité du service. Cette fonction pourrait être assumée par des infirmières ayant le statut de monitrices cliniques.

16. Plus d'une source de soutien peut avoir été mentionnée par le même répondant.

2.2 Activités d'amélioration continue de la qualité des soins (Q 12, 13, 14, 15 et 23)

Les lignes directrices proposent différents moyens susceptibles de concourir à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers à Info-Santé, tant en ce qui a trait au maintien et à l'amélioration de la compétence qu'en ce qui a trait à l'évaluation de la qualité.

2.2.1 Maintien et développement des compétences

Parmi les moyens proposés, on trouve l'écoute d'appels à partir d'enregistrements dans une optique de rétroaction, les discussions et les simulations de cas, les réunions cliniques, l'utilisation de l'autoroute électronique, les activités de formation en cours d'emploi, la publication de communiqués, de bulletins, etc. (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, pages 19 et 21). Les relances auprès de la clientèle peuvent également être utilisées à des fins d'amélioration de la compétence lorsqu'on communique à l'infirmière les résultats de ses interventions.

Les répondantes ont été invitées à décrire les activités visant à l'amélioration continue de la compétence auxquelles les infirmières participent dans leur établissement (Q 12). Quatre types d'activités étaient énumérés à titre d'exemples. On voit ici le nombre de CLSC où ces activités sont pratiquées.

Formation en cours d'emploi	68 CLSC (86 %)
Discussions de cas entre pairs	58 CLSC (73 %)
Participation à des colloques	58 CLSC (73 %)
Écoute d'appels	25 CLSC (32 %)

Un total de 22 CLSC (28 %) pratiquent tous ces types d'activités et parfois plus, et 29 autres (37 %) en pratiquent trois sur quatre. Le temps moyen consacré annuellement à ces activités est de 5,6 jours par infirmière. La formation continue compte en moyenne pour trois jours par année, et les autres types d'activités, pour 2,6 jours.

Par contre, un certain nombre d'établissements ne consacrent aucun temps particulier à des activités d'amélioration de la compétence liées à Info-Santé :

- dix-sept CLSC n'accordent aucun temps de formation (n^{bre} de jours/inf. = 0), incluant une centrale;
- vingt-trois CLSC n'accordent aucun temps pour d'autres activités (n^{bre} jours/inf. = 0), dont trois centrales;
- quatorze CLSC n'accordent aucun temps pour l'un ou l'autre type d'activité.

Ajoutons que, dans certains établissements (15 %), ces activités ont lieu mais ne sont pas accessibles à toutes les infirmières (ex. : temps partiel occasionnel).

L'écoute d'appels est l'activité la moins fréquemment rapportée, bien qu'elle constitue l'un des outils les plus efficaces de formation, d'évaluation et d'amélioration de la qualité du service. L'évaluation des compétences de l'infirmière est également peu fréquente : 23 % des CLSC y procèdent moins d'une fois par année, et 35 % n'en font jamais.

Formation (N^{bre} de jours/inf. par année)	N^{bre} de CLSC	Autres activités (N^{bre} de jours/inf. par année)	N^{bre} de CLSC
0 j	14	0 j	22
0,25 j	1	0,25 j	0
1 à 1,5 j	9	1 j	14
2 à 2,5 j	20	2 j	17
3 à 3,5 j	8	3 j	4
4 j	6	4 j	4
5 j	9	5 j	8
6 j	2	6 j	3
7 j	2	7 j	1
8 j	2	8 j	2
9 j	1	9 j	3
10 j	3	15 j	1
12,5 j	1	-	-
inconnu	1	-	-
TOTAL	79		79

Parmi les moyens utilisés pour l'amélioration des compétences, il serait nécessaire d'accorder une plus grande place aux échanges cliniques entre pairs et à l'écoute d'appels à partir d'enregistrements. L'écoute d'appels, en particulier, s'avère un outil incomparable de formation, d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Les bénéfices de cette pratique compensent largement le temps qui doit y être investi.

2.2.2 Évaluation des résultats (Q 18 à 23)

Au chapitre portant sur l'évaluation de la qualité des soins, les lignes directrices traitent de différentes approches possibles, incluant l'évaluation des résultats auprès de la clientèle.

« Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins, il est nécessaire de procéder régulièrement à des activités d'évaluation de la qualité à Info-Santé […]. L'évaluation de la qualité des soins doit comprendre, notamment, la vérification par les infirmières des résultats de leurs interventions chez la clientèle. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 20.)

Le document indique que les principaux résultats des soins peuvent être vérifiés grâce à une relance auprès d'un certain nombre de clients : *« Une vérification régulière de ces*

résultats auprès d'une proportion déterminée de clients fournit des renseignements utiles dans une perspective d'amélioration continue. » (page 21).

La plupart des CLSC (81 %) ne font pas de relances auprès de leur clientèle; six centrales sont de ce nombre. Parmi ceux qui déclarent y avoir recours (13), on observe que :

- la fréquence des relances varie entre une fois par mois et une fois tous les quatre ans ou « au besoin »;
- les relances sont faites soit par l'infirmière qui a traité l'appel, soit par la responsable du service ou par d'autres personnes, en proportion égale;
- neuf CLSC disposent d'un outil spécialement conçu pour effectuer cette activité[17];
- trois centrales ont procédé à des relances au cours de 2003-2004, au cours desquelles un total de 250 usagers ont été interrogés.

L'évaluation de la qualité est parfois effectuée au moyen d'une évaluation des fiches d'appel (13), de l'écoute d'appels (10), des attentes signifiées avec objectifs individuels, etc.

Quant aux autres formes d'évaluation des résultats, elles se limitent bien souvent aux indicateurs produits à l'intention du Ministère pour le suivi de la performance du service (délais d'attente, durée des appels, etc.). Certaines répondantes ont fait remarquer que les objectifs d'accessibilité (ex. : moins de quatre minutes d'attente), pour lesquels on assure un suivi national, semblent parfois avoir préséance sur les objectifs de qualité. Ils créent également une pression chez certaines infirmières, en particulier chez celles qui débutent à Info-Santé.

2.2.3 Programmes d'amélioration continue de la qualité du service (Q 16 et 17)

Environ la moitié des établissements (52 %) participent au programme d'agrément du Conseil québécois d'agrément, et quelques-uns, à celui du Conseil canadien d'agrément. Mais la majorité (71 %, incluant dix centrales) n'ont pas de programme d'amélioration continue de la qualité particulier à Info-Santé ni d'éléments portant sur Info-Santé à l'intérieur d'un programme plus large.

Une vingtaine d'établissements nous ont fourni différents documents décrivant des programmes, des plans d'action ou des mécanismes mis en place en vue de l'amélioration de la qualité à Info-Santé (15 documents) ainsi que des outils conçus à cette fin (24 documents). Ces outils incluent des fiches d'évaluation des appels, des questionnaires pour effectuer des relances auprès de la clientèle, etc. La liste complète de ces documents est présentée à l'annexe E.

17. Voir en annexe E la liste de ces outils et des exemples de grilles d'évaluation pour l'écoute d'appels et pour les fiches d'appel.

Les résultats rapportés dans cette section suggèrent que les activités d'amélioration de la qualité devraient être davantage développées dans plusieurs établissements. Les outils et programmes conçus à cet égard auraient avantage à être partagés et mis à profit dans le cadre d'un programme commun.

2.3 Suivi des plaintes (Q 24, 25 et 26)

Un autre élément important de l'évaluation de la qualité concerne le suivi des plaintes. À ce sujet, les lignes directrices contiennent l'énoncé suivant :

« Toute plainte concernant le traitement d'un appel doit être étudiée et analysée, en vue d'apporter les améliorations ou les correctifs appropriés. L'infirmière concernée devrait participer à cette démarche, et un soutien ainsi qu'un suivi devraient être prévus selon le cas. En outre, une analyse globale des plaintes relatives à l'exercice infirmier à Info-Santé doit être effectuée au moins une fois par année, afin de déterminer les aspects qui requièrent des améliorations. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 20.)

La grande majorité des répondantes déclarent qu'il existe un système de suivi des plaintes dans leur CLSC, et une faible minorité (4 %) ont déclaré ne pas le savoir. Il s'agit du système de suivi des plaintes commun à tous les établissements.

Dans les CLSC couverts par l'étude, un total de 70 plaintes formelles ont été enregistrées au sujet d'Info-Santé en 2003-2004, en regard d'environ 2,3 millions d'appels traités[18]. Tout près de la moitié des CLSC ne rapportent aucune plainte pour l'année en question. Le nombre le plus élevé de plaintes a été rapporté dans une centrale ayant un fort volume annuel d'appels. Les motifs de ces plaintes sont partagés entre les problèmes liés à l'accessibilité, à l'intervention ou à la compétence de l'infirmière et à d'autres raisons.

N^bre de plaintes	N^bre de CLSC
0	40
1	15
2	5
3	2
4	3
5	2
7	1
10	1
nsp	10
Total	79

18. Calcul établi sur un total de plus de 2,4 millions d'appels au Québec, dont sont soustraits les quelque 180 000 appels traités dans les services locaux des régions 02 et 04, lesquels étaient exclus de la présente étude.

Motifs de plainte	Accessibilité/délai d'attente	Intervention/compétence de l'infirmière	Autres raisons (courtoisie, etc.)
%	39 %	39 %	15 %
N^bre de plaintes	27	28	11

En plus des plaintes formellement recueillies, un certain nombre d'usagers peuvent se dire insatisfaits sans vouloir déposer une plainte formelle. Il semble que ces déclarations d'insatisfaction seraient beaucoup plus nombreuses, principalement à l'égard des délais d'attente.

On peut considérer que le nombre relativement peu élevé de plaintes est un résultat très positif dans l'ensemble. Quel qu'en soit le nombre, il importe néanmoins que ces plaintes soient analysées et que les correctifs appropriés soient apportés chaque fois que nécessaire.

2.4 Tâche unique *vs* tâches multiples (Q 27 et 28)

Lorsque les volumes d'appels sont insuffisants pour que la consultation téléphonique constitue la tâche unique des infirmières assignées à Info-Santé, d'autres tâches viennent s'ajouter à l'intérieur des mêmes heures de travail, avec des conséquences parfois négatives sur la qualité du service. Cette situation fait l'objet d'une attention particulière dans les lignes directrices :

« La combinaison d'autres fonctions à celles d'Info-Santé doit être évitée dans la mesure où elle constitue un élément d'interférence qui peut nuire à l'intervention téléphonique et compromettre la nature du service. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 16.)

À ce propos, 41 % des CLSC indiquent que les infirmières assignées à Info-Santé doivent s'acquitter d'autres tâches non liées à Info-santé durant les heures où elles assurent la réponse téléphonique[19]. Ces tâches consistent le plus souvent à donner les soins à la clientèle des services courants ou d'autres programmes du CLSC, à donner des vaccins, etc. Il peut aussi s'agir de tâches administratives ou d'activités de recherche, qui peuvent plus facilement être effectuées entre les appels.

Le temps consacré à ces autres tâches varie beaucoup : il représente une faible proportion de la tâche (15 % ou moins) dans environ la moitié des CLSC, et une proportion plus significative (entre 30 et 90 %) dans les autres cas.

[19] Quelques CLSC ont à la fois des infirmières qui sont assignées uniquement à Info-Santé (c'est-à-dire qui ont la réponse téléphonique comme tâche unique aux heures où elles sont assignées à cette fonction) et des infirmières qui assument d'autres tâches durant les mêmes heures de travail.

Ces résultats montrent qu'une attention accrue devrait être apportée à l'organisation des tâches dans les services Info-Santé où il s'avère impossible qu'une infirmière soit assignée uniquement à cette tâche.

2.5 Régularité de l'assignation à Info-Santé (QE 6)

Les lignes directrices soulignent l'importance de la stabilité des ressources infirmières à Info-Santé pour favoriser la continuité et la qualité des soins. Il est permis de croire que le fait d'être régulièrement assignée à la réponse téléphonique et de pouvoir ainsi traiter un nombre suffisamment élevé d'appels, favorise la qualité du service et contribue au maintien des habiletés de l'infirmière.

Les données recueillies dans les 78 CLSC répondants (18 centrales régionales et 60 services Info-Santé locaux) indiquent qu'au cours de l'année 2003-2004, près du tiers des infirmières assignées à Info-Santé[20] ont traité moins de 225 appels au cours de l'année ; ce volume d'appels représente l'équivalent de moins de deux heures d'intervention téléphonique par semaine. Dans l'ensemble des CLSC répondants, à peine 37 % des infirmières ont traité au moins 1 100 appels, soit l'équivalent d'une journée par semaine. Dans les établissements qui offrent la réponse en mode local, cette proportion tombait à 18 %[21].

On constate donc que la majorité des infirmières assignées à Info-Santé traitent peu d'appels et que cette fonction occupe une place marginale dans l'ensemble de leur travail. Ces résultats suggèrent qu'une forte proportion d'infirmières ne sont pas assignées à cette fonction assez régulièrement pour favoriser le développement de leurs compétences.

2.6 Outils et environnement de travail (Q 29 à 31)

Les outils de travail conçus pour soutenir les interventions jouent un rôle non négligeable parmi les facteurs de qualité à Info-Santé. Les lignes directrices contiennent à ce sujet les énoncés suivants :

« L'infirmière doit avoir directement accès aux outils de travail, tels les protocoles infirmiers et les documents de référence. Si ces outils sont informatisés, ils doivent être accessibles à tous les postes de travail où elle est susceptible de travailler. »

« Il importe que l'infirmière dispose d'une documentation clinique pertinente et récente. »

20. Ces résultats ne tiennent compte que des infirmières régulières et occasionnelles qui ont été en fonction au CLSC durant au moins onze mois pendant l'année 2003-2004. On a retiré du calcul toutes les infirmières qui ont été non disponibles pendant plus d'un mois au cours de l'année ainsi que toutes les infirmières d'agences.
21. Les résultats détaillés sont présentés au tableau 1 à l'annexe F.

« Un répertoire des ressources existantes doit être mis à jour régulièrement et fourni à chaque poste de travail. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 17.)

Au regard de l'environnement de travail, le document souligne aussi que *« les locaux où est offert le service Info-Santé doivent être aménagés de façon à protéger la confidentialité des informations échangées avec le client et à favoriser la concentration de l'infirmière »* (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 16).

Tous les CLSC déclarent que toutes les infirmières ont à leur disposition un poste de travail muni de la plus récente version des protocoles infirmiers informatisés. La grande majorité (96 %) déclarent que toutes ont aussi accès à la version la plus à jour des protocoles en format papier et à toute la documentation nécessaire.

L'environnement de travail est jugé tout à fait adéquat dans 66 % des CLSC. Les lacunes observées concernent le bruit ambiant, la température ou la qualité de l'air, les cloisons entre les postes de travail ou d'autres facteurs, à peu près à parts égales.

Q 29 Est-ce que toutes les infirmières qui travaillent à Info-Santé disposent en tout temps :	OUI	
	N^{bre}	%
a) d'un poste de travail permettant l'utilisation de l'application Info-Santé?	79	100
b) de la version la plus à jour des protocoles infirmiers informatisés (version 2.4)?	79	100
c) de la version la plus à jour des protocoles infirmiers en version papier?	75	95
d) de toute la documentation de référence nécessaire et à jour?	75	95

Q 30 En général, l'environnement de travail est-il adéquat pour favoriser la qualité des interventions (la confidentialité, la concentration, etc.)?				
	tout à fait	assez adéquat	peu adéquat	pas du tout
%	66 %	24 %	9 %	1 %
N^{bre} de CLSC	52	19	7	1

Q 31 Précisions sur la nature des lacunes observées					
Motif	bruit	température ambiante	qualité de l'air	cloisons	autres
N^{bre} de CLSC	7	6	4	7	7

On peut conclure de ces résultats que la grande majorité des infirmières disposent des outils adéquats pour soutenir la qualité de leurs interventions, mais que l'environnement de travail nécessiterait des améliorations dans certains établissements.

CHAPITRE 3
POINTS DE VUE SUR LES MOYENS À PRIVILÉGIER POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

La première partie de ce chapitre décrit les principales mesures qui seraient envisagées par les responsables du service Info-Santé pour améliorer la qualité des interventions dans leur propre établissement. La seconde partie rapporte leur point de vue sur les avantages et les inconvénients associés au service en mode local et en mode régional, au regard de la qualité.

3.1 Premières mesures souhaitées pour l'amélioration de la qualité (Q 32)

Les répondantes ont été interrogées sur les premières choses qu'elles feraient pour améliorer la qualité du service Info-Santé dans leur établissement, si elles avaient toute la latitude et tous les moyens nécessaires à leur disposition. Elles devaient indiquer ce qu'elles feraient en tout premier lieu, et ainsi de suite par ordre d'importance, et pouvaient mentionner jusqu'à trois mesures. Rappelons que les répondantes peuvent avoir mentionné plus d'une mesure dans chacune des catégories.

Les mesures les plus souvent envisagées sont des activités d'**amélioration continue de la qualité** (95 mentions provenant de 43 CLSC différents). Il s'agit de mesures semblables à celles décrites plus haut à la section 2.2. L'écoute d'appels vient en tête de liste (21), mais on envisagerait aussi de recourir aux relances téléphoniques (9), aux discussions de cas (7), à l'évaluation annuelle des infirmières (7), à des rencontres d'équipe régulières (6), etc.

Plusieurs répondantes souhaitent davantage de **formation continue** et la disponibilité accrue de **personnel clinique** pour assurer le soutien clinique, soit un assistant au supérieur immédiat, un superviseur clinique à temps complet ou une infirmière clinicienne (51 mentions).

L'ajout de **ressources humaines** et la **stabilisation du personnel** sont aussi mentionnés (23), de même que les mesures de bonification des postes : postes réguliers ou plus alléchants, heures garanties aux infirmières occasionnelles, diminution du recours aux agences, etc.

Certaines mesures concernent la **gestion** et l'**organisation** du service (20 mentions), comme la diminution du délai de réponse (3), l'organisation du travail par équipes (1), la présence d'un chef d'équipe en tout temps (1), une meilleure coordination du service (1), etc.

D'autres mesures ont trait à des changements sur le plan de la **tâche** (18 mentions), en particulier pour instaurer la tâche unique (11).

Des améliorations seraient envisagées sur le plan du système de **téléphonie** (24) : casques d'écoute, enregistrement des appels, système de monitorage des appels, meilleurs services techniques.

On compte onze mentions en faveur de la **centralisation** du service.

Certaines répondantes souhaiteraient développer de meilleures **communications** à l'intérieur du CLSC et avec certains partenaires du réseau, notamment la santé publique, ou tenir des rencontres régionales avec les autres services Info-Santé (10 mentions).

D'autres mesures diverses ont été mentionnées, telles que le partage des postes avec d'autres programmes, le remplacement de l'infirmière à la pause et au dîner au lieu d'orienter les appels vers une boîte vocale, un suivi d'indicateurs autres que les délais d'attente et la durée des appels, ou des améliorations aux installations : locaux plus adaptés, confort, température, postes mieux isolés, moins bruyants.

3.2 La qualité dans le contexte du service Info-Santé local (Q 37)

Interrogées sur les avantages et les inconvénients du service local sur le plan de la qualité, les répondantes ont nommé les avantages suivants :

- meilleure connaissance du réseau et des services de proximité (11);
- meilleure connaissance de la clientèle, des caractéristiques du territoire et des problèmes de santé publique qui s'y présentent (10);
- meilleure continuité, facilité de référence[22] vers les autres services du CLSC (10);
- échanges d'information et d'expertise entre le personnel d'Info-Santé et celui des autres programmes (4);
- autres avantages : le client se sent plus chez lui, service plus personnalisé, suivis plus rapides, etc.

Les inconvénients suivants ont été nommés :

- les tâches multiples confiées à l'infirmière (11);
- les coûts du service, la difficulté d'organiser le service (8);
- le manque de formation et de soutien clinique (7);
- la disparité du service entre les CLSC (6);
- la difficulté de contrôler la qualité (5);
- la difficulté d'accès (taux d'abandon, boîtes vocales) (5);
- le manque d'expertise associé au peu d'appels traités (4).

3.3 La qualité dans le contexte du service Info-Santé régional (Q 38)

Les principaux avantages perçus du service Info-Santé en mode centralisé, au regard de la qualité, sont les suivants :

- de meilleures possibilités de supervision, d'activités d'amélioration de la qualité, de développement et de partage de l'expertise (33);
- de meilleures possibilités de formation à l'embauche et de formation continue (22);

[22] Le terme « référence » est utilisé ici au sens dans lequel on l'utilise habituellement dans les CLSC, c'est-à-dire pour désigner une communication faite à un professionnel pour fournir sur la personne qui doit recevoir des services des indications précises quant à la raison d'intervention et au service requis . Voir à ce sujet la terminologie du Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).

- une gestion plus efficiente des ressources humaines (16) et une meilleure gestion des coûts (5);
- de meilleures conditions de gestion et d'organisation (11), par exemple le fait d'avoir plus de temps pour la gestion, un meilleur contrôle de l'ensemble des appels, moins d'interlocuteurs dans la prise de décision, etc.;
- autres avantages : meilleure uniformité de la réponse, travail d'équipe, tâche unique (infirmière assignée uniquement à Info-santé), accès plus rapide et direct à l'infirmière, plus grande facilité à préparer la relève;
- dans le cas des centrales qui assurent le service régional 24 heures par jour, 7 jours par semaine, on mentionne les possibilités de postes de jour et une meilleure rétention du personnel.

Les inconvénients perçus sont :

- une connaissance moins fine des ressources locales, une perte de liens avec les sous-régions, l'éloignement physique des réalités du milieu (12);
- des références[23] moins rapides vers d'autres ressources, moins de possibilités de suivis (5);
- une réponse plus impersonnelle, moins pertinente, sans couleur locale (5);
- la moins grande responsabilité des CLSC locaux à l'endroit de leur clientèle (responsabilité territoriale) (4);
- autres inconvénients mentionnés : moins de choix de postes, perte d'expertise dans les techniques de soins.

Pour résumer ces points de vue, les deux avantages les plus souvent mentionnés en faveur du service local semblent être, d'une part, la connaissance du milieu et de la clientèle, qui favorisent une réponse mieux adaptée, et, d'autre part, la connaissance plus fine des ressources de proximité, ce qui facilite les références[24] et le suivi lorsque nécessaire; ce dernier avantage s'applique à un peu moins de la moitié des appels[25]. Le service en mode local présente par ailleurs certains inconvénients et limites sur le plan de la qualité : moins d'encadrement et de soutien cliniques, isolement de l'infirmière, coûts, difficultés d'organisation.

Le service en mode régional est vu comme pouvant offrir des conditions plus favorables tant sur le plan de la qualité que de l'efficience (bien que la réalité varie selon les endroits). Les désavantages perçus sont d'une part les liens moins étroits avec certaines ressources vers lesquelles Info-Santé oriente sa clientèle et, d'autre part, les contacts moins fréquents entre les infirmières d'Info-Santé et les intervenants d'autres programmes. On mentionne aussi la moins grande responsabilité du CLSC à l'égard de la clientèle quand le service est donné ailleurs.

---

23. Le terme « référence » est utilisé ici dans le sens où on l'utilise habituellement dans les CLSC, c'est-à-dire pour désigner une communication faite à un professionnel pour fournir sur la personne qui doit recevoir des services des indications précises quant à la raison d'intervention et au service requis. Voir à ce sujet la terminologie du Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).
24. Voir la note précédente.
25. Au cours de l'année 2003-2004, 57 % des appels à Info-Santé ont été traités sans nécessiter une orientation vers d'autres ressources (BÉLAND, François. *Suivi annuel de la performance des services d'interventions téléphoniques Info-Santé : Accessibilité aux services et suites d'interventions couvrant les années 1999-2000 à 2003-2004*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, avril 2005).

3.4 Commentaires généraux des répondantes (Q 43)

En terminant, les répondantes étaient invitées à formuler d'autres commentaires sur les sujets abordés dans l'étude et sur le thème de la qualité du service en général. De très nombreux commentaires ont été recueillis, notamment sur les enjeux du service en mode local ou régional, sur le degré de satisfaction de la clientèle, sur la nécessité de promouvoir le service auprès de la population et des professionnels de la santé et de mieux faire connaître sa nature, sur la place que prennent les objectifs d'accessibilité (volume d'appels, durée des appels, délais d'attente), alors qu'on parle peu d'objectifs de qualité ou d'évaluation des résultats, sur l'importance des protocoles infirmiers, sur le besoin de développer et de mettre en commun les outils d'évaluation.

CHAPITRE 4
RECRUTEMENT ET RÉTENTION DU PERSONNEL

Les lignes directrices notent l'importance de la stabilité du personnel infirmier à Info-Santé :

« Une attention particulière doit être accordée à la stabilité des ressources infirmières à Info-Santé pour favoriser la continuité et la qualité des soins. Cette préoccupation doit être renforcée s'il y a recours occasionnel aux services d'infirmières provenant d'agences privées. » (*L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, page 18.)

Ce chapitre présente dans un premier temps les données accessibles concernant les effectifs infirmiers assignés à Info-Santé en 2003-2004 ainsi que l'information recueillie dans la présente étude concernant le nombre total d'infirmières assignées à ce service et le taux de roulement observé au cours des cinq premiers mois de l'année 2004-2005. La seconde partie du chapitre traite des conditions reconnues par les responsables du service comme des facteurs favorables ou défavorables à la rétention du personnel.

4.1 Les heures travaillées à Info-Santé en 2003-2004

Les statistiques financières présentées par l'ensemble des CLSC du Québec pour l'année 2003-2004 font état de près de 778 000 heures travaillées au service Info-Santé offert à toute la population (centre d'activités 6090) [26] et d'un peu plus de 35 000 heures travaillées aux services téléphoniques 24 heures/7 jours offerts à des clientèles inscrites (centre d'activités 5960)[27]. Au total, les heures travaillées à ces deux centres d'activités représentent l'équivalent du travail de 516 infirmières à temps complet sur une base annuelle[28] [29].

On remarque que 12 % des heures travaillées au service Info-Santé sont effectuées par du personnel indépendant, c'est-à-dire des infirmières sans lien d'emploi avec le CLSC provenant habituellement d'agences de personnel infirmier. Le recours au personnel indépendant est associé à des conditions moins favorables sur les plans de la formation, de la mise à jour et de l'encadrement clinique. Ce phénomène est limité à cinq régions, soit Montréal (32 % des heures travaillées), l'Outaouais (24 %), Laval (24 %), les

26. Philippe-André COUTU, *Services Info-Santé CLSC, Info-Social CLSC et autres services téléphoniques 24/7. Données financières 2003-2004 et évolution de 1996-1997 à 2003-2004*, Québec, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, version révisée le 26 octobre 2005, 13 pages complétées par 2 figures et 24 tableaux annexés.
27. Les heures travaillées au centre d'activités 5960 proviennent du système d'information sur les rapports financiers annuels des établissements.
28. Ce calcul est effectué en considérant que 1 575 heures travaillées représentent l'équivalent d'une infirmière à temps complet (1 ETC).
29. Ce résultat diffère de celui présenté aux pages 39 et 43 du rapport intitulé *Révision du rôle et de l'organisation du service de réponse téléphonique Info-Santé. Rapport final*, publié par le Ministère de la santé et des services sociaux et daté du 4 avril 2005. On y fait état de 494 ETC, mais ce calcul ne tient pas compte des heures travaillées par les infirmières d'Info-Santé au centre d'activités 5960.

Laurentides (9 %) et la Montérégie (5 %). Il est pratiquement inexistant dans les autres régions.

4.2 Le nombre d'infirmières assignées à Info-Santé en 2003-2004

Parmi les CLSC visés dans la présente étude, 57 établissements ont fourni l'information demandée concernant le nombre total d'infirmières ayant traité des appels au cours de l'année 2003-2004 : ce nombre s'élèverait à 1 407 infirmières. Le tableau 1, à l'annexe F, montre la répartition de ces infirmières selon leur statut d'emploi.

On compte environ 600 infirmières occupant un poste régulier[30], dont 275 à temps plein et 368 à temps partiel. Le nombre rapporté d'infirmières à temps partiel occasionnel (TPO) est de 267, et le nombre rapporté d'infirmières d'agences est de 472.

Ces nombres sont cependant surestimés dans une proportion qui varie selon les territoires et selon les statuts d'emploi. Ainsi, certaines infirmières peuvent travailler dans plus d'un CLSC, surtout dans les territoires urbains où plusieurs CLSC sont à proximité les uns des autres. Par ailleurs, la surestimation est certainement plus importante parmi le personnel occasionnel et les infirmières d'agences, et sans doute peu importante pour le personnel régulier à temps plein.

La région de Montréal-Centre est de loin celle où l'on dénombre le plus d'infirmières d'agences, mais aussi celle où ces dernières ont le plus de chances d'avoir travaillé dans plusieurs établissements et pour plusieurs agences à la fois. On peut supposer que leur nombre réel dans la région montréalaise se situe aux environs d'une centaine, puisque la centrale du CLSC Rosemont rapporte à elle seule 79 infirmières dans cette catégorie de personnel (tableau 2 de l'annexe G).

En retenant uniquement ces 79 infirmières pour toute la région de Montréal-Centre et en y ajoutant celles dénombrées dans les centrales des autres régions, on peut établir que le nombre d'infirmières d'agences assignées à Info-Santé dans l'ensemble du Québec ne peut vraisemblablement pas être inférieur à 156. Cette estimation porterait à 1 091 le nombre minimum d'infirmières assignées à Info-Santé en 2003-2004, quel que soit leur statut d'emploi, pour les 57 CLSC répondants.

Comme on l'a vu plus haut à la section 2.5, un nombre relativement important de ces infirmières ne consacrent qu'une partie de leur temps de travail à la consultation téléphonique et sont donc dans des conditions moins propices au maintien et à l'amélioration de leurs compétences dans ce domaine.

4.3 Le taux de roulement observé (QE 7)

Le calcul des taux de roulement du personnel porte habituellement sur une période de douze mois. Dans la présente étude, l'information recueillie porte sur une période de cinq mois, soit du 1er avril 2004 au 31 août 2004.

30. Rappelons qu'une bonne partie des infirmières qui travaillent au service Info-Santé en mode local ne sont pas assignées uniquement à cette fonction mais qu'elles assument également d'autres tâches.

Le tableau 1 de l'annexe G présente les données des 67 établissements répondants. Le taux de roulement dans l'ensemble s'établit à 12 % pour la période observée. On peut certainement présumer que le taux annuel est plus élevé, mais on ne doit pas extrapoler ce résultat sur douze mois en raison des variations saisonnières qui peuvent survenir au cours de l'année[31]. À titre indicatif, mentionnons que le taux de roulement observé dans l'ensemble des CLSC pour l'année 2002-2003 parmi les infirmières bachelières était de 9,6 %[32]. La situation observée à Info-Santé est donc particulièrement préoccupante, considérant l'importance de la stabilité du personnel qualifié pour favoriser la qualité des soins, sans parler des coûts entraînés par le recrutement, la formation et la mise à jour de ce personnel.

Les résultats varient beaucoup d'une région à l'autre, mais les données régionales doivent être utilisées avec prudence. Ainsi, le taux élevé dans la région de la Côte-Nord (09) s'explique par le petit nombre d'infirmières servant de base de calcul[33]. Le taux venant au deuxième rang est celui de la région de Lanaudière (14), où la centrale est le seul établissement offrant le service Info-Santé; il s'explique cette fois par une réorganisation administrative effectuée en cours d'année, qui a entraîné des mouvements de personnel inhabituels. En dehors de ces deux régions, l'Outaouais (07) et les Laurentides (15) sont celles où le roulement semble le plus élevé.

On remarque des taux plus faibles, de 0 à 5 %, dans les régions du Bas-Saint-Laurent (01), du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04), de l'Abitibi-Témiscamingue (08) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11), ce qui tend à confirmer l'hypothèse voulant que les territoires moins urbanisés connaîtraient une plus grande stabilité de personnel, les occasions d'emploi dans un rayon géographiquement accessible étant moins nombreuses.

Lorsqu'on examine la situation dans les centrales régionales, globalement, le taux de roulement y est comparable à celui de l'ensemble des services Info-Santé, soit de 12 % (voir tableau 2, annexe G), mais les résultats varient beaucoup d'un endroit à l'autre.

En excluant la centrale de la Côte-Nord, où le petit nombre d'infirmières rend le résultat peu fiable, et celle de Lanaudière, où un changement organisationnel est en cause, les taux de roulement les plus élevés s'observent à la centrale du CLSC Rosemont dans la région de Montréal-Centre (41 %) et à la centrale de l'Outaouais (26 %). Elles sont suivies par les centrales des Laurentides (19 %), de Laval (16 %) et du CLSC Villeray à Montréal (15 %).

Ces cinq centrales fonctionnent uniquement sur des plages horaires peu attrayantes (soirs, nuits et fins de semaine), ce qui contribue sans doute aux difficultés de rétention du personnel. Par contre, certaines centrales fonctionnant sur les mêmes plages

31. On peut par exemple constater une arrivée plus importante de nouveau personnel au cours du printemps et de l'été de même que davantage de départs à la retraite.
32. Ce taux était de 9,9 % dans les CLSC à mission unique, de 8,6 % dans les CLSC-CHSLD et de 10,3 % dans les établissements multivocationnels. Données obtenues en novembre 2004 auprès de M. José Velasco, Service de la recherche et de l'analyse, Direction du personnel réseau et ministériel, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
33. Le départ de deux infirmières dans une équipe de cinq personnes au cours d'une période de cinq mois entraîne évidemment un résultat extrêmement élevé, qui pourrait ne pas être représentatif de la situation à plus long terme.

horaires ont des taux inférieurs à 10 %, ce qui indique que d'autres facteurs entrent également en ligne de compte. Par exemple, les centrales qui affichent les taux les plus faibles sont encore une fois situées dans les régions moins urbanisées, exception faite de la centrale du CLSC Métro à Montréal, qui a un taux de roulement inférieur à la moyenne.

4.4 Les facteurs d'attraction à Info-Santé (Q 34)

De l'avis des responsables du service joints pour l'étude, les facteurs d'attraction à Info-Santé sont souvent liés à la nature même de la tâche. On mentionne en particulier, par ordre d'importance :

- la possibilité de développer des connaissances diversifiées et de recevoir une formation continue à la fine pointe, à la fois sur le plan clinique et sur le plan de ce qui se passe dans le réseau;
- le haut degré d'autonomie professionnelle dont l'infirmière dispose dans le traitement d'un appel;
- le sens de l'initiative dont elle doit faire preuve pour gérer des situations pouvant présenter tous les degrés possibles de gravité ou d'urgence;
- le défi posé par les problèmes très variés.

Il est aussi souvent fait mention d'éléments positifs liés à l'environnement de travail, tels qu'une bonne ambiance, un style de gestion adapté, des installations ergonomiques, etc.

En plus des éléments précédents, d'autres facteurs d'attraction sont mentionnés relativement au contexte plus particulier du *service en mode local* :

- le fait de ne pas devoir travailler le soir, la nuit et les fins de semaine;
- les occasions d'échanges cliniques avec les intervenants des autres programmes du CLSC.

Dans le contexte du *service en mode régional*, les facteurs d'attraction spécifiques ont trait aux points suivants :

- le fait de bénéficier d'un meilleur encadrement et d'un meilleur soutien clinique;
- les meilleures possibilités de formation continue;
- les conditions plus propices aux échanges cliniques entre pairs et la possibilité de travailler davantage en équipe.

4.5 Les facteurs négatifs (Q 36)

Quant aux facteurs pouvant nuire à la rétention du personnel, les personnes interrogées nomment deux éléments :

- l'absence de contact visuel avec le client, une situation avec laquelle certaines infirmières ont de la difficulté à composer;
- la difficulté pour les infirmières de maintenir leur expertise dans les techniques de soins si elles se consacrent entièrement à la consultation téléphonique; cet élément affecterait en particulier les plus jeunes infirmières.

D'autres facteurs négatifs plus particuliers au contexte du *service en mode local* concernent :

- l'isolement de l'infirmière dans sa tâche, par exemple là où le volume d'appels ne justifie qu'une seule infirmière à la réponse téléphonique sur un même quart de travail;
- les difficultés de remplacement lors des pauses et aux heures de dîner;
- le manque d'encadrement et de soutien cliniques.

Dans le contexte du *service en mode régional*, les facteurs négatifs spécifiques sont surtout liés :

- aux plages horaires peu attrayantes (soirs, nuits, fins de semaine) et aux heures coupées;
- à la précarité du travail, notamment la non-disponibilité de postes réguliers et l'absence d'heures garanties pour les infirmières occupant des postes occasionnels.

4.6 Les moyens envisagés pour améliorer le recrutement et la rétention du personnel (Q 33 et 35)

Interrogées sur les moyens actuellement utilisés ou qui pourraient être envisagés pour améliorer le recrutement et la rétention du personnel à Info-Santé, les responsables du service ont énuméré différentes mesures portant sur l'organisation des postes et des horaires de travail. La plupart de ces mesures s'appliquent davantage aux centrales :

- offrir davantage de postes réguliers, à temps plein et à temps partiel; garantir un certain nombre d'heures au personnel occasionnel;
- offrir des postes combinés avec d'autres programmes, pour les infirmières qui souhaitent varier leurs tâches ou maintenir leur compétence dans d'autres domaines cliniques;
- offrir un meilleur choix d'horaires, proposer des formules plus souples (ex. : quarts de douze heures);
- mieux répartir les quarts de travail moins attrayants.

D'autres mesures misent sur les facteurs de motivation à la tâche et de développement des compétences :

- mettre l'accent sur les occasions de formation continue;
- favoriser le travail en équipe et les échanges cliniques entre pairs;
- ne pas centrer l'évaluation des résultats uniquement sur les délais d'attente mais davantage sur la qualité de l'intervention;
- favoriser une assignation suffisamment régulière et intensive à la réponse téléphonique pour soutenir l'implication et le sentiment d'appartenance au service.

Certaines mesures ont pour objet d'offrir un environnement de travail plus adéquat, telles que :

- des installations attrayantes, confortables;
- un aménagement favorisant la concentration et la confidentialité tout en permettant les consultations entre pairs;
- une technologie informatique et téléphonique conviviale;

- divers avantages particuliers (ex. : stationnement).

La valorisation du rôle d'Info-Santé, une meilleure connaissance du travail qu'y font les infirmières et la promotion du service auprès des partenaires du réseau et hors réseau ont également été mentionnées comme nécessaires pour améliorer le recrutement d'infirmières qualifiées.

Toutes ces réponses montrent que les pistes pour améliorer la stabilité du personnel infirmier à Info-Santé sont nombreuses et touchent de multiples aspects organisationnels. Certaines de ces pistes ne nécessitent qu'un minimum d'efforts, de souplesse et d'imagination, mais d'autres impliquent des changements plus importants sur les plans de la gestion des ressources humaines et de l'organisation du travail. La mise en œuvre de ces moyens exige donc de la part des directions d'établissement une réelle volonté d'agir pour apporter des solutions adaptées à ce problème.

CHAPITRE 5
CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS POUR DES CONDITIONS FAVORABLES À LA QUALITÉ DU SERVICE

La qualité des interventions infirmières à Info-Santé a une influence déterminante sur les comportements des usagers à la suite de l'appel. Dans des conditions organisationnelles défavorables, par exemple là où des infirmières sans expérience suffisante sont assignées à Info-Santé, là où elles sont trop brièvement formées à l'intervention téléphonique, mal soutenues sur le plan clinique ou incitées à abréger les appels pour diminuer les délais d'attente, on peut penser que ces infirmières auront tendance à limiter leur évaluation et à orienter plus souvent les usagers vers une autre ressource.

Ces interventions sous-optimales se traduisent par des coûts additionnels pour le système et par des démarches inutiles et souvent onéreuses pour les usagers. La qualité des interventions se reflète aussi dans la compréhension que l'usager a des conseils reçus et dans l'efficacité de ses efforts pour prendre en charge le problème.

À l'échelle nationale, le service Info-Santé a jusqu'ici fait l'objet d'un suivi essentiellement centré sur l'accessibilité, à savoir les volumes d'appels, les délais d'attente et la perte d'appels. Certes, le service doit pouvoir offrir une réponse rapide, faute de quoi les usagers placés devant une situation inquiétante se tourneront vers la ressource la plus accessible, généralement la clinique médicale ou l'urgence hospitalière.

Cependant, la qualité des interventions est une condition encore plus déterminante pour que le service obtienne les retombées souhaitées. Or, cet aspect n'a pas reçu une attention équivalente et n'a fait l'objet d'aucune activité d'évaluation ou de suivi à l'échelle nationale depuis 1997.

Plusieurs mesures seraient souhaitables pour corriger cette situation. Au départ, il est nécessaire que les objectifs de performance signifiés aux gestionnaires et au personnel d'Info-Santé mettent davantage l'accent sur la qualité et les résultats de l'intervention elle-même, et que les orientations formulées à l'échelle nationale fassent en sorte que les impératifs de qualité ne soient jamais subordonnés aux objectifs d'accessibilité. Les lignes directrices édictées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sont un autre point de repère fondamental pour assurer la qualité des interventions et constituent du même coup la pierre d'assise d'une plus grande efficience.

La stabilisation des effectifs infirmiers constitue un autre défi conjoncturel majeur à relever pour les prochaines années. Certains éléments d'attraction sont inhérents à la nature même du service Info-Santé et contribuent à y attirer des infirmières de haut niveau. On peut mentionner en particulier : 1) la grande diversité des clientèles et des problèmes qu'elles présentent, les demandes pouvant aller des soins aux nourrissons jusqu'aux soins palliatifs en passant par les situations de crise ou encore d'urgence vitale non soupçonnée par l'appelant; 2) le haut degré d'autonomie dont elles doivent faire preuve pour gérer efficacement ces situations.

On pourrait ajouter que la nécessité d'être à la fine pointe des connaissances sur un large éventail de sujets constitue aussi un attrait de grande valeur aux yeux des infirmières. Le rehaussement des activités de formation continue et de mise à jour, suggéré dans les propositions ci-après, est donc susceptible d'améliorer du même coup la rétention du personnel. D'autres facteurs d'attraction sont plus directement liés à l'organisation du travail en tant que telle et seront également traités plus loin.

Nous rassemblons ici les principales pistes qui se dégagent de la présente étude en vue de mettre en place les conditions organisationnelles sur lesquelles repose la qualité des soins. Il s'agit de sept mesures structurantes qui devraient être implantées à l'échelle nationale.

A) La mise en œuvre des lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Un premier constat d'ensemble découlant de la présente étude est que, malgré la bonne volonté des responsables du service, les lignes directrices préconisées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en ce qui a trait aux éléments structurels relevant plus directement de la gestion et de l'organisation du service ne sont pas uniformément respectées dans tous les établissements. Il y a donc lieu de mieux faire connaître ces lignes directrices et de s'assurer de manière plus rigoureuse de leur mise en œuvre.

B) Des investissements financiers appropriés

La poursuite d'un tel objectif doit s'accompagner d'investissements appropriés en ressources humaines et financières, tant à l'échelle nationale que locale, pour soutenir la mise en place de conditions adéquates dans chaque installation où les infirmières traitent des appels, que ce soit pour le maintien et le développement continu des compétences, le soutien clinique, l'évaluation ou d'autres activités liées à la qualité.

Parmi ces investissements, on devrait retrouver un budget spécial pour soutenir la programmation annuelle de formation continue sur le terrain, que ce soit pour répondre aux besoins décelés chez le personnel infirmier aux besoins liés à l'évolution des protocoles infirmiers, ou encore à l'évolution du service lui-même et de son rôle dans le cadre de différents partenariats.

C) Un comité clinique national

À l'étape actuelle de l'évolution du service, un comité national voué aux aspects cliniques de la qualité du service Info-Santé apporterait un soutien précieux aux efforts d'amélioration de la qualité. Un groupe de travail clinique créé par l'Association des CLSC et des CHSLD a été très actif à cet égard dans les années qui ont suivi le déploiement d'Info-Santé.

Il y aurait lieu de recréer une instance de ce type, qui pourrait être chargée entre autres de coordonner les activités de formation, de mise à jour et d'évaluation de la qualité, ainsi que de soutenir les efforts du réseau à cet égard. Ce comité devrait aussi favoriser le partage d'outils et d'expériences, et entreprendre des activités de recherche et de développement visant l'amélioration continue de la qualité des interventions à Info-Santé.

Il pourrait également être chargé des deux mesures décrites ci-après, soit la conception d'un programme-cadre pour la formation initiale et celle d'un programme d'amélioration continue de la qualité à Info-Santé.

D) Un programme-cadre pour la formation initiale

La mise à niveau de la formation initiale des infirmières affectées à Info-Santé constitue une nécessité afin de consolider la qualité du service. Un programme-cadre devrait être élaboré à l'échelle nationale en mettant à contribution les formatrices expertes des différentes centrales et en retenant les meilleurs éléments des différents programmes de formation élaborés à ce jour[34]. Un tel programme devra être régulièrement actualisé en fonction de l'évolution du service.

Des formatrices devraient être en place dans chaque lieu de traitement des appels, afin d'assurer la formation initiale et la supervision des nouvelles infirmières, avec le soutien de ressources plus spécialisées, telles que les membres du comité clinique national. En plus des contenus définis dans le programme national, des éléments de formation se rapportant aux arrimages particuliers établis avec des partenaires et organismes appartenant à son territoire auront avantage à être donnés à chaque endroit.

Au moins une ou deux infirmières cliniciennes rattachées au comité clinique devraient être chargées d'assurer la formation des formatrices dans les différents établissements et de leur offrir un soutien continu. Elles assureraient également les tâches de développement et de mise à jour de la formation et des outils cliniques.

E) Un programme d'amélioration continue de la qualité

Un programme d'amélioration de la qualité devrait fournir le cadre général dans lequel s'inscriront les efforts d'amélioration continue de la qualité. Ce programme devrait comporter des éléments relatifs 1) au soutien clinique entourant les interventions, 2) au maintien et au développement des compétences, et enfin 3) à l'évaluation de la qualité, y compris des résultats des interventions.

Le comité clinique national pourrait coordonner l'élaboration et l'évolution de ce programme en mettant à profit les outils et l'expertise existants[35].

F) La stabilisation du personnel infirmier (recrutement et rétention)

Les principaux éléments de solution suggérés par la présente étude afin d'améliorer la rétention et le recrutement du personnel qualifié peuvent se résumer comme suit :

- Consolider les heures travaillées en postes réguliers à temps plein et à temps partiel, et offrir un minimum d'heures garanties au personnel non régulier.

- Offrir des choix d'horaires plus attrayants selon des formules plus souples, novatrices, et mieux répartir les heures moins attrayantes.

[34] Voir la documentation recueillie sur les programmes de formation à l'annexe D.

[35] Voir la documentation recueillie sur les programmes et outils d'amélioration de la qualité à l'annexe E

- Offrir des possibilités de stages ponctuels dans d'autres programmes ou d'autres formules d'organisation du travail permettant aux infirmières qui le souhaitent de varier leurs tâches ou de maintenir leur compétence dans d'autres domaines de soins.

- Aménager des postes de travail et des installations adéquats au regard de la nature particulière de la tâche; ces installations doivent notamment favoriser la confidentialité et la concentration tout en facilitant les consultations entre pairs et les rencontres d'équipe, etc.

- Travailler à la promotion et à la valorisation du service auprès des infirmières, et travailler à une meilleure connaissance du rôle d'Info-Santé dans le réseau.

G) Le développement des indicateurs de qualité et des outils pour l'évaluation de la qualité

Il y a lieu d'entreprendre des efforts sérieux afin de développer des indicateurs communs liés à la qualité et de soutenir davantage les activités d'évaluation des résultats auprès de la clientèle.

Le comité clinique proposé plus haut devrait contribuer de façon importante à la conception des indicateurs de qualité. Ceux-ci pourraient être graduellement intégrés au suivi annuel de la performance du service, afin de rétablir un meilleur équilibre avec les indicateurs d'accessibilité (délais d'attente, etc.).

L'évaluation de la qualité et des résultats du service auprès de la clientèle devrait être encouragée dans les établissements. Les responsables du service devraient être davantage outillés à cet égard. À l'échelle nationale, l'évaluation de la qualité et des résultats auprès de la clientèle devrait éventuellement être instaurée comme un processus continu et être intégrée au monitorage du service.

Annexe A
Questionnaire version longue

INFO-SANTÉ CLSC – PORTRAIT DES FACTEURS DE QUALITÉ DANS LES SERVICES INFO-SANTÉ

Questionnaire téléphonique – VERSION 13.L - 8 sept 2004

Date : _____
Nom du CLSC : _____
Région : _____
Nom de la personne : _____
Fonction : _____

Exigences à l'embauche ou lors d'une première affectation à IS

1) Nombre minimum d'années de pratique exigé : _____

2) Y a-t-il *une exigence* d'avoir de l'expérience dans une variété de domaines cliniques?

a) oui _____ *b*) non_____
spécifiez lesquels :
c) soins critiques (urgence, situations de crise) : _____
d) santé maternelle et infantile : _____
e) santé mentale : _____
f) chirurgie : _____
g) autres domaines (spécifiez lesquels) : _____

3) Autres critères d'embauche (bilinguisme, etc.)? _____

a) bilinguisme : _____
b) autres : _____

4) Nombre d'années de pratique que possèdent la majorité des infirmières :

a) 0 à 5 ans _____ *b*) + 5 à 10 ans _____ *c*) + 10 à 15 ans _____
d) + 15 ans ____ *e*) ne peut pas répondre

Formation spécifique offerte aux infirmières

5) Durée de la formation spécifique à Info-Santé lors de l'embauche ou d'une première affectation :

a) n. de jours consacrés au volet clinique _____
(*svp joindre syllabus ou description écrite*)
b) n. de jours consacrés au volet informatique (utilisation du logiciel) _____
c) commentaires : _____
_____
_____
_____

6) Le nombre total d'infirmières qui ont reçu la formation initiale pour la réponse téléphonique IS en 03-04, dans votre service? _____

7) La durée et le contenu de la formation donnée à la réponse Info-Santé lors d'une première affectation et lors de l'embauche sont-ils les mêmes?

a) oui _____ *b*) non_____
c) sinon, en quoi sont-ils différents? _____

8) La centrale offre-t-elle le service des formatrices pour les autres CLSC de la région?

a) oui _____ *b*) non _____ *c*) ne s'applique pas _____ *d*) ne sait pas ____

9) Dans votre CLSC, qui est chargé de donner cette formation?

a) formatrices provenant de la centrale : _____
b) autres formatrices : _____
c) - fonction occupée : _____
d) - CLSC auquel elles sont rattachées _____

10) Seriez-vous intéressé à utiliser un programme-cadre de formation standardisé à l'échelle nationale?

a) oui _____ *b*) non_____
c) pourquoi et/ou à quelles conditions? _____
_____
_____

Mise à jour, soutien clinique, formation, évaluation

11) Décrire la nature du soutien clinique offert aux infirmières pendant le traitement d'un appel (ex. : pairs, monitrice, infirmière clinicienne, infirmières-ressources de différents programmes) :

a) soutien clinique disponible, oui _____
b) soutien clinique disponible, non _____
c) description : _____
_____

12) Décrire les activités visant à l'amélioration continue de la compétence auxquelles les infirmières participent (ex. : faire de l'écoute d'appels, discussion de cas entre pairs, formation en cours d'emploi, participation à des colloques, etc.) :
_____
_____
_____

13) Toutes les infirmières affectées à IS bénéficient-elles de ces activités?

a) oui _____ *b*) non_____
c) sinon, lesquelles en sont exclues? _____

14) Temps consacré aux activités d'amélioration continue de la compétence spécifique à l'équipe IS. (ex. : faire de l'écoute d'appels, discussion de cas entre pairs, formation en cours d'emploi, participation à des colloques, etc.)

a) n. de jours/par année/par infirmière (*formation*) : _____
b) n. de jours/par année/par infirmière (*autres activités d'amélioration continue de la compétence*) :
_____

15) À quelle fréquence faites-vous l'évaluation de la compétence de l'infirmière? _____

Maintien et amélioration de la qualité

16) Est-ce que votre établissement participe au programme d'agrément du Conseil québécois d'agrément?

a) oui _____ *b*) non _____

17) Avez-vous un programme d'amélioration de la qualité spécifique à Info-Santé (ou des éléments spécifiques à IS à l'intérieur d'un programme plus large couvrant différents services)?

a) non _____
b) oui _____ programme spécifique à Info-Santé
c) oui _____ éléments spécifiques à Info-Santé
d) pouvez-vous nous faire parvenir le document?
non _____ oui _____
** si éléments spécifiques d'un programme plus large, remettre seulement la partie concernant Info-Santé*

18) Faites-vous des relances auprès de la clientèle pour évaluer les résultats des interventions?

a) non _____ *b*) oui _____
c) si oui, à quelle fréquence?_____

19) Utilisez-vous un outil spécifique? _____

* si oui, *fournir l'outil par télécopieur*

20) Combien d'usagers ont été rejoints par ces relances au cours de 2003-2004? _____

a) ne s'applique pas _____

21) Qui effectue les relances auprès de la clientèle?

a) infirmière elle-même _____
b) responsable du service _____
c) autres _____

22) Dans le cas où les relances auprès de la clientèle ne sont pas faites par les infirmières qui ont traité l'appel, est-ce qu'elles reçoivent une rétroaction sur les résultats de leurs interventions?

a) non _____ *b*) oui _____
c) si oui, à quelle fréquence? _____

23) Faites-vous d'autres activités d'évaluation :

a) des résultats? _____
_____
_____
b) et/ou de la qualité? _____ _____
_____
_____

Suivi des plaintes

24) Avez-vous un système de suivi des plaintes reliées au service Info-Santé?

a) oui _____ *b*) non _____ *c*) ne sait pas _____

25) Combien de plaintes ont été enregistrées à votre CLSC au sujet d'Info-Santé en 2003-2004?

a) nombre : _____ *b*) ne sait pas _____

26) Combien de ces plaintes portaient :

a) sur l'accessibilité (délai d'attente, délai de retour d'appel, utilisation des répondeurs ou de la réponse vocale interactive, etc.)? _____
b) sur l'intervention de l'infirmière (compétence, pertinence ou clarté des conseils offerts)? _____
c) autres raisons (courtoisie, etc.) : _____

Tâches associées à la réponse Info-Santé

27) Durant les quarts de travail où les infirmières assurent la réponse IS, sont-elles dédiées à cette tâche uniquement ou doivent-elles assumer aussi d'autres tâches durant les mêmes heures?

a) tâche unique _____
b) autres tâches (non reliées à IS) _____
c) spécifiez _____

28) Quel est le pourcentage de temps alloué aux autres tâches? _____

a) commentaires :
_____
_____
_____

Outils et environnement de travail

29) Est-ce que toutes les infirmières qui travaillent à Info-Santé disposent en tout temps :

a) d'un poste de travail permettant l'utilisation de l'application Info-Santé?
_____

b) de la version la plus à jour des protocoles infirmiers informatisés (version 2.4)?
_____

c) de la version la plus à jour des protocoles infirmiers en version papier?
_____

d) de toute la documentation de référence nécessaire et à jour?
_____

30) En général, l'environnement de travail est-il adéquat pour favoriser la qualité des interventions (la confidentialité, la concentration, etc.)?

a) tout à fait _____
b) assez adéquat _____
c) peu adéquat _____
d) pas du tout _____

31) Si la réponse est « peu » ou « pas du tout adéquat », précisez :

a) bruit : _____
b) température ambiante : _____
c) qualité de l'air : _____
d) cloisons : _____
e) autres : _____

Point de vue des responsables du service sur l'amélioration de la qualité

32) Si vous aviez toute la latitude, les ressources et le temps nécessaires pour y arriver, quelles seraient les premières choses que vous feriez pour améliorer la qualité de la réponse professionnelle dans votre service Info-Santé?

a) premièrement : _____
b) deuxièmement : _____
c) autres choses : _____

33) Si vous aviez toute la latitude, les ressources et le temps nécessaires pour y arriver, quelles seraient les premières choses que vous feriez pour améliorer le recrutement et la rétention du personnel?

a) premièrement : _____
b) deuxièmement : _____
c) autres choses : _____

Recrutement et rétention du personnel

34) Quels sont les incitatifs ou facteurs d'attraction qui attirent les infirmières vers la pratique en Info-Santé?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

35) Quels sont les moyens présentement utilisés dans votre établissement pour « mousser » le recrutement de personnel qualifié et/ou favoriser la rétention?

_____
_____
_____
_____

36) Quels sont les facteurs négatifs qui nuisent :

a) au recrutement du personnel? _____
_____
_____

b) à la rétention du personnel? _____
_____

Les questions 37 et 38 s'adressent à tous les établissements.

37) Au point de vue de la qualité du service Info-Santé, quels sont à votre avis les *avantages* et les *inconvénients* de la réponse Info-Santé <u>en mode local</u>?

a) avantages : _____
_____
_____
b) inconvénients : _____

38) Au point de vue de la qualité du service Info-Santé, quels sont à votre avis les *avantages* et les *inconvénients* de la réponse Info-Santé <u>en mode centrale</u> (régionale ou sous-régionale)?

a) avantages : _____
b) inconvénients : _____

Impacts des mouvements de centralisation de la réponse Info-Santé

Si votre établissement est une centrale régionale vers laquelle un mouvement significatif de centralisation a eu lieu au cours des dernières années (soit d'une partie ou de l'ensemble des CLSC du territoire) :

39) La démarche de centralisation s'est-elle accompagnée d'un ajout de ressources (personnel infirmier)?

a) oui _____ *b*) non _____
c) commentaires :
_____
_____
_____

40) Quels sont les impacts (*positifs et négatifs*) que vous avez constatés à la suite de ces changements?

a) positifs : _____
b) négatifs : _____

41) Quels effets avez-vous observés en particulier sur la rétention et sur le recrutement?
si possible qualifiez l'ampleur de ces effets (importants, légers…)
_____
_____

42) Quels effets avez-vous observés en particulier sur les conditions permettant d'assurer la qualité?
si possible qualifiez l'ampleur de ces effets (importants, légers…)
_____
_____
_____

43) Le questionnaire se termine ici, aimeriez-vous formuler d'autres commentaires en rapport avec les sujets que nous venons d'aborder ou sur tout autre sujet relié à la qualité de la réponse Info-Santé?
_____
_____
_____

Merci de votre collaboration!

Direction de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Septembre 2004

QUESTIONNAIRE ÉCRIT

Date : _____
Nom de l'établissement : _____
Région : _____
Nom : _____
Fonction : _____

Ressources humaines

1) À quel programme le service Info-santé est-il rattaché? _____

* *Les centrales ont déjà répondu aux questions 2, 3 et 4. Il n'est donc pas nécessaire de répondre une deuxième fois*.

2) Nombre de postes conjoints avec d'autres programmes ou services / Veuillez spécifier quelle fraction de ces postes est consacrée à Info-Santé (ex. : 2 jours sur 5)?
_____
_____

3) Au cours de l'année 2003-2004, combien d'infirmières différentes ont été affectées au traitement des appels IS selon leur statut d'emploi?

Catégorie	Nombre total d'infirmières affectées à IS au cours de 2003-2004
Infirmières en poste au CLSC, temps plein régulier	
Infirmières en poste au CLSC, temps partiel régulier	
Infirmières à temps partiel occasionnel (listes de rappel)	
Infirmières non rattachées au CLSC (agences)	
TOTAL	

4) Nombre d'heures travaillées au centre d'activité Info-Santé en 2003-2004 _____

5) Pour l'année en cours (2004-2005), combien avez-vous d'effectifs infirmiers en ETC pour la réponse IS (i.e. équivalent temps complet des heures affectées exclusivement au traitement des appels IS)? _____ ETC

Assiduité des assignations (régularité) à la réponse téléphonique Info-Santé

6) À l'aide de l'application Info-Santé, veuillez produire :

a) le nombre d'appels traités par infirmière au cours de l'année 2003-2004 (à partir du rapport « *Nombre d'appels par intervenant* » du logiciel Info-Santé).

b) svp trier par ordre décroissant selon le nombre d'appels.

c) sur cette liste, veuillez identifier par un « R » les infirmières occupant un poste régulier (temps plein ou temps partiel).

d) veuillez indiquer par un « X » celles qui n'ont pas occupé leur poste pendant l'année complète 2003-2004 (absence d'un mois ou plus).
* *Le nom des intervenants peut être enlevé.*

Stabilité du personnel infirmier

7) Afin d'établir le taux de roulement du personnel infirmier affecté à IS, veuillez indiquer :

- le nombre total d'infirmières en poste* affectées à IS au 1er avril 2004 _____
- le nombre total d'infirmières en poste affectées à IS au 31 août 2004 _____
- le nombre d'infirmières qui ont quitté leur poste* entre ces 2 dates _____

* Pour les CLSC qui font une réponse locale, poste d'infirmières dans le programme auquel Info-Santé est rattaché.

Auriez-vous l'obligeance de nous faire parvenir les réponses de la partie écrite dès que possible dans les prochains jours avec la liste de documents?

Merci de votre compréhension!

Direction de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sept. 2004

Annexe B
Questionnaire version courte

INFO-SANTÉ CLSC – PORTRAIT DES FACTEURS DE QUALITÉ DANS LES SERVICES INFO-SANTÉ

Questionnaire téléphonique – VERSION 13.C - 8 sept 2004

Date : _____
Nom du CLSC : _____
Région : _____
Nom de la personne : _____
Fonction : _____

Exigences à l'embauche ou lors d'une première affectation à IS

1) Nombre minimum d'années de pratique exigé : _____

2) Y a-t-il *une exigence* d'avoir de l'expérience dans une variété de domaines cliniques?

a) oui _____ *b*) non _____
spécifiez lesquels :
c) soins critiques (urgence, situations de crise) : _____
d) santé maternelle et infantile : _____
e) santé mentale : _____
f) chirurgie : _____
g) autres domaines (spécifiez lesquels) : _____

3) Autres critères d'embauche (bilinguisme, etc.)? _____

a) bilinguisme : _____
b) autres : _____

4) Nombre d'années de pratique que possèdent la majorité des infirmières :

a) 0 à 5 ans _____ *b*) + 5 à 10 ans _____ *c*) + 10 à 15 ans _____
d) + 15 ans ____ *e*) ne peut pas répondre

Formation spécifique offerte aux infirmières

5) Durée de la formation spécifique à Info-Santé lors de l'embauche ou d'une première affectation :

a) n. de jours consacrés au volet clinique _____
(*svp joindre syllabus ou description écrite*)
b) n. de jours consacrés au volet informatique (utilisation du logiciel) _____
c) commentaires : _____
_____

6) Le nombre total d'infirmières qui ont reçu la formation initiale pour la réponse téléphonique IS en 03-04, dans votre service?
_____

7) La durée et le contenu de la formation donnée à la réponse Info-Santé lors d'une première affectation et lors de l'embauche sont-ils les mêmes?

a) oui _____ *b*) non _____
c) sinon, en quoi sont-ils différents? _____

8) La centrale offre-t-elle le service des formatrices pour les autres CLSC de la région?

a) oui _____ *b*) non _____ *c*) ne s'applique pas _____ *d*) ne sait pas ____

9) Dans votre CLSC, qui est chargé de donner cette formation?

a) formatrices provenant de la centrale : _____
b) autres formatrices : _____
c) - fonction occupée : _____
d) - CLSC auquel elles sont rattachées : _____

10) Seriez-vous intéressé à utiliser un programme-cadre de formation standardisé à l'échelle nationale?

a) oui _____ *b*) non _____
c) pourquoi et/ou à quelles conditions? _____
_____

Mise à jour, soutien clinique, formation, évaluation

11) Décrire la nature du soutien clinique offert aux infirmières pendant le traitement d'un appel (ex. : pairs, monitrice, infirmière clinicienne, infirmières-ressources de différents programmes) :

a) soutien clinique disponible, oui _____
b) soutien clinique disponible, non _____
c) description : _____
_____

12) Décrire les activités visant à l'amélioration continue de la compétence auxquelles les infirmières participent (ex. : faire de l'écoute d'appels, discussion de cas entre pairs, formation en cours d'emploi, participation à des colloques, etc.) : _____
_____
_____
_____

13) Toutes les infirmières affectées à IS bénéficient-elles de ces activités?

a) oui _____ *b*) non _____
c) sinon, lesquelles en sont exclues? _____

14) Temps consacré aux activités d'amélioration continue de la compétence spécifiques à l'équipe IS (ex. : faire de l'écoute d'appels, discussion de cas entre pairs, formation en cours d'emploi, participation à des colloques, etc.) :

a) n. de jours/par année/par infirmière (*formation*) : _____
b) n. de jours/par année/par infirmière (*autres activités d'amélioration continue de la compétence*) :
_____

15) À quelle fréquence faites-vous l'évaluation de la compétence de l'infirmière? _____

Maintien et amélioration de la qualité

16) Est-ce que votre établissement participe au programme d'agrément du Conseil québécois d'agrément?

a) oui _____ *b*) non _____

17) Avez-vous un programme d'amélioration de la qualité spécifique à Info-Santé (ou des éléments spécifiques à IS à l'intérieur d'un programme plus large couvrant différents services)?

a) non _____
b) oui _____ programme spécifique à Info-Santé
c) oui _____ éléments spécifiques à Info-Santé
d) pouvez-vous nous faire parvenir le document?
non _____ oui _____

** si éléments spécifiques d'un programme plus large, remettre seulement la partie concernant Info-Santé*

18) Faites-vous des relances auprès de la clientèle pour évaluer les résultats des interventions?

a) non _____ *b*) oui _____
c) si oui, à quelle fréquence?_____

19) Utilisez-vous un outil spécifique? _____

* si oui, *fournir l'outil par télécopieur*

20) Combien d'usagers ont été rejoints par ces relances au cours de 2003- 2004? _____

a) ne s'applique pas _____

21) Qui effectue les relances auprès de la clientèle?

a) infirmière elle-même _____
b) responsable du service _____
c) autres _____

22) Dans le cas où les relances auprès de la clientèle ne sont pas faites par les infirmières qui ont traité l'appel, est-ce qu'elles reçoivent une rétroaction sur les résultats de leurs interventions?

a) non _____ *b*) oui _____
c) si oui, à quelle fréquence? _____

23) Faites-vous d'autres activités d'évaluation :

a) des résultats?_____
_____
b) et/ou de la qualité?_____ _____
_____

Suivi des plaintes

24) Avez-vous un système de suivi des plaintes reliées au service Info-Santé?

a) oui _____ *b*) non _____ *c*) ne sait pas _____

25) Combien de plaintes ont été enregistrées à votre CLSC au sujet d'Info-Santé en 2003-2004?

a) nombre : _____ *b*) ne sait pas _____

26) Combien de ces plaintes portaient :

a) sur l'accessibilité (délai d'attente, délai de retour d'appel, utilisation des répondeurs ou de la réponse vocale interactive, etc.)? _____
b) sur l'intervention de l'infirmière (compétence, pertinence ou clarté des conseils offerts)? _____
c) autres raisons (courtoisie, etc.) : _____

Tâches associées à la réponse Info-Santé

27) Durant les quarts de travail où les infirmières assurent la réponse IS, sont-elles dédiées à cette tâche uniquement ou doivent-elles assumer aussi d'autres tâches durant les mêmes heures?

a) tâche unique _____
b) autres tâches (non reliées à IS) _____
c) spécifiez _____

28) Quel est le pourcentage de temps alloué aux autres tâches? _____

a) commentaires : _____
_____

Outils et environnement de travail

29) Est-ce que toutes les infirmières qui travaillent à Info-Santé disposent en tout temps :

a) d'un poste de travail permettant l'utilisation de l'application Info-Santé?
_____

b) de la version la plus à jour des protocoles infirmiers informatisés (version 2.4)?
_____

c) de la version la plus à jour des protocoles infirmiers en version papier?
_____

d) de toute la documentation de référence nécessaire et à jour?
_____

30) En général, l'environnement de travail est-il adéquat pour favoriser la qualité des interventions (la confidentialité, la concentration, etc.)?

a) tout à fait _____
b) assez adéquat _____
c) peu adéquat _____
d) pas du tout _____

31) Si la réponse est « peu » ou « pas du tout adéquat », précisez :

a) bruit : _____
b) température ambiante : _____
c) qualité de l'air : _____
d) cloisons : _____
e) autres : _____

Point de vue des responsables du service sur l'amélioration de la qualité

32) Si vous aviez toute la latitude, les ressources et le temps nécessaires pour y arriver, quelles seraient les premières choses que vous feriez pour améliorer la qualité de la réponse professionnelle dans votre service Info-Santé?

a) premièrement : _____
b) deuxièmement : _____
c) autres choses : _____

33) Si vous aviez toute la latitude, les ressources et le temps nécessaires pour y arriver, quelles seraient les premières choses que vous feriez pour améliorer le recrutement et la rétention du personnel?

a) premièrement : _____
b) deuxièmement : _____
c) autres choses : _____

Le questionnaire se termine ici, aimeriez-vous formuler d'autres commentaires en rapport avec les sujets que nous venons d'aborder ou sur tout autre sujet relié à la qualité de la réponse Info-Santé?
_____
_____

Merci de votre collaboration!
Direction de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Septembre 2004

Annexe C
Contenu clinique devant être couvert durant la formation lors de l’embauche ou d’une première affectation à Info-Santé

Contenu clinique devant être couvert durant la formation lors de l'embauche ou d'une première affectation à Info-Santé

« Outre les responsabilités inhérentes à la fonction d'infirmière à Info-Santé, le contenu clinique du programme de formation doit couvrir :

- Les principes et les limites de l'intervention téléphonique;
- Les aspects éthiques et légaux de l'intervention téléphonique;
- L'évaluation par téléphone de diverses situations de santé;
- Les types d'interventions consécutives à l'analyse des données de l'évaluation;
- La vérification de la compréhension qu'a le client des conseils reçus et de sa satisfaction à la suite de l'intervention;
- L'approche pédagogique préconisée pour l'enseignement par téléphone;
- Les techniques de gestion des communications difficiles;
- L'utilisation des protocoles infirmiers;
- L'utilisation des répertoires de ressources et d'autres documents de référence;
- Les notes à consigner à la fiche d'appel;
- Les mécanismes et les outils en place pour assurer la continuité des soins;
- Les mécanismes de soutien clinique. »

Source : *L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998, page 13.

Annexe D
Liste des documents recueillis concernant les programmes de formation initiale à Info-Santé

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
01	**CLSC de la Mitis (centrale régionale)**	A) *Programme de formation des intervenants sur le logiciel Info-Santé*, mars 1997, 9 pages.	A) Programme de formation de trois jours pouvant être donnée par modules. La formation est structurée autour de quatre objectifs généraux et de seize objectifs spécifiques.
		B) *Répertoire des protocoles infirmiers. Programme de formation (formateurs)*, texte non fourni.	B) Le document fourni est la page titre d'un document de formation dont le contenu a été adapté d'un document produit conjointement par N. Bédard et S. Boivin du CLSC Haute-Ville–Des-Rivières, avec la collaboration du CLSC Montréal-Nord.
		C) *Plan de formation – orientation Info-Santé CLSC*, décembre 2001, 3 pages + annexes.	C) Plan d'une formation de trois jours, structurée en neuf modules. Le document décrit le contenu d'une pochette remise aux infirmières qui contient les documents suivants : • *Évaluation du symptôme principal ou la collecte de données au téléphone*, Lise Bertrand. • *L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. • *L'exercice infirmier en santé communautaire. Les services de santé courants et Info-Santé*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. • Liste d'interjections. • Grille pour écoute d'appels (grille d'évaluation structurée selon les 10 dimensions de l'appel, et comportant 35 points). • Feuille de commentaires et d'objectifs personnels.
02	**CLSC du Piekouagami (centrale régionale)**	(document sans titre ni date), 1 page.	Table des matières d'un document structuré en quinze sections, se rapportant à différents aspects du travail à la centrale Info-Santé.
03	**CLSC Haute-Ville–Des-Rivières (centrale régionale)**	*Formation clinique à l'embauche*, Mariette Montecino, septembre 2004, 2 pages.	Plan d'une formation structurée en dix activités recouvrant chacune différents objectifs spécifiques (document inclus dans les annexes du *Programme d'amélioration de la qualité* cité à l'annexe E du présent rapport).

[36] Voir la liste des noms et des numéros des régions sociosanitaires à l'annexe H.

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
04	**Centre de santé Les Blés d'or (centrale régionale)**	*Plan de formation*, 14 septembre 2004, 1 page.	Plan décrivant sommairement les sujets traités dans une formation répartie sur huit journées.
05	**CLSC de Sherbrooke (centrale régionale)**	*Programme d'orientation de l'infirmière à Info-Santé* (extraits), mai 2003, 13 pages.	Extraits d'un document de plus de 26 pages avec annexes. Plan de formation structuré en cinq sections.
06	**CLSC du Vieux Lachine (centrale sous-régionale)**	A) *Formation Info-Santé*, 21 juin 2004, 2 pages.	A) Plan sommaire d'une formation de cinq jours répartie en douze points.
		B) *Service Info-Santé. Plan d'orientation*, juin 2003, 8 pages.	B) Programme de formation de sept jours, structuré autour de sept objectifs spécifiques.
06	**CLSC Métro (centrale sous-régionale)**	A) *Programme de formation du personnel infirmier Info-Santé CLSC centrale Métro*, version 17 mai 2000, 13 pages.	A) Plan détaillé d'une formation de trois jours comportant sept unités.
		B) *Plan de la formation pour le personnel infirmier à Info-Santé. Travail de collaboration – régions 6 et 13 – Décembre 1998*, 3 pages.	B) Plan sommaire d'un programme de formation réparti sur six jours, dont trois jours de formation théorique et trois jours de pratique supervisée.
		C) *Cédule d'orientation*, non daté, 1 page.	C) Description sommaire d'activités de formation réparties sur huit jours, dont trois jours de formation théorique et cinq jours de jumelage.

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
06	**CLSC Rosemont (centrale sous-régionale)**	*Plan de formation intégrée Info-Santé CLSC*, version révisée 28 mars 2003, 1 page.	Description sommaire d'un programme de formation de huit jours.
06	CLSC Côte-des-Neiges	*Programme services courants – Accueil centralisé – Processus d'orientation*, non daté, 1 page.	Aperçu sommaire du processus d'orientation pour le volet « Accueil téléphonique », comprenant une orientation théorique de quatre à sept heures, une période d'accompagnement d'environ cinq jours, et une période d'autonomie et probatoire.
06	CLSC Montréal-Nord–CHSLD Paul-Lizotte	*Formation Info-Santé. Travail de collaboration – Régions 6 et 13 – Décembre 1998* (extraits), 5 pages.	Extraits d'un document d'au moins 73 pages, selon la pagination des sections fournies. Contient la section « Synopsis de la méthodologie de traitement d'un appel » (1 page), la section 4.1.3, « La méthode de travail et les outils disponibles : Revue des systèmes » (3 pages), et un tableau intitulé « Les sphères d'exploration » (1 page).
06	CLSC Pierrefonds	*Formation Info-Santé. Contenu théorique*, version révisée en septembre 2004, 2 pages.	Plan d'une formation comportant treize volets et répartie sur quatre jours.
06	CLSC René-Cassin	*Services courants. Plan d'intégration pour les infirmières*, septembre 2003, 8 pages.	Plan d'un programme de formation de quinze jours, comprenant les éléments d'orientation du programme *Services de santé courants*, incluant 22 objectifs, dont 8 objectifs spécifiques au volet Info-Santé.
06	CLSC Saint-Michel	Programme de formation de la centrale Info-Santé de Rosemont.	Document non fourni, mais cité comme étant celui utilisé au CLSC. La formation dure quatre jours à la centrale, et est complétée par un ou deux jours d'orientation pour le service local.
06	CLSC Lac-Saint-Louis	*Programme de formation Info-Santé. CLSC Lac Saint-Louis*, non daté, 1 page.	Texte présentant les sept objectifs poursuivis lors de la formation initiale à Info-Santé, laquelle s'étend sur cinq jours.

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
07	**CLSC de Hull (centrale régionale)**	*Manuel d'orientation des infirmières dans le cadre d'Info-Santé CLSC de l'Outaouais. Région administrative 07*, juin 2004, extraits de 9 pages.	Table des matières d'un document de plus de 130 pages avec annexes décrivant le contenu de la formation en cinq modules. Un tableau présente les 25 objectifs du programme de formation ainsi que le contenu et les activités qui s'y rattachent.
08	CSSS de la Vallée-de-l'Or	*Info-Santé. Plan de formation*, non daté, 3 pages.	Description sommaire d'un programme de formation de cinq jours, structuré en quinze points.
09	**CS de la Minganie (centrale régionale)**	*Orientation – Centrale Info-Santé*, version révisée avril 2002, 10 pages.	Première partie du document décrivant un plan de formation de six jours structuré autour de dix-neuf objectifs, destiné aux infirmières de la centrale : trois journées d'enseignement suivies de trois journées d'initiation de soir et de nuit sur semaine, et de soir en fin de semaine. Deuxième partie décrivant le même contenu pour les trois premières journées d'enseignement, structuré autour de treize objectifs. On y indique que, de retour dans son milieu de travail, l'infirmière doit compléter son orientation par deux jours ou plus de jumelage, et par une évaluation au bout de quinze à vingt jours.
09	CLSC Manicouagan	*Info-Santé – Plan de formation*, octobre 1995, 9 pages.	Programme de formation de trois jours, structuré autour de douze objectifs répartis en quatre modules. Note indiquant que le document a été originellement élaboré par le CLSC Haute-Ville de Québec.
09	CS Saint-Jean-Eudes	*Info-Santé. Répertoire des protocoles infirmiers*, non daté, 67 pages.	Document décrivant le contenu d'une formation structurée autour de onze objectifs. Le onzième objectif comporte une série de 125 mises en situation.
11	**CLSC Mer et Montagnes (centrale régionale)**	*Guide d'orientation de l'infirmière – Info-Santé*, avril 2002, 15 pages.	Plan de formation de 10 jours, comportant 40 éléments; le document comporte une grille d'évaluation d'appels en 45 points pouvant être utilisée durant la période probatoire de l'infirmière *(grille assez semblable à celle fournie par le CLSC de Gatineau – région 07).*

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
12	**CSSS de Beauce (centrale régionale)**	A) (document sans titre et non daté), 12 pages.	A) Contenus de formation pour le volet clinique. Grille horaire (deux pages) et synopsis (dix pages) décrivant une formation de deux jours pour le service régional. Éléments portant sur le système téléphonique, les orientations vers les CLSC, le service de garde en santé publique, le service 9-1-1, les liens avec les soins à domicile, la réponse aux appels à Urgence-Détresse, etc.
		B) (document sans titre et non daté), 14 pages.	B) Contenus de formation au service Info-Santé régional. Grille horaire (deux pages) et synopsis (douze pages) décrivant un programme de formation de deux jours destiné aux infirmières de la centrale et structuré autour de 33 objectifs.
		C) *Formation des infirmières à Info-Santé CLSC – Volet informatique* (programme conçu initialement en Montérégie, révisé en avril 2002 par la centrale du CSSS de Beauce), 10 pages.	C) Programme de formation de trois jours structuré autour de dix-sept objectifs, volet informatique.
		D) *Feuille de route lors du jumelage*, daté du 10 avril 2002, 2 pages.	D) Fiche d'évaluation comportant 37 critères liés à la qualité de la communication, à la collecte de données, à l'analyse et à l'interprétation, à la planification et à l'intervention, à l'évaluation et à la fiche d'appel informatisée.
12	CLSC Frontenac	A) (non titré), 2 pages.	A) Table des matières d'un document de plus de 116 pages, décrivant un plan de formation structuré en 10 objectifs.
		B) *Session de formation accessibilité continue 24/7*, 25 mai 1995, 4 pages.	B) Plan d'un programme de formation structuré autour de onze objectifs. Note indiquant que le contenu est tiré du plan de session de la formation Info-Santé Québec/Montréal, et adapté par le CLSC Beauce-Centre et le CH de Beauceville.

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
13	**CLSC du Marigot (centrale régionale)**	*Programme d'orientation des infirmières Info-Santé CLSC. Centrale du Marigot, Laval*, mis à jour 1er octobre 2004, 26 pages.	Programme de formation de 10 jours, réparti en 8 unités comportant au total 51 objectifs spécifiques. Les quatre derniers jours de la formation consistent à amorcer la prise d'appels en débutant par l'écoute d'appels en parallèle jusqu'à la prise d'appels sous différents degrés de supervision.
14	**CLSC D'Autray (centrale régionale)**	*Info-Santé Lanaudière. Programme d'orientation du personnel*, version révisée le 12 décembre 2002, 9 pages.	Plan d'un programme de formation de 8 jours, structuré autour de 26 objectifs.
15	**CLSC Thérèse-de-Blainville (centrale régionale)**	A) *Formation clinique Info-Santé CLSC. Plan de cours*, session automne 2003, 10 pages.	A) Programme de formation de 35 heures, incluant 7 heures d'intervention supervisée en milieu de travail. Contenu réparti en 8 modules comportant 15 objectifs. Bibliographie.
		B) *Formation informatique Info-Santé CLSC. Plan de cours*, session automne 2003, 7 pages.	B) Programme de formation de 35 heures, incluant 7 heures d'intervention supervisée en milieu de travail. Contenu réparti en 9 modules comportant 26 objectifs. Donné après la formation clinique.
16	**Centrale régionale Info-Santé CLSC de la Montérégie**	*Formation Info-Santé CLSC*, non daté, 5 pages.	Plan d'un programme de formation de base, comportant huit parties avec annexes, d'un programme de collecte de données avec suivi individuel et d'un programme d'ateliers de lecture dirigée avec suivi individuel.
16	CLSC Longueuil-Ouest	A) « Chapitre 9 – Service Info-Santé. Programme de refamiliarisation », non daté, 4 pages.	A) Description du contenu d'un programme offert aux infirmières déjà formées à Info-Santé, mais qui n'y ont pas travaillé depuis plus de douze mois. Le programme s'étend sur l'équivalent d'une journée d'enseignement, suivie d'une période de supervision et d'une évaluation des besoins complémentaires de connaissances ou d'habiletés.
		B) *CLSC Longueuil-Ouest – Formation Info-Santé fiche d'appel informatisée*, non daté, 4 pages.	B) Document décrivant le contenu d'un programme de formation portant sur la fiche d'appel informatisée du logiciel Info-Santé.

Région[36]	Établissement	Titre du document	Aperçu
		C) *Info-Santé – Formation sur le répertoire des ressources en Lotus Notes*, septembre 2001, 1 page.	C) Description d'une session de formation de trois heures portant sur l'utilisation du répertoire de ressources en Lotus Notes.
16	CLSC-CHSLD des Maskoutains	A) (Document non titré, provenant de la centrale Info-Santé du Richelieu), 2 pages.	A) Table des matières d'un document de plus de 97 pages comportant huit parties avec des annexes. + Table des matières d'un document de plus de 35 pages portant sur le volet informatique de la formation.
		B) *Formation locale au CLSC des Maskoutains*, non daté, 2 pages.	B) Description d'une formation de 2,5 jours donnée au CLSC et structurée autour de sept objectifs. Cette formation à l'échelle locale est donnée en complément à la formation donnée à la centrale du Richelieu.
16	CLSC-CHSLD des Patriotes	*Planification de l'orientation Info-Santé local – jours I et II*, non daté, 1 page.	Grille portant sur neuf éléments d'orientation à couvrir durant les deux jours d'orientation à Info-Santé suivant les six jours de formation donnée aux infirmières par la centrale.

Annexe E
Liste des documents recueillis concernant les programmes et outils d'amélioration de la qualité

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
01	**CLSC de la Mitis (centrale régionale)**	*Grille pour écoute d'appels*, non daté, 1 page.	Grille d'évaluation axée sur 10 dimensions de l'appel, comportant 35 points. Outil inclus dans la pochette de documentation remise lors de la formation initiale à Info-Santé.
03	**CLSC Haute-Ville–Des-Rivières (centrale régionale)**	*Programme d'amélioration de la qualité spécifique à Info-Santé*, Mariette Montecino, 27 septembre 2004, 40 pages.	Plan d'un programme en six volets, accompagné de plusieurs documents annexes, dont un tableau illustrant les étapes de l'entretien d'aide, un outil d'évaluation des appels en onze points, une série de quatorze modules de formation en cours d'emploi, un outil de relance clientèle comportant dix questions, un cahier de procédures ainsi qu'un plan de formation clinique à l'embauche comportant dix activités.
06	**CLSC du Vieux Lachine (centrale sous-régionale)**	A) *Questionnaire de relance*, non daté, 2 pages.	A) Questionnaire de relance téléphonique auprès des usagers, comportant seize questions. Versions française et anglaise.
		B) *Processus d'évaluation de l'intervention téléphonique au service Info-Santé du Vieux Lachine*, 27 septembre 2004, 3 pages.	B) Document d'information à l'intention des nouvelles infirmières décrivant les différentes étapes d'évaluation prévues au cours de la période probatoire (deux pages) et accompagné d'une grille d'autoévaluation des interventions téléphoniques portant sur neuf éléments (une page).
		C) *Processus d'amélioration continue de la qualité. Éléments ciblés pour l'année 2004-2005*, 27 septembre 2004, 2 pages.	C) Document décrivant les quatre éléments d'amélioration ciblés pour trois périodes déterminées, les objectifs visés et la méthode d'évaluation qui sera utilisée.

[37] Voir la liste des noms et des numéros des régions sociosanitaires à l'annexe H.

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
06	**CLSC Métro (centrale sous-régionale)**	A) *Centrale Info-Santé. Plan d'action 2003-2004*, non daté, 5 pages.	A) Plan d'action comportant dix objectifs et décrivant pour chacun les actions à accomplir, les ressources et les échéances.
		B) *Évaluation du taux de satisfaction*, non daté, 6 pages.	B) Questionnaire comportant 23 questions pour une relance auprès de la clientèle.
		C) *Grille d'évaluation d'un appel. Formation Info-Santé, travail de collaboration – régions 6 et 13 – décembre 1998*, 8 pages.	C) Document tiré du programme de formation Info-Santé (unité 6.1). Cette grille comporte 64 éléments pour l'évaluation de la qualité de la prise d'appel des infirmières.
		D) *Outils d'évaluation appel Info-Santé*, non daté, 1 page.	D) Grille d'évaluation d'un appel en 23 points.
06	CLSC Côte-des-Neiges	A) *Plan d'amélioration octobre 2001*, 1 page.	A) Énoncé de quatre objectifs découlant de la démarche d'agrément du CLSC en 2000, dont l'un porte sur le temps d'attente et le taux d'abandon des appels à Info-Santé.
		B) « Direction des soins et services cliniques – Programmation 2002-2005 », juillet 2003, 2 pages.	B) Extrait de la programmation 2002-2005 où figure un objectif d'amélioration du temps d'attente et du taux d'abandon à Info-Santé, selon les normes nationales en vigueur.
		C) *Grille d'évaluation – Connaissances sur les activités de l'infirmière aux soins et services cliniques*, non daté, 4 pages.	C) Grille d'évaluation en dix-neuf points, dont certains sont directement liés à la fonction Info-Santé, et d'autres se rapportent à différents programmes du CLSC.
06	CLSC Lac-Saint-Louis	*Amélioration de la qualité – L'exercice infirmier – Service Info-Santé*, non daté (2002?), 10 pages.	Document présentant une démarche d'évaluation étendue sur 9 semaines, à l'aide d'une grille comportant 75 points, utilisée successivement en mode d'autoévaluation et de coévaluation (en dyade). Le texte mentionne que cet outil est adapté du document *Formation Info-Santé, régions 6 et 13 – décembre 1998. Volet Évaluation*.

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
06	CLSC Montréal-Nord–CHSLD Paul-Lizotte	A) *Démarche d'amélioration continue de la qualité aux services courants*, C. Tremblay et C. Pérusse, mai 2003, 12 pages.	A) Document de trois pages complété par deux outils en annexe, qui traite d'éléments particuliers à Info-Santé inclus dans la démarche d'amélioration continue des services courants du CLSC. Le premier outil est une grille intitulée « Info-Santé. Outil d'évaluation et de co-évaluation » comportant 28 points, complétée par une fiche synthèse; cet outil est adapté d'un document produit au CLSC Rosemont en mai 1998. Le deuxième outil est une grille intitulée « Auto-évaluation/Rédaction des notes au dossier » comportant huit points et complétée par un plan d'amélioration. La démarche est en place depuis 1999 et réitérée chaque année.
		B) *Info-Santé. Évaluation de la formation : simulations d'appels*, C. Tremblay et C. Hamelin, juillet 2003, 4 pages.	B) Évaluation d'une démarche de formation continue qui a consisté à inviter les infirmières d'Info-Santé à participer mensuellement à une simulation d'appels téléphoniques durant l'année 2002. Présente un aperçu du déroulement de la formation, les résultats obtenus, une analyse accompagnée de recommandations. Un feuillet intitulé « Exercice de simulation. Information à l'intention des participantes » (une page) est annexé.
		C) *Info-Santé. Évaluation des fiches d'appel*, non daté, 1 page; + *Fiche synthèse de l'évaluation des fiches d'appel à Info-Santé*, non daté, 1 page.	C) Deux fiches complémentaires : l'une sert à l'évaluation des appels selon une grille en dix-neuf points, et l'autre permet de formuler une synthèse de l'évaluation des appels d'une infirmière, de déterminer les points à améliorer et les moyens à prendre pour y arriver.
		D) *Info-Santé – Relance clientèle*, septembre 1999, 1 page.	D) Fiche comportant six questions adressées au client lors d'une relance.
06	CLSC Olivier-Guimond	*Info-Santé. Évaluation de la qualité des soins infirmiers*, Rolande Binette, mai 2004, 2 pages.	Grille d'évaluation d'un appel comportant 23 points.

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
06	CLSC du Plateau Mont-Royal	*Appels à Info-Santé – Outil d'auto-évaluation*, 21 août 2003, 3 pages.	Grille d'autoévaluation d'appels structurée en 6 thèmes et portant sur 24 points.
06	CLSC René-Cassin	A) *Info-Santé. Évaluation et recommandations*, mars 2004, 7 pages.	A) Document décrivant les neuf objectifs fixés en 2003 par le CLSC concernant son service Info-Santé, l'évaluation des résultats obtenus et les recommandations formulées pour 2004-2005. Démarche directement inspirée du *Guide pour assurer la qualité des soins infirmiers au service Info-Santé CLSC* produit en 2001 par le groupe de travail clinique formé par l'Association des CLSC et des CHSLD.
		B) *Guide pour la qualité des soins infirmiers au service Info-Santé CLSC au 27 novembre 2001 et recommandations pour le CLSC René-Cassin*, non daté, 13 pages.	B) Document inspiré du guide cité plus haut et adapté pour le CLSC.
		C) (document non titré et non daté), 4 pages.	C) Documents comprenant une grille d'évaluation des infirmières à Info-Santé élaborée autour de 8 objectifs ainsi qu'une grille d'évaluation des fiches d'appel en 28 points.
07	**CLSC de Hull (centrale régionale)**	*Info-Santé CLSC – Audit de l'appel*, non daté, 3 pages.	Grille d'évaluation d'appels portant sur 45 points, utilisée à la fois lors de la formation initiale, à la fin de la période probatoire et pour des évaluations ponctuelles.
07	CLSC-CHSLD de Gatineau	*Grille d'observation – Info-Santé*, juillet 2003, 6 pages.	Grille d'observation en 54 points permettant d'évaluer le traitement des appels, pouvant être utilisée durant la période probatoire de l'infirmière (assez semblable à celle du CLSC Mer et Montagnes – région 11).

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
11	**CLSC Mer et Montagnes (centrale régionale)**	(document sans titre et non daté), 5 pages.	Grille d'évaluation d'appels en 45 points pouvant être utilisée durant la période probatoire de l'infirmière, présentée dans le programme de formation initiale des infirmières (grille assez semblable à celle fournie par le CLSC de Gatineau – région 07).
12	**CLSC Beauce-Centre (centrale régionale)**	*Appréciation de la qualité du service Info-Santé CLSC*, dernière version adoptée par les responsables locaux d'Info-Santé CLSC, 23 septembre 1999, 21 pages.	Document de 21 pages comprenant : • la description de la démarche à effectuer pour évaluer les appels traités par l'infirmière et une grille d'appréciation de la qualité portant sur 41 points; • des extraits des lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; • des extraits du document *Exercice infirmier en santé communautaire* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec se rapportant à l'intervention téléphonique.
13	**CLSC du Marigot (centrale régionale)**	A) *Grille d'évaluation d'un appel*, décembre 2000, 5 pages.	A) Document produit conjointement par les CLSC de la région de Laval. Porte sur 64 points et comprend un sommaire d'évaluation à remplir par l'infirmière et par l'assistante qui procède à l'évaluation.
		B) *Appréciation de la qualité/soins infirmiers – Relance téléphonique auprès de la clientèle Info-Santé*, non daté, 3 pages.	B) Grille d'entrevue téléphonique comportant 23 questions adressées à l'usager. Mentionne les sources utilisées pour son élaboration.
		C) *Projet Évaluation de la qualité de l'exercice infirmier au service Info-Santé CLSC*, document de travail, 1er octobre 2004, 1 page.	C) Sommaire des ressources humaines et financières nécessaires pour la mise en place du projet.

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
13	CLSC Norman-Bethune	A) *Appréciation de la qualité/soins infirmiers – Relance téléphonique auprès de la clientèle Info-Santé (document de travail)*, non daté, 3 pages.	A) Grille d'entrevue téléphonique comportant 23 questions adressées à l'usager. Mentionne les sources utilisées pour son élaboration (même document que celui utilisé par la centrale).
		B) *Projet régional de surveillance de la qualité de l'exercice infirmier aux services Info-Santé CLSC*, janvier 1999, 3 pages.	B) Document préparé par les responsables des services Info-Santé CLSC de la région de Laval et présenté aux directeurs généraux des CLSC de Laval, mais le projet n'a pas pu être mis en œuvre.
13	CLSC Sainte-Rose-de-Laval	A) (Programme de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), 2001	A) Document non fourni, mais cité comme étant la référence utilisée pour l'amélioration de la qualité à Info-Santé dans le CLSC.
		B) Outil de relance téléphonique du CLSC du Marigot	B) Document non fourni, mais cité comme étant utilisé dans le CLSC.
15	CLSC Arthur-Buies	*Bilan du plan d'action 2002-2004. Service Info-Santé CLSC de la région des Laurentides. CLSC Arthur Buies*, version révisée le 20 septembre 2002, 5 pages.	Document décrivant dix-sept mesures à adopter afin d'améliorer l'accessibilité du service Info-Santé et de réduire les délais d'attente. Une partie des mesures décrites se rapportent cependant à des objectifs de qualité tels que le développement de la formation continue, l'encadrement clinique et la supervision, le développement de liens avec les autres programmes, etc.
16	CLSC Longueuil-Ouest	A) *Maintien des compétences – Rappel des procédures*, note et documents, dates diverses, 5 pages.	A) Note accompagnée de divers documents et formulaires concernant les procédures adoptées pour le maintien des compétences des infirmières du CLSC.

Région[37]	Établissement	Titre du document	Aperçu
		B) *Communiqué Info-Santé/Info-Santé : les différents moyens d'encadrement, de soutien clinique et d'échange clinique*, non daté, 3 pages.	B) Document expliquant au personnel d'Info-Santé les différents moyens existants pour parfaire ses compétences et sa connaissance dans la réponse téléphonique.
		C) *Auto-évaluation concernant l'application de la démarche systématique selon le modèle de McGill*, D. Paquette-Desjardins et G. Lamoureux, janvier 1997, 2 pages.	C) Fiche d'autoévaluation portant sur quinze éléments.
		D) *Grille d'identification des besoins de formation*, non daté, 8 pages.	D) Formulaire fourni aux infirmières pour déceler et prioriser leurs besoins de formation en cours d'emploi sur différents thèmes pertinents au service Info-Santé.
16	CLSC-CHSLD des Patriotes	Programme d'amélioration de la qualité à Info-Santé (information fournie lors de la collecte dans le cadre d'une correspondance), 1 page.	Liste de neuf mesures appliquées en vue de l'amélioration de la qualité à Info-Santé. Ces mesures comprennent surtout des activités de formation sur différents sujets (asthme, inhalothérapie, etc.) et l'inscription d'une infirmière au colloque annuel de l'Association des infirmières en Info-Santé.

Annexe F
Répartition des infirmières assignées au service Info-Santé selon le nombre d'appels traités en 2003-2004

Tableau 1
Répartition des infirmières assignées au service Info-Santé[1] selon le nombre d'appels traités en 2003-2004

N^{bre} annuel d'appels	< 225 appels	< 550 appels	< 1 100 appels	1 100 appels +	Total
Moyenne hebdomadaire d'heures travaillées à Info-Santé	< 2 h/sem.	< 1/2 j/sem.	< 1 j/sem.	1 j/sem. +	
Centrales régionales (N^{bre} = 18)					
N^{bre} d'infirmières	143	86	76	334	639
%	22 %	13 %	12 %	52 %	100 %
Service local (N^{bre} = 60)					
N^{bre} d'infirmières	222	102	110	98	532
%	42 %	19 %	21 %	18 %	100 %
TOTAL (N^{bre} = 78 CLSC)					
N^{bre} d'infirmières	365	188	186	433	1 172
%	31 %	16 %	16 %	37 %	100 %

[1] Ces résultats ne tiennent compte que des infirmières régulières et occasionnelles qui étaient en fonction au CLSC durant au moins onze mois pendant l'année 2003-2004. On a retiré du calcul toutes les infirmières qui ont été non disponibles pendant plus d'un mois au cours de l'année ainsi que toutes les infirmières d'agences.

LD 11 mai 2005
MSSS

Annexe G
Effectifs infirmiers et taux de roulement observé (tableaux 2 et 3)

Tableau 2
Effectifs infirmiers dans les services Info-Santé CLSC, par région, 2003-2004

RÉGION	Nombre total d'infirmières[1] Année 2003-2004 (57 CLSC sur 79)					Estimation du taux de roulement[2] 1er avril au 31 août 2004 (63 CLSC sur 79)			
	Nbre TOTAL	T. plein régulier	T. partiel régulier	TPO (liste de rappel)	Personnel indépen-dant (agences)	Nbre au 1er avril 2004	Nbre au 31 août 2004	Départs entre ces deux dates	Taux roul. 5 mois
total 01 (centrale)[3]	25	6	12	7	0	19	18	1	5 %
total 02 (centrale)[3]	42	10	18	14	0	39	42	0	0 %
total 03	78	27	27	23	1	60	61	5	8 %
total 04 (centrale)[3]	35	6	25	4	0	26	25	1	4 %
total 05 (centrale)[3]	33	10	14	9	0	24	23	3	13 %
total 06	646[4]	100	80	68	372	168	149	20	13 %
total 07	98	26	28	13	31	39	42	8	20 %
total 08 (centrale)[3]	13	0	11	2	0	13	13	0	0 %
total 09[5]	29	3	*(3,6)*	22	0	5	*(2,9)*	*(2,1)*	53 %
total 11 (centrale)[3]	20	9	8	3	0	16	17	0	0 %
total 12	79	17	28	34	0	47	49	7	15 %
total 13	65	6	13	3	43	43	43	5	12 %
total 14 (centrale)[3]	41	5	18	15	3	29	21	11	44 %
total 15	55	15	16	22	2	37	36	8	22 %
total 16	149	35	66	28	20	133	133	10	8 %
TOTAL NATIONAL	1 407	275	368	267	472	698	675	81	12 %

Voir les notes explicatives à la page suivante.

LD, Direction de l'évaluation, 18 janvier 2005

Notes du tableau 2

[1] Le nombre total d'infirmières ayant traité des appels Info-Santé est surestimé dans une proportion inconnue, en raison du fait que certaines infirmières peuvent avoir travaillé dans plus d'un établissement, surtout dans les régions où plusieurs CLSC sont géographiquement rapprochés. Cette surestimation est probablement plus importante pour le personnel occasionnel et les infirmières d'agences, et peu importante pour le personnel régulier à temps plein.

[2] Les valeurs présentées ici concernant le taux de roulement portent sur la période du 1er avril au 31 août 2004. Elles ne tiennent compte que des infirmières qui détenaient un poste régulier, soit à temps plein, soit à temps partiel. Elles ne doivent pas être extrapolées sur douze mois, considérant les variations saisonnières qui peuvent survenir au cours de l'année.

[3] Les données des régions 01, 05, 11 et 14 portent uniquement sur les centrales, puisqu'il n'y avait pas de service local dans ces régions au moment de l'étude. Dans les régions 02 et 04, les données n'ont pas été recueillies auprès des CLSC locaux, ces derniers étant exclus de l'étude en raison de la centralisation imminente de la réponse locale. Les données de la région 08 sur le nombre d'infirmières sont également celles de la centrale, les deux services locaux n'ayant pas fourni cette information; un seul a pu fournir l'information sur le taux de roulement.

[4] La centrale du CLSC Rosemont à Montréal n'a pas été en mesure de fournir la répartition des 26 infirmières régulières et occasionnelles selon leur statut d'emploi. C'est pourquoi le nombre total d'infirmières pour la région 06 dépasse de 26 le total des nombres ventilés selon le statut d'emploi.

[5] Les nombres comportant des décimales (en italiques) sont tels que fournis par la centrale du CLSC de la Minganie,

Tableau 3
Effectifs infirmiers dans les services Info-Santé - Centrales régionales et sous-régionales

Nom de l'établissement et numéro de région	N^bre total d'infirmières[1] (centrales) - année 2003-2004						Taux estimé de roulement[2] - avril à août 2004			
	Région	N^bre TOTAL	T. plein régulier	T. partiel régulier	TPO (liste de rappel)	Personnel indépen-dant (agences)	N^bre au 1er avril 2004	N^bre au 31 août 2004	Départs entre ces deux dates	Taux roul. 5 mois
CS Mitissien (01)	01	25	6	12	7	0	19	18	1	5,4 %
CLSC du Piekouagami (02)	02	42	10	18	14	ND	39	42	0	0,0 %
H.-Ville–Des-Riv. (03)	03	68	25	25	17	1	56	57	5	8,8 %
CLSC Les Blés d'or (04)	04	35	6	25	4	0	26	25	1	3,9 %
CLSC de Sherbrooke (05)	05	33	10	14	9		24	23	3	12,8 %
CLSC Métro (06)	06	50	4	21	0	25	25	24	1	4,1 %
CLSC du Vieux Lachine (06)	06	29	9	6	3	11	17	18	2	11,4 %
CLSC Rosemont (06)[3]	06	105	ND	ND	ND	79	16	13	6	41,4 %
CLSC Villeray (06)	06	103	1	16	9	77	14	12	2	15,4 %
CLSC de Hull (07)	07	47	6	18	3	20	16	15	4	25,8 %
CS Sainte-Famille (08)	08	13	0	11	2	0	11	11		0,0 %
CS de la Minganie (09)[4]	09	23	2	3	18	0	(4,2)	(2,1)	(2,1)	66,7 %
CLSC Mer et Montagnes (11)	11	20	9	8	3	0	16	17		0,0 %
CLSC Beauce-Centre (12)	12	49	8	22	19	0	32	34	4	12,1 %
CLSC du Marigot (13)	13	63	6	11	3	43	20	18	3	15,8 %
CLSC D'Autray (14)	14	41	5	18	15	3	29	21	11	44,0 %
CLSC Th.-de-Blainville (15)	15	44	11	16	17	ND	26	26	5	19,2 %
CLSC du Richelieu (16)	16	86	8	57	11	10	81	82	5	6,1 %
TOTAL NATIONAL		876	126	301	154	269	471	458	55	11,9 %

LD, Direction de l'évaluation, 18 janvier 2005

Notes du tableau 3

[1] Le nombre total d'infirmières ayant traité des appels Info-Santé est surestimé dans une proportion inconnue, en raison du fait que certaines infirmières peuvent avoir travaillé dans plus d'un établissement, surtout dans les régions où plusieurs CLSC sont géographiquement rapprochés. Cette surestimation est probablement plus importante pour le personnel occasionnel et les infirmières d'agences, et peu importante pour le personnel régulier à temps plein.

[2] Les valeurs présentées ici concernant le taux de roulement portent sur la période du 1er avril au 31 août 2004. Elles ne tiennent compte que des infirmières qui détenaient un poste régulier, soit à temps plein, soit à temps partiel. Elles ne doivent pas être extrapolées sur douze mois, considérant les variations saisonnières qui peuvent survenir au cours de l'année.

[3] La centrale du CLSC Rosemont à Montréal n'a pas été en mesure de fournir la répartition des 26 infirmières régulières et occasionnelles selon leur statut d'emploi. C'est pourquoi le nombre total d'infirmières pour la région 06 dépasse de 26 le total des nombres ventilés selon le statut d'emploi.

[4] Les nombres comportant des décimales (en italiques) sont tels que fournis par la centrale du CLSC de la Minganie,

Annexe H
LISTE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC

LISTE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC

01 Région du Bas-Saint-Laurent
02 Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean
03 Région de la Capitale-Nationale
04 Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
05 Région de l'Estrie
06 Région de Montréal
07 Région de l'Outaouais
08 Région de l'Abitibi-Témiscamingue
09 Région de la Côte-Nord
10 Région du Nord-du-Québec
11 Région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
12 Région de la Chaudière-Appalaches
13 Région de Laval
14 Région de Lanaudière
15 Région des Laurentides
16 Région de la Montérégie
17 Région du Nunavik
18 Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

Santé
et Services sociaux
Québec

05-701-02