



ÉVALUATION DU DÉPLOIEMENT DES INFIRMIÈRES-CONSEILS EN PRÉVENTION CLINIQUE

**Stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux pratiques
cliniques préventives en milieu clinique de première ligne**



ÉVALUATION DU DÉPLOIEMENT DES INFIRMIÈRES-CONSEILS EN PRÉVENTION CLINIQUE

**Stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux pratiques
cliniques préventives en milieu clinique de première ligne**

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'île-de-Montréal*

Québec 

Une réalisation de l'Unité d'évaluation

Direction adjointe, planification, enseignement et recherche

Direction de santé publique

Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Direction scientifique

Nathalie Dubois, Ph.D. coordonnatrice professionnelle et chercheure, Unité d'évaluation

Viviane Leane, M.Sc. coordonnatrice professionnelle, Services préventifs en milieu clinique

Rédaction du rapport et auteures

Isabelle Johnson, M.Sc., agente de planification et de programmation de recherche, Unité d'évaluation et **Nathalie Dubois**, Ph.D.

Collecte et analyse des données

Isabelle Johnson avec la participation d'**Emilie Leblanc**, Ph.D., agente de planification et de programmation de recherche, Services préventifs en milieu clinique

Comité d'évaluation

Mireille Gaudreau, coordonnatrice de secteur, Services préventifs en milieu clinique

Sylvie Roberge, agente de planification et de programmation de recherche, Services préventifs en milieu clinique

Valérie Lemieux, coordonnatrice professionnelle, Services préventifs en milieu clinique

AK'ingabe Guyon, médecin conseil, Services préventifs en milieu clinique

Révision scientifique et lecture du rapport final pour commentaires

Angèle Bilodeau, Ph.D. chef de services, Recherche et évaluation

Émilie Leblanc, Ph.D., agente de planification et de programmation de recherche, Services préventifs en milieu clinique

Mise en page

Jennifer Dunn, agente administrative 2, Services préventifs en milieu clinique

Graphisme de la page couverture

Linda Daneau, Technicienne en infographie

Recherche financée par le Programme de subvention en santé publique (PSSP) dans le cadre de l'appel de besoins en évaluation de l'Unité d'évaluation, Direction adjointe à la planification, la recherche et l'enseignement.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Les opinions et interprétations exprimées dans ce rapport n'engagent que ses auteurs, elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue des personnes qui ont participé au processus d'évaluation et elles ne correspondent pas à une position institutionnelle et formelle.

© Direction de santé publique

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal (2015)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-485-6 (imprimé)

ISBN 978-2-89673-486-3 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2015

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont apporté leur collaboration à la réalisation de cette évaluation. Nous souhaitons souligner ici leur contribution et leur adresser nos sincères remerciements.

Les auteurs tiennent à remercier, tout spécialement, les infirmières-conseils en prévention clinique ainsi que les gestionnaires responsables de la mise en œuvre de la *Stratégie de promotion et de soutien des Pratiques cliniques préventives en milieu clinique de première ligne* au sein des CSSS. Sans leur confiance et leur générosité, l'évaluation du présent projet ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui.

Merci aux membres du comité d'évaluation pour leurs commentaires, leur présence soutenue et la qualité de leurs recommandations. Sans leur soutien, le rapport d'évaluation ne pourrait avoir l'étoffe actuelle. Il importe également de souligner l'apport apprécié d'Angèle Bilodeau et d'Émilie Leblanc dans la révision scientifique et la lecture finale du rapport.

Merci aux personnes qui ont collaboré à la planification du projet évalué, à la coordonnatrice professionnelle des pratiques cliniques préventives et à la responsable de la communauté de pratique des infirmières-conseils pour leur contribution à la compréhension du modèle d'intervention, à l'élaboration du devis d'évaluation ainsi que pour leur participation aux différentes étapes de l'évaluation (collecte, analyse et validation des résultats).

FAITS SAILLANTS

Le secteur Services préventifs en milieu clinique (SPMC) de la Direction de santé publique (DSP) du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal a pour mission de rendre accessible à la population montréalaise les pratiques cliniques préventives (PCP). Depuis 2006, le secteur finance le déploiement de 12 infirmières-conseils en prévention clinique (ICPC) dans chacun des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire.

Considérant l'évolution du mandat des ICPC au cours des dernières années, le secteur SPMC a souhaité mieux cerner et comprendre les fonctions et les activités réalisés actuellement par les 12 ICPC, l'intérêt des activités de planification et de soutien réalisées par l'équipe régionale pour les équipes locales ainsi que les contextes organisationnels de mise en œuvre du déploiement des ICPC. Ce désir de mieux comprendre le déploiement actuel des infirmières-conseils en prévention clinique a été soumis à l'*appel de besoins en évaluation* de la DSP au printemps 2013. Le projet d'évaluation a été évalué et accepté par l'Unité d'évaluation à l'automne 2013. Le projet a bénéficié du financement octroyé par le Programme de subvention en santé publique (PSSP).

L'évaluation s'appuie sur une méthodologie robuste assurant la validité et la fiabilité des résultats. Les dimensions étudiées dans le cadre de cette évaluation correspondent aux paramètres d'une théorie générale de la pratique (Bourdieu, 2000; Giddens, 1987 et Wenger, 2003), laquelle conçoit la pratique comme une production d'actions dans un contexte qui leur donne structure et sens, les structures étant les contraintes et opportunités qui conditionnent l'action et le sens référant aux rationalisations des pratiques qui consistent à se donner des buts, des raisons de faire ce que l'on fait, produisant une compréhension continue des fondements de son activité (Giddens, 1987; Wenger, 2003).

L'étude repose sur un devis descriptif et analytique d'étude de cas (12 CSSS) combinant des données qualitatives et quantitatives. Dans le cadre de ses travaux, l'équipe d'évaluation a fait appel à différentes sources d'informations primaires (ICPC, gestionnaires responsables de la mise en œuvre de la stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne dans les CSSS et les acteurs régionaux impliqués dans la planification et la coordination de la stratégie régionale de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne) et secondaires (documents administratifs, banques de données administratives, etc.). La collecte des informations s'est déroulée entre les mois de mars et octobre 2014 où différents outils ont été utilisés (revue documentaire, questionnaire Web auto-administré, sondage sur la Communauté de pratique et entrevues individuelles en personne).

L'étude, réalisée par l'Unité d'évaluation de la Direction adjointe, planification, enseignement et recherche (DAPER) de la DSP, permet de porter un éclairage nouveau sur la pratique, le sens donné à cette pratique et au contexte d'intervention. Les informations collectées et analysées permettent de répondre aux questions formulées, en début de mandat d'évaluation, par l'équipe SPMC. Pour chacune des questions, l'équipe d'évaluation propose des éléments clés pouvant se résumer ainsi:

1) Les activités réalisées par les ICPC concordent-elles aux activités planifiées et aux objectifs du Plan d'action local (PAL)?

- Les résultats de l'évaluation permettent de constater la diversité des activités planifiées et déployées par les ICPC pour répondre au mandat qui leur est confié.
- Les activités menées par les ICPC concordent généralement avec les objectifs définis dans les PAL.
- Toutefois, les indicateurs retenus dans les bilans ne permettent pas d'avoir une vision régionale complète de leurs réalisations ni de suivre cette stratégie au niveau local.

2) Dans quelle mesure la vision du mandat de l'ICPC est-elle partagée par les acteurs locaux ?

- Les ICPC ont une vision commune de leur rôle, qu'elles décrivent comme celui de conseillère en prévention, pouvant agir à titre d'interface entre les milieux cliniques, le CSSS et la communauté.
- Les ICPC croient à l'importance de leur rôle pour positionner les PCP au sein des milieux cliniques de première ligne. Cependant, elles s'interrogent quant à l'efficacité de la stratégie actuelle pour y arriver considérant les difficultés de rejoindre efficacement les milieux cliniques de première ligne.
- Les gestionnaires ont une compréhension inégale du mandat des ICPC. Leur perception du mandat de l'ICPC varie selon différents facteurs notamment en relation avec leurs fonctions et la direction à laquelle ils sont rattachés (mandats cliniques ou sociocommunautaires et de santé publique).
- L'analyse des données révèle que les gestionnaires ont des visions convergentes sur un certain nombre d'enjeux en lien avec le rôle des ICPC dont la nécessité de définir un mandat plus ciblé au sein du CSSS ainsi que de prévoir un meilleur arrimage entre les stratégies de prévention et les programmes de gestion des maladies chroniques.

3) Les activités de soutien régional permettent-elles de construire une vision commune du rôle des ICPC?

- Les ICPC ont, en général, une appréciation élevée du soutien régional notamment en ce qui concerne l'accompagnement offert par la répondante régionale.
- La communauté de pratique est hautement appréciée par les ICPC. Elle a contribué très significativement au développement d'une vision commune de leur mandat. De leur côté, les gestionnaires considèrent cette plateforme comme un atout pour le partage d'expériences entre les ICPC qui travaillent souvent de façon isolée chacune dans leur CSSS.
- En ce qui concerne le développement de leurs compétences, les ICPC estiment qu'elles ont suffisamment d'occasions d'améliorer leurs compétences cliniques et qu'elles le font surtout à travers la communauté de pratique.
- Les outils proposés par le niveau régional sont considérés comme importants.

4) Quels facteurs influencent la pratique des ICPC dans les milieux ciblés ?

- Il ressort de cette étude que l'engagement soutenu des gestionnaires dans la planification d'une stratégie locale de déploiement des ICPC constitue un des éléments les plus aidants à la pratique.
- La majorité des ICPC ont souligné la difficulté de travailler au sein du CSSS en raison du peu de visibilité de leur mandat et considèrent qu'un soutien de leur direction pourrait faciliter leur entrée auprès de certains programmes.
- De leur côté, plusieurs gestionnaires s'entendent pour dire que le mandat des ICPC devrait être ancré dans la gouvernance du CSSS afin d'éviter que la prévention ne demeure le lot que d'une petite équipe.

- La majorité des répondants ont exprimé le besoin que la promotion des PCP soit assumée par les paliers régionaux et nationaux afin d'ouvrir la voie et d'augmenter la crédibilité accordée aux interventions plus ciblées des ICPC.
- Les ICPC ont souligné que le peu d'intérêt des milieux cliniques de première ligne à être soutenus dans leurs pratiques préventives constitue l'obstacle le plus important à la réalisation de leur mandat. Par ailleurs, elles considèrent qu'il est plus facile de travailler avec les pharmaciens, qui sont plus ouverts aux PCP.
- Finalement, l'ouverture des milieux communautaires aux activités de prévention a souvent été mentionnée par les ICPC comme un élément aidant leur pratique. De plus, l'intervention dans les milieux communautaires est tout à fait pertinente au regard de la stratégie de développement de l'autonomie de la population envers les comportements préventifs, et les ICPC l'ont intégrée selon des approches tantôt proactives, tantôt réactives.

5) La pratique des ICPC correspond-elle aux principales composantes du mandat régional ?

- Il ressort de cette évaluation une conformité des rôles exercés par les ICPC au cours de la dernière année en fonction des dimensions du mandat régional.
- Toutes les ICPC interviennent sur les quatre dimensions, soit la mobilisation, la facilitation, la mise en réseau et l'autonomisation de la population au regard des services en prévention clinique.
- L'évaluation fait également ressortir que, si plusieurs ICPC souhaitaient voir le mandat mieux balisé, il reste que ce dernier demeure essentiellement un cadre de référence pour la pratique et que les conditions de réussite pour sa mise en œuvre doivent inévitablement passer par la mise en place d'une stratégie locale de déploiement portée par la direction à laquelle est rattachée l'ICPC en concertation avec les partenaires locaux.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
1. Problématique à l'étude.....	3
2. Mandat et questions d'évaluation	6
3. Cadre d'analyse.....	7
4. Méthodologie	9
4.1. Sources d'information	9
4.2. Variables à l'étude.....	9
4.3. Outils de collecte de données	10
4.3.1. Revue documentaire	10
4.3.2. Questionnaire Web	10
4.3.3. Sondage sur la Communauté de pratique.....	11
4.3.4. Entrevue individuelle en personne	11
4.4. Analyse des données recueillies.....	12
4.5. Forces et limites de l'évaluation.....	12
5. Résultats de l'évaluation	13
5.1. Activités réalisées par les ICPC	13
5.2. Sens donné à la pratique des ICPC	13
5.2.1. Ce qu'en disent les ICPC	14
5.2.2. Ce qu'en disent les gestionnaires locaux	16
5.3. Structure - contraintes et opportunités	19
5.3.1. Contexte organisationnel	19
5.3.2. Contexte environnemental	22
5.4. Pratique des ICPC	34
5.4.1. Part du temps consacré au mandat d'intervention	34
5.4.2. Répartition du temps alloué par milieu d'intervention	35
5.4.3. Approche préconisée par les ICPC.....	35
5.4.4. Conformité de la pratique au mandat régional.....	37
6. Discussion.....	41
6.1. Les activités réalisées par les icpc concordent-elles aux activités planifiées et aux objectifs du plan d'action local (PAL)?	41
6.2. Dans quelle mesure la vision du mandat de l'icpc est-elle partagée par les acteurs locaux ?	42
6.3. Les activités de soutien régional permettent-elles de construire une vision commune du rôle des ICPC?	42
6.4. Quels facteurs influencent la pratique des ICPC dans les milieux ciblés ?.....	43
6.4.1. Contexte organisationnel	43
6.4.2. Contexte environnemental	43
6.5. La pratique des ICPC correspond-elle aux principales composantes du mandat régional ?	44
6.6. Piste de réflexions pour la suite du projet	44
Conclusion	47
Bibliographie.....	48
Les annexes.....	49

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Structure de facilitation de la Stratégie de promotion et de soutien aux PCP.....	4
Figure 2 : Quatre stratégies d'action de l'équipe PCP	5
Figure 3 : Cadre d'analyse de la pratique.....	7
Tableau 1 : Classement des questions d'évaluation selon les dimensions du cadre d'analyse	8
Tableau 2 : Synthèse des activités réalisées par les ICPC par milieu d'intervention	13
Tableau 3 : Distribution des CSSS selon les objectifs du mandat régional 2010 priorisés	18
Tableau 4 : Distribution des CSSS selon l'implication du gestionnaire responsable de la stratégie de promotion et de soutien des PCP dans ses divers rôles en lien avec le mandat de l'ICPC.....	20
Tableau 5 : Perceptions des ICPC quant à l'intérêt et la confiance des milieux cliniques envers la stratégie de promotion et de soutien des PCP	25
Tableau 6 : Répondantes ayant eu recours aux différentes formes de soutien régional (2013-2014)et % d'utilisatrices estimant que ces formes de soutien ont contribué aux objectifs de l'offre de soutien régional	28
Tableau 7 : Répartition du temps investi par les ICPC entre les activités réalisées (2013-2014).....	35
Tableau 8 : Temps consacré aux différents milieux d'intervention selon les ICPC (2013-2014).....	35
Tableau 9 : Synthèse de l'analyse des activités répertoriées selon les stratégies d'intervention (mandat régional révisé en 2010)	39
Tableau 10 : Questions d'évaluation suivant les dimensions examinées.....	41

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - Matrice d'évaluation.....	51
Annexe 2 - Outils de collecte des données	55
Annexe 3 - Caractéristiques des activités réalisées par les ICPC sur le territoire montréalais.....	71
Annexe 4 - Principaux changements apportés au mandat régional des ICPC entre 2008 et 2010	75
Annexe 5 - Analyse de la conformité de la pratique au mandat régional	79
Annexe 6 - Informations extraites du questionnaire auto administré auprès des ICPC.....	85
Tableau A1 -Perception des ICPC- Contexte d'implantation.....	87
Tableau A2 - Perception des ICPC - facteurs environnementaux.....	87
Tableau A3 - Principaux facilitateurs et obstacles à la pratique identifiés par les ICPC.....	88
Annexe 7 - Informations extraites du sondage sur la communauté de pratique.....	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CES	Centre d'éducation pour la santé
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de la santé et des services sociaux
EMP	Examen médical périodique
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GMF	Groupe de médecine de famille
HTA	Hypertension artérielle
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
I-PQDCS	Infirmière PQDCS
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PNSP	Plan national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RLS	Réseau local de services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SPC	Système de prévention clinique
SPMC	Services préventifs en milieu clinique
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine

INTRODUCTION

Le secteur *Services préventifs en milieu clinique* (SPMC) de la Direction de santé publique (DSP) Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSS) a pour mission de rendre accessibles à la population montréalaise les pratiques cliniques préventives (PCP). Ces pratiques sont un ensemble d'interventions individuelles incluant le counseling, le dépistage, l'immunisation et la chimio-prophylaxie, réalisées par un professionnel de la santé dans un contexte clinique et visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.

Les PCP permettent d'agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables en favorisant la santé et en prévenant les maladies (Chevalier et coll., 2005). Le secteur SPMC a mis en place la *Stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux PCP en milieu clinique de première ligne*, connue également sous le nom de Système de prévention clinique. Depuis 2006, le secteur finance par le biais des crédits en santé publique le déploiement de 12 infirmières-conseils en prévention clinique (ICPC) qui occupent un poste à temps plein dans chacun des 12 Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Au printemps 2013, le secteur SPMC a manifesté le désir de mieux comprendre le déploiement actuel des infirmières-conseils en prévention clinique dans le cadre de l'*appel de besoins en évaluation* de la DSP. Le dernier portrait régional des activités, réalisées par les ICPC, remontait à 2008-2009¹. Considérant l'évolution du mandat des ICPC au cours des dernières années, le secteur souhaite mieux cerner et comprendre (1) les mandats et les activités réalisées par les 12 ICPC, (2) l'intérêt des activités de planification et de soutien réalisées par l'équipe régionale pour les équipes locales ainsi que (3) les contextes organisationnels de mise en œuvre du déploiement des ICPC.

Ce rapport, réalisé par l'Unité d'évaluation de la Direction adjointe, planification, enseignement et recherche (DAPER) de la DSP en collaboration avec le secteur SPMC, est subdivisé en 5 parties. La première partie expose la problématique à l'étude. Dans cette section, le contexte de planification de la stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne est développé. Ensuite, les auteurs retracent les principaux changements apportés au rôle des ICPC depuis la révision de leur mandat en 2010. La deuxième partie présente le mandat et les questions d'évaluation formulées, en collaboration avec le secteur SPMC, à l'amorce du projet et résume le cadre d'analyse privilégié pour la réalisation de l'évaluation. La troisième partie résume la méthodologie d'évaluation. La quatrième partie énonce les principaux résultats structurés en fonction des trois composantes constituant le cadre d'analyse (pratique, sens donné à la pratique et structure [contraintes et opportunités]). La cinquième partie offre une discussion proposant des réponses aux questions d'évaluation.

¹ Leane Viviane, S.Tessier, L. Harvey. (2011). Évaluation du Système de prévention clinique : phase 1 de l'évaluation d'implantation. ASSS.

1. PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

La stratégie de promotion et de soutien aux PCP a été développée afin de faciliter l'intégration optimale de la prévention dans les milieux cliniques de première ligne sur le territoire de Montréal et ainsi contribuer aux objectifs du Plan national de santé publique (PNSP) 2003-2012 et du Plan régional de santé publique (PRSP) 2010-2015. Plus précisément, il est l'un des trois programmes prévus pour l'opérationnalisation de l'orientation, *Un système de santé qui sert aussi à prévenir* (orientation 6) du PRSP dont la mise en œuvre a été confiée au secteur SPMC.

Conformément aux objectifs établis, le secteur a priorisé, dans un premier temps, les PCP reliées aux saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques. Il s'agit principalement du counseling relié à la cessation tabagique et à une saine alimentation ainsi que des recommandations pour une activité physique régulière. L'accent particulier qui était mis sur les saines habitudes de vie répondait aux besoins prioritaires exprimés par les milieux cliniques lors d'une consultation menée en 2004-2005 par la DSP de Montréal en collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG) de l'ASSS de Montréal². À ces pratiques, se sont ajoutés, au cours des dernières années, le dépistage et le suivi des risques cardiométaboliques dont l'hypertension artérielle (HTA), le Programme Québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et l'évaluation médicale périodique (EMP) qui regroupe plusieurs activités médicales préventives recommandées pour les adultes.

La stratégie initiale s'appuyait sur la création d'environnements de pratiques facilitant la promotion du counseling bref sur les habitudes de vie, la création d'une équipe dédiée à la prévention sur chaque territoire de CSSS et la mise en place de centres d'éducation pour la santé (CES). Ces centres, toujours présents dans les 12 CSSS actuels, sont des lieux dédiés à la promotion de saines habitudes de vie. On y offre des interventions motivationnelles individuelles et de référence pour les patients aux ressources de la communauté qui peuvent soutenir le changement. L'intervention comprend une première visite pour compléter un bilan informatisé de ses habitudes de vie qui est suivi d'une relance en face à face ou téléphonique. Les intervenants des CES travaillent en collaboration étroite avec un intervenant en cessation tabagique affecté à un centre d'abandon du tabac (CAT). Ces centres se voulaient une suite logique aux activités de promotion des pratiques cliniques préventives, en potentialisant les chances que celles-ci s'opérationnalisent auprès du client³.

L'approche centrale retenue pour le déploiement de la stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne a été celle de la facilitation, une stratégie montrée efficace dans divers contextes de soins primaires (Goodwin et coll. 2001; Chevalier et coll. 2005). La facilitation comprend un ensemble de stratégies éducatives et organisationnelles encadrant et facilitant le processus de changement que l'ICPC peut mettre en place selon le contexte et les besoins de chaque milieu clinique (Groulx, 2007).

Plus précisément, selon la description initiale des mandats⁴, le rôle des ICPC, dans les milieux cliniques de première ligne, était de travailler, en étroite collaboration avec un médecin chargé de

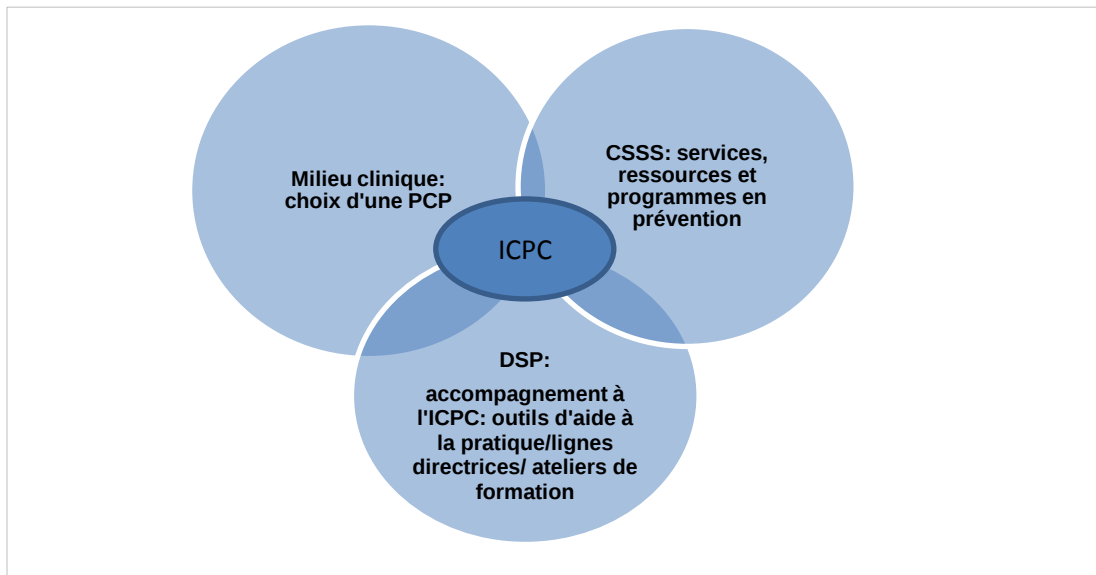
² GROULX, S. et coll. (2005). L'intégration de pratiques cliniques préventives : guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Document de travail.

³ Plan d'action local, orientation 6, CSSS Ahuntsic Montréal Nord.

⁴ Secteur Services préventifs en milieu clinique (2007). Déploiement du système de prévention clinique. Document de travail. Version révisée rédigée par l'équipe régionale de pratiques cliniques préventives du secteur SPMC.

prévention clinique désigné, auquel une prime de 8 heures par mois était allouée. L'approche reposait essentiellement sur une analyse du milieu ciblé, l'identification des besoins des équipes médicales en matière de formation et d'outils organisationnels, cliniques et éducatifs, l'élaboration d'un plan d'action et le suivi de l'implantation. Les ICPC devaient également faire la promotion du CES, et plus tard du CAT, afin d'inciter les médecins à y confier leurs patients. Soutenue dans cette pratique par la DSP régionale, l'ICPC se trouvait ainsi être l'élément charnière de la stratégie dont la structure de facilitation est représentée à la Figure 1.

Figure 1 : Structure de facilitation de la Stratégie de promotion et de soutien aux PCP.



Source : Équipe PCP - Secteur SPMC. Document administratif mis à jour en septembre 2013

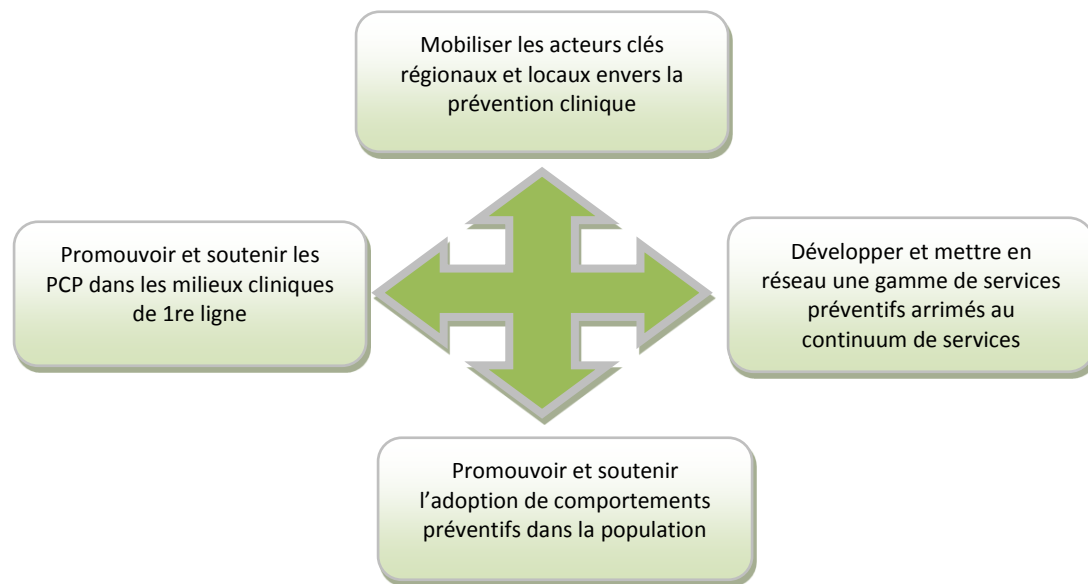
Depuis 2006, la stratégie de promotion et de soutien aux PCP a évolué avec les transformations de la première ligne montréalaise et s'est adaptée aux réalités locales dans chacun des 12 territoires de CSSS. Ainsi, d'une part, considérant les difficultés de pénétration des milieux cliniques de première ligne, en lien avec les contraintes organisationnelles propres à ces milieux, la stratégie de facilitation a été délaissée au profit d'une approche s'apparentant davantage à celle de « délégué médical » qui vise à modifier les connaissances et le comportement du clinicien en lui donnant de l'information. Cette information est la plupart du temps adaptée aux demandes du clinicien ainsi qu'à ses besoins. Elle mise sur une formation théorique et pratique sur les techniques de communication persuasive. Il est recommandé que la formation se poursuive en cours d'emploi dans le double but de standardiser le discours des délégués et d'évaluer les performances. Cette approche, tout comme celle de la facilitation, peut constituer une des conditions de réussite pour l'intégration de PCP dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé pourvu que les autres conditions de réussite soient réunies tels que la coordination nationale et la préoccupation de promotion et de soutien des PCP présente dans l'ensemble du réseau de la santé (Groulx, 2007).

D'autre part, considérant les nouvelles opportunités qui se présentaient dans le réseau de la santé, le mandat des ICPC s'est élargi. Ainsi, la mise en place de l'ordonnance collective autorisant les pharmaciens à prescrire les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) a permis aux ICPC

d'approcher les pharmacies et d'y faire la promotion et le soutien des PCP auprès de cliniciens pouvant rejoindre une clientèle ne fréquentant pas les cliniques médicales. Également, l'implantation des programmes de gestion des maladies chroniques par l'ASSS de Montréal (services et ressources destinés aux personnes atteintes de diabète, hypertension, maladies pulmonaires, etc.) a facilité la pénétration des milieux cliniques plus réceptifs à ces programmes qu'aux services préventifs du CES ou du CAT. Les ICPC ont donc vu leur mandat inclure de nouvelles dimensions, dont la mobilisation et la mise en réseau des services préventifs avec d'autres types de services sur le territoire.

En partant de cette réalité, le secteur SPMC a défini, en 2010, un mandat régional renouvelé qui s'appuie sur les quatre axes d'intervention du secteur (Figure 2).

Figure 2 : Quatre stratégies d'action de l'équipe PCP



Source : Équipe PCP - Secteur SPMC. Document administratif mis à jour en septembre 2013.

Afin de soutenir la mise en œuvre de ce nouveau mandat, plusieurs mécanismes et outils ont été mis en place dont :

- La mise en place des tables locales de pharmaciens réunissant un ensemble d'acteurs du RLS et appelant la participation des ICPC dans l'organisation et le suivi de ces tables et;
- La nomination d'une répondante locale des campagnes populationnelles dans chacun des CSSS afin de sensibiliser autant les professionnels du CSSS que les populations envers la prévention.

De plus, les ICPC ont été encouragées : (1) à faciliter la mise en réseau et (2) à dresser et maintenir à jour une liste des services préventifs offerts sur le territoire (en plus du CES et du CAT) afin d'en faire la promotion dans les milieux cliniques. Une synthèse des principaux changements apportés au mandat des ICPC depuis la mise en œuvre de leur déploiement se trouve à l'annexe 4.

2. MANDAT ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

Considérant l'évolution du mandat des ICPC au cours des dernières années, le secteur SPMC souhaite mieux cerner et comprendre : (1) les activités réalisées actuellement par les 12 ICPC, (2) l'intérêt des activités de planification et de soutien réalisées par l'équipe régionale pour les équipes locales ainsi que (3) le contexte de déploiement des ICPC.

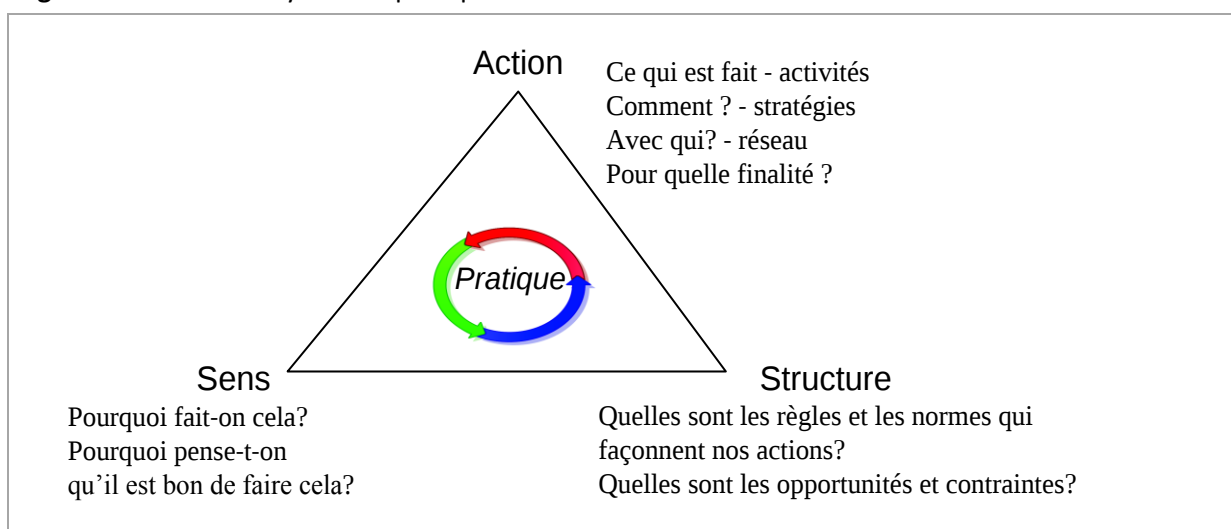
Le mandat d'évaluation est confié à Nathalie Dubois, de l'Unité d'évaluation de la Direction adjointe, planification, enseignement et recherche (DAPER), avec le soutien de Vivianne Leaune, du secteur SPMC. L'objectif de l'étude est de porter un éclairage nouveau sur la pratique des ICPC et sur leur contexte d'intervention. Plus spécifiquement, l'étude doit permettre de répondre à cinq questions d'évaluation :

1. Les activités réalisées par les ICPC concordent-elles aux activités planifiées et aux objectifs du Plan d'action local (PAL) ?
2. Dans quelle mesure la vision des mandats est-elle partagée par les acteurs régionaux et locaux ?
3. Les activités de soutien régional permettent-elles de construire une vision commune du rôle des ICPC ?
4. Quels facteurs influencent la pratique des ICPC dans les milieux ciblés ?
5. La pratique des ICPC correspond-elle aux principales composantes du mandat régional ?

3. CADRE D'ANALYSE

La présente évaluation prend comme assise un cadre d'analyse synthétisant les travaux réalisés par différents auteurs s'intéressant aux pratiques professionnelles (Bourdieu, 2000; Giddens, 1987 et Wenger, 2003). La théorie sous-jacente à cette conceptualisation conçoit la pratique comme un engagement humain dans des actions et des interactions avec les autres, ce qui implique l'interprétation des situations et la composition de processus de reproduction et de transformation du monde social (Bilodeau et coll., 2009). Selon ce cadre d'analyse (Figure 3), la pratique est une production d'actions qui se déploie dans un contexte qui lui donne structure et sens. La structure, représentant les contraintes et les opportunités qui conditionnent l'action. Le sens, qui réfère aux rationalisations des pratiques, oriente les buts, les raisons de faire ce que l'on fait et produit une compréhension continue des fondements de son activité (Giddens, 1987; Wenger, 2003).

Figure 3 : Cadre d'analyse de la pratique



Source : Angèle Bilodeau et coll. (2009). Modélisation de la pratique de l'intervenant communautaire-scolaire dans l'initiative « Un milieu ouvert sur ses écoles de Bordeaux-Cartierville à Montréal ». Rapport de recherche, p. 5.

Le cadre d'analyse proposé permet de considérer comment les actions, le sens et la structure influencent la pratique de l'ICPC. Par structure, nous entendons la structure organisationnelle et dans laquelle prend place le déploiement des dimensions du rôle de l'ICPC ainsi que les rapports entre les différents acteurs concernés par ce déploiement (contexte environnemental). Ce cadre d'analyse permet aussi de prendre en compte comment les actions sont reliées et comment elles prennent sens au fur et à mesure que les contextes évoluent.

Les cinq questions d'évaluation formulées lors de la définition du mandat peuvent être regroupées selon les quatre dimensions du présent cadre d'analyse (Tableau 1). Ce classement démontre l'adéquation entre les préoccupations évaluatives et le cadre d'analyse choisi.

Tableau 1 : Classement des questions d'évaluation selon les dimensions du cadre d'analyse

Dimensions	Questions d'évaluation
Action	1. Les activités réalisées par les ICPC concordent-elles aux activités planifiées et aux objectifs du Plan d'action local (PAL) ?
Sens donné à la pratique	2. Dans quelle mesure la vision des mandats est-elle partagée par les acteurs régionaux et locaux ? 3. Les activités de soutien régional permettent-elles de construire une vision commune du rôle des ICPC ?
Structure (contraintes et opportunités)	4. Quels facteurs influencent la pratique des ICPC dans les milieux ciblés ?
Pratique	5. La pratique des ICPC correspond-elle aux principales composantes du mandat régional ?

4. MÉTHODOLOGIE

L'évaluation repose sur un devis descriptif et analytique d'étude de cas. Les cas à l'étude correspondent aux 12 CSSS du territoire montréalais responsables de la mise en œuvre locale de la Stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne. L'ensemble de la population à l'étude a participé à la recherche. L'évaluation s'appuie sur une démarche méthodologique mixte combinant des données qualitatives et quantitatives (Annexe 1).

4.1. SOURCES D'INFORMATION

Afin d'être en mesure d'évaluer le plus fidèlement possible l'ensemble des dimensions de la pratique des ICPC, l'équipe de recherche a fait appel à différentes sources de données, notamment de entrevues avec :

- Les ICPC pratiquant dans les 12 CSSS au cours de l'année 2013-2014;
- Les 12 gestionnaires responsables de la mise en œuvre de la stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne dans les 12 CSSS au cours de l'année 2013-2014;
- Les acteurs régionaux impliqués dans la planification et la coordination de la stratégie régionale de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne.

4.2. VARIABLES À L'ÉTUDE

L'opérationnalisation des dimensions proposées par le cadre d'analyse conduit, dans un premier temps, à inventorier, décrire et comprendre les **activités** réalisées par les ICPC. Pour ce faire, il a été convenu de documenter les activités des ICPC à partir de données recueillies de manière rétrospective au cours de la dernière année financière (2013-2014). Ce choix a été arrêté, d'une part, en raison des défis que pose l'observation en temps réel d'une pratique et, d'autre part, de la difficulté de retracer les données remontant à plus de deux ans en raison du roulement des professionnelles assumant le rôle d'ICPC. La *Stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives en milieu clinique de première ligne* et le *Mandat régional des ICPC* (révisé en 2010) ont permis d'amorcer l'étude des activités réalisées par les ICPC au cours de la dernière année. L'exploration des activités déployées par les ICPC mais non planifiées et prévues régionalement a aussi été fortement encouragée tout au long du projet d'évaluation.

Dans un deuxième temps, le cadre d'analyse a permis de définir le **sens donné à la pratique** des ICPC. Pour examiner la perception qu'ont les ICPC de leur rôle et de leur pratique, **trois variables** ont été retenues : la compréhension de leur rôle, la priorisation de leurs mandats et le niveau de satisfaction envers les retombées de leurs interventions dans les différents milieux. La perception des gestionnaires du mandat des ICPC a été examinée à partir de **deux variables** : leur compréhension du mandat des ICPC et la priorisation de ces mandats.

Dans un troisième temps, il a permis de documenter ce qui **structure la pratique des ICPC** et identifier ce qui influence cette pratique. À cet égard, deux éléments ont été examinés :

- Le contexte de déploiement des ICPC : engagement du gestionnaire envers le déploiement des ICPC, positionnement du mandat des ICPC au sein du CSSS et ressources affectées au déploiement;
- Le contexte environnemental dans lequel évolue la pratique : liens de collaboration intra organisationnels (collaboration du CSSS) et liens inter organisationnels (collaboration des milieux cliniques externes, DRMG, tables locales des pharmaciens, milieux communautaires).

Dans un quatrième temps, le cadre d'analyse a permis d'appréhender la **pratique** des ICPC. Les variables retenues pour cette documentation correspondent à :

- La part du temps des ICPC consacrée au mandat d'intervention;
- La répartition du temps alloué par milieux d'intervention;
- Les activités réalisées par milieu d'intervention : approches et stratégies d'intervention, durée et fréquence des visites, PCP priorisées, principaux interlocuteurs rencontrés.

4.3. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

L'exercice de planification méthodologique a conduit à prioriser 4 outils de collecte des données qui ont été administrés entre les mois de mars et octobre 2014 (Annexe 2). Les outils de collecte des données ont été élaborés de manière à prioriser les informations les plus pertinentes et sensibles pour l'évaluation.

4.3.1. Revue documentaire

Réalisée entre les mois de mars et mai 2014, la revue documentaire a permis de colliger les principales informations relatives au déploiement des ICPC recensées dans la documentation accessible au niveau régional (DSP) et au niveau local (CSSS). Voici les principaux documents consultés et auxquels le présent rapport fait référence :

- **Niveau régional** : documents de référence portant sur les PCP; documents de référence sur l'orientation 6; comptes rendus du Comité régional PCP; documents stratégiques produits par l'équipe PCP régionale; outils d'intervention; mandat régional des ICPC; évaluation de la première phase d'implantation de la stratégie de soutien aux PCP (2009) SPC; tableau de bord des indicateurs (2013-2014); cadre de référence pour les pharmaciens communautaires (2012).
- **Niveau local** : rapports annuels des CSSS (2013-2014); plans d'action locaux des CSSS (2010-2015); bilans annuels pour l'orientation 6 réalisés par les CSSS (2013-2014); sites Web des CSSS; fiches d'activités remplies par les ICPC; plans d'action annuels des ICPC (2013-2014).

4.3.2. Questionnaire Web

En juin 2014, un questionnaire auto-administré offert en ligne (réalisé sur Lime Survey) a été distribué aux 11 ICPC en poste au moment de la collecte de données. Le taux de réponse à ce questionnaire est de 100 %. L'objectif de cette collecte était de préparer les entrevues et de recueillir des données quantitatives relatives aux activités réalisées par les ICPC. Les questions ont porté essentiellement sur les points suivants :

- Le profil des ICPC (nombre d'années d'expérience, titre, etc.);
- Le type de pratique (temps alloué aux différentes composantes du mandat, principaux milieux d'interventions, approches et stratégies priorisées);
- L'appréciation du soutien régional;
- Les principaux facteurs aidants et les obstacles à la pratique.

4.3.3. Sondage sur la Communauté de pratique

Un sondage auto-administré a également été complété par chacune des 11 ICPC lors de l'une des rencontres de la Communauté de pratique. L'exercice complété en juin 2014 avait pour objectif de recueillir l'appréciation des ICPC relativement au soutien régional offert dans le cadre de la Communauté de pratique.

4.3.4. Entrevues individuelles

Des entrevues semi-structurées en personne ont été menées auprès des principaux acteurs impliqués dans le déploiement des ICPC au niveau régional et local. Les entrevues avec les représentants régionaux, les ICPC et les gestionnaires ont toutes été réalisées sur le lieu de travail des répondants. La durée des entrevues varie selon le type de répondant : entre 60 et 90 minutes pour les répondants régionaux et entre 90 et 120 minutes pour les gestionnaires des CSSS et les ICPC.

Au niveau **régional**, l'équipe d'évaluation a interviewé, entre juin et novembre 2014, la répondante régionale des ICPC, la coordonnatrice de l'équipe PCP du secteur SPMC, deux médecins-conseils impliqués dans la planification des mandats initiaux des ICPC, la pharmacienne-conseil et la représentante du Département régional de médecine générale (DRMG). Pendant ces entrevues, les thèmes suivants ont été discutés :

- La genèse du système de prévention clinique et l'évolution du mandat des ICPC;
- Les mandats et rôles des différents intervenants dans le déploiement de la stratégie des ICPC;
- Le soutien et les outils mis à la disposition des ICPC;
- L'utilité perçue et la vision du mandat et les enjeux perçus liés à la pratique des ICPC.

Au niveau **local**, les 11 ICPC en poste au moment de la période d'évaluation ont été rencontrées. À ce nombre, s'ajoutent deux ICPC qui n'étaient plus en fonction au moment de la période d'évaluation mais qui ont exercé durant une partie de l'année 2013-2014 avant d'être remplacées (départ à la retraite et changement de fonction). Finalement, en raison du poste vacant dans un des CSSS durant la majeure partie de l'année 2013-2014, nous avons rencontré, en plus de l'ICPC qui venait tout juste d'entrer en fonction, celle qui occupait le poste en 2012-2013. Les entrevues se sont déroulées entre juin et novembre 2014. Les analyses ont donc porté sur les témoignages de 14 ICPC ayant exercé dans 12 CSSS.

L'équipe d'évaluation a également recueilli les avis de 12 gestionnaires en charge de la mise en œuvre de la stratégie de soutien aux PCP entre les mois d'août et novembre 2014. Les témoignages d'une gestionnaire récemment entrée en fonction et d'une gestionnaire ayant récemment quitté son poste sont inclus, car ils ont été jugés pertinents notamment en ce qui concerne la vision et la compréhension du mandat régional et des enjeux qui y sont liés.

Au niveau local, les mêmes thèmes ont été abordés avec les gestionnaires et les ICPC, à l'exception de quelques questions référant plus spécifiquement aux rôles des gestionnaires ou à ceux des ICPC :

- Le processus de déploiement des ICPC sur le territoire du CSSS : ressources investies, activités réalisées auprès des milieux cliniques de première ligne et autres milieux d'intervention et appréciation du soutien régional;
- L'utilité perçue et la vision des rôles et des mandats des ICPC;
- Les contraintes et facilitateurs liés à la pratique.

4.4. ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

L'équipe a employé l'analyse imbriquée permettant d'étudier le déploiement du projet à plusieurs niveaux: (1) ICPC en CSSS, (2) questionnaire en CSSSS et (3) Secteur SPMC de la Direction régionale de la santé publique de Montréal. L'équipe d'évaluation s'est concentrée, dans un premier temps, sur l'analyse des données quantitatives (statistiques descriptives et bivariées) recueillies dans les banques de données administratives et le questionnaire Web. Pour ces données, l'équipe a utilisé le logiciel SPSS pour mener à bien l'analyse des informations recueillies. Rappelons que l'ensemble de l'analyse quantitative a été complétée par les données qualitatives collectées auprès des ICPC, des questionnaires et des partenaires régionaux (analyse du discours). L'analyse intégrée des informations a permis d'inventorier, de décrire et de comprendre la pratique des ICPC.

4.5. FORCES ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation possède différents avantages dont celui (1) de s'appuyer sur un cadre d'analyse solide d'un point de vue théorique et opérationnel, (2) de recueillir plusieurs perspectives liées au déploiement des ICPC et cela tant au niveau régional que local, (3) de considérer le contexte et les enjeux susceptibles de faciliter ou de limiter le déploiement des ICPC et (4) d'offrir une analyse enrichie de données quantitatives et qualitatives.

Cependant, l'étude comprend certaines limites. Premièrement, la collecte de données a été réalisée auprès des infirmières qui étaient en poste au moment de l'évaluation. Parmi celles-ci, quatre avaient moins de six mois d'expérience, avec une expérience limitée de la pratique, ce qui est venu altérer quelque peu les données concernant, notamment, le portrait général de la pratique. Deuxièmement, l'information recueillie auprès des ICPC pour documenter la pratique concerne essentiellement des **perceptions** par rapport au temps consacré à différents rôles et activités, par exemple, et non pas à des données objectives provenant d'une observation en temps réel de la pratique. Néanmoins, il a déjà été établi que les perceptions recueillies auprès de participants pour documenter une pratique correspondent habituellement assez fidèlement à la pratique observée (Lussier, 2010). Finalement, la collecte de données auprès de représentants de milieux cliniques n'a pu être réalisée comme prévu en raison de contraintes de temps. Ces données auraient sans doute apporté un autre éclairage quant à la perception des milieux cliniques de la stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne.

5. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Le processus d'évaluation vise à documenter la pratique des ICPC à travers une reconstitution des activités réalisées par celles-ci au cours de la dernière année (2013-2014). La section qui suit présente un portrait de la pratique depuis les changements apportés au mandat en 2010. La présentation des résultats s'appuie sur les dimensions du cadre d'analyse soit les activités, le sens donné à la pratique, la structure et la pratique.

5.1. ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES ICPC

Cette section expose le portrait général des activités réalisées par les ICPC au cours de la dernière année (2013-2014). L'évaluation a permis de dresser un portrait détaillé des activités réalisées par les ICPC par milieu d'intervention (Annexe 4) et par stratégie d'intervention (Annexe 5). L'analyse des données permet de constater la diversité des activités planifiées et déployées par les ICPC pour répondre aux différentes dimensions du mandat qui leur est confié (Tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des activités réalisées par les ICPC par milieu d'intervention

Milieu	Activité
Milieu clinique – médical (tournées)	- Remise d'outils/lignes directrices - Promotion des campagnes populationnelles - Promotion des services CSSS - Tournée-appui stratégie régionale - Activité de formation - Envoi- remise d'un bulletin PCP
Milieu clinique – médical	- Démarchage - Présentation (rencontre d'équipes) - Remise d'outils/lignes directrices - Tenue d'un atelier PCP - Analyse de milieu - Mise en place- plan d'action - Suivi- plan d'action : - Promotion des campagnes - Promotion des services – CSSS - Activités de formation
Pharmacie	- Démarchage - Promotion des services – CSSS - Remise d'outils/lignes directrices - Soutien ordonnance collective - Promotion des campagnes - Répertoire l'offre de services (ODS) PCP en pharmacie - Animation d'un kiosque
Population	- Kiosques - Présentation de services - Conférences - Comité - Projet spécial - Créer-consolider des liens
Communauté de pratique et formation continue	- Lecture - Congrès/conférence - Réunion - Production d'article - Formation

5.2. SENS DONNÉ À LA PRATIQUE DES ICPC

Cette section présente le sens que donnent les ICPC et leurs partenaires à la pratique. Selon le cadre d'analyse, le sens donné à la pratique réfère aux rationalisations de la pratiques, oriente les raisons de faire ce que l'on fait et produit une compréhension continue des fondements qui guident l'action (Giddens, 1987; Wenger, 2003). Dans les lignes qui suivent, l'équipe résume les perceptions des acteurs relativement au mandat des ICPC, leurs rôles et leur pratique. L'étude permet d'explorer la satisfaction de ces différents acteurs relativement à cette pratique actuelle des ICPC.

5.2.1. Ce qu'en disent les ICPC

Cette partie expose la perception des ICPC relativement à la compréhension de leur rôle ; la priorisation des mandats et ; le niveau de satisfaction envers les retombées de leur pratique dans les différents milieux d'intervention.

Les ICPC ont une vision commune de leur rôle.

Selon notre analyse, les ICPC ont en général une compréhension commune de leur rôle, qu'elles décrivent souvent comme étant de : « *mettre des personnes en lien* », « *faciliter des rencontres* », « *faciliter la mise en réseau* ». :

« Il faut rester à l'écoute des milieux cliniques, expliquer la complémentarité des services du CSSS. Être capable de bien expliquer le réseau, l'organisation des services. Bâtir des liens [...] sur la base de la connaissance du réseau. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Notre rôle doit être perçu comme celui d'une personne-ressource en prévention, une agente de liaison entre les milieux cliniques et le CSSS. » (Entrevue individuelle, ICPC)

En outre, elles se perçoivent avant tout comme des **conseillères en prévention**. Cette appellation leur conférerait, à leurs yeux, une plus grande crédibilité au sein des milieux cliniques que le titre d'infirmière clinicienne détenu par la moitié des ICPC en poste au moment de l'évaluation. L'autre moitié porte le titre de conseillère en soins infirmiers, auquel est, semble-t-il associée une rémunération plus avantageuse. À cet égard, les ICPC ont mentionné l'importance que leur titre soit uniformisé afin, d'une part, de favoriser une compréhension commune de leur rôle et, d'autre part, d'éviter les insatisfactions découlant des disparités salariales entre elles.

Toutes les ICPC croient à l'importance de leur rôle pour positionner les PCP au sein des milieux cliniques de première ligne, mais elles sont moins convaincues de la stratégie actuelle pour y arriver. Un niveau d'effort important est requis pour des résultats souvent peu observables.

Selon les propos recueillis lors des entrevues, les ICPC ne sentent pas qu'elles répondent aux besoins des milieux cliniques de première ligne externes avec la seule promotion des services des CES et du CAT. Par ailleurs, elles disent recevoir un meilleur accueil des milieux cliniques avec une offre de services élargie, incluant notamment le programme de gestion des maladies chroniques, le programme de gestion de la MPOC, le GACO, etc. Certaines trouvent également que le niveau d'efforts requis (démarchage, prise de rendez-vous, attente, etc.) pour positionner les PCP dans les milieux cliniques est élevé pour des résultats souvent peu observables et au détriment d'initiatives qui pourraient être plus porteuses de résultats :

« Ce serait plus optimal de travailler auprès d'un bassin de professionnels, plutôt que de faire du démarchage individuel en milieu peu ouvert. Il faudrait également augmenter les interventions dans des endroits stratégiques : cliniques de vaccination, prélèvement. Il faut que ça soit partout. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Je trouve qu'allouer plus de temps pour travailler avec les professionnels du CSSS serait plus optimal que de consacrer du temps dans les milieux cliniques externes. Les professionnels du CSSS sont beaucoup plus en contact avec la clientèle. [...] Il y a une opportunité énorme dans les services courants avec les infirmières qui voient énormément de patients. Donc, ce serait bien de faire quelques tournées de moins pour passer plus de temps à sensibiliser les professionnels à l'interne. » (Entrevue individuelle ICPC).

Les médecins ont souvent peu de temps à accorder à la prévention.

En général, d'après notre collecte, les ICPC sentent qu'elles peuvent être plus efficaces en agissant directement auprès des infirmières dans les GMF qu'en passant par les médecins, ces derniers n'ayant habituellement que peu de temps à leur consacrer. Selon elles, les infirmières des GMF sont bien positionnées pour intervenir en prévention auprès des patients de même que pour transmettre l'information aux médecins :

« Le médecin n'est pas nécessairement le meilleur interlocuteur. L'infirmière GMF prend plus de temps avec les patients. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Il est plus facile d'intervenir auprès des infirmières surtout en GMF [...] mais le médecin se doit de participer à l'effort. Mais ça ne peut pas reposer juste sur lui. Si le médecin travaille en dyade, le message passe mieux. C'est aussi plus facile avec les jeunes médecins. Les médecins n'ont pas le temps de faire de l'éducation. Il faut que ça passe par l'éducation citoyenne. » (Entrevue individuelle, ICPC).

Les populations doivent être rejointes à travers différentes stratégies.

Selon notre analyse, les ICPC considèrent qu'elles pourraient contribuer au dossier de la prévention de multiples façons, pas uniquement en visitant des cliniques médicales externes. Par exemple, tout en considérant l'importance de promouvoir les PCP auprès des professionnels de la santé, elles trouvent qu'elles pourraient également jouer un rôle plus direct auprès des populations qui ne fréquentent pas les services du CSSS ou les cliniques médicales :

« La partie clinique demeure importante (soutien clinique) mais ça ne devrait être qu'une partie de la stratégie. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Je souhaiterais aller davantage dans les communautés pour répondre aux besoins des populations en matière de prévention. Il faut pouvoir répondre à leurs besoins plutôt qu'attendre qu'ils viennent vers nous (CSSS). » (Entrevue individuelle, ICPC).

Une satisfaction relative, mais élevée.

Les résultats du questionnaire rempli par les ICPC révèlent dans l'ensemble un niveau de satisfaction plus élevé des retombées de leurs activités menées auprès des organisations communautaires (9 sur une échelle de 1 à 10) et des pharmacies (8 sur 10) qu'auprès des milieux cliniques de première ligne (6 sur 10) et au sein du CSSS (7 sur 10). Les données recueillies lors des entretiens avec les ICPC confirment ces résultats :

« Auprès des pharmacies, je constate des retombées visibles : la table est active, ils connaissent bien les services, il y a une communication accrue. Dans les milieux cliniques médicaux, c'est plus difficile à voir. Dans les organisations communautaires, on est plus connu, on a plus de visibilité comme CSSS. » (Entrevues individuelles ICPC).

« Il y a peu de résultats tangibles auprès des milieux cliniques. Je reçois peu de rétroaction des médecins. » (Entrevues individuelles ICPC).

« Tous les milieux ont leur pertinence, mais les organisations communautaires sont des milieux plus ouverts. Ils ont mis notre bannière sur le site Web. Ce sont vraiment de petites choses. » (Entrevues individuelles ICPC).

5.2.2. Ce qu'en disent les gestionnaires locaux

Parallèlement à la perception des ICPC de leur pratique, on expose ici les perceptions des gestionnaires par rapport à cette pratique. Les indicateurs retenus sont la vision du mandat et la priorisation des objectifs de ce mandat.

Un mandat plus ciblé au sein du CSSS.

Les gestionnaires ont des visions communes du mandat des ICPC par rapport à un certain nombre d'enjeux. Plusieurs gestionnaires ont souligné le besoin de revoir le mandat des ICPC en fonction du rôle que celles-ci pourraient jouer au sein même du CSSS. Ceci impliquerait d'examiner non seulement la place qu'elles pourraient occuper, mais également les mécanismes à prévoir pour accueillir une ICPC :

« Le rôle de l'ICPC devrait être de développer une stratégie locale pour mieux intégrer les PCP dans les pratiques du CSSS afin de les systématiser. Pas de perdre son temps à l'externe. C'est le régional qui devrait s'occuper de l'externe. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« La direction réfléchit à développer une PCP où il y a un besoin, une demande spécifique des intervenants dans le CSSS. [...] Au lieu de travailler sur l'offre, la direction réfléchit à comment travailler pour répondre à une demande. [...] Pour cela, ça prend une volonté d'une équipe du CSSS. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Un mandat plus large que le déploiement dans les milieux cliniques de première ligne.

La majorité des gestionnaires s'interrogent sur le rôle que pourraient jouer les ICPC au sein des milieux communautaires considérant l'ouverture de ces milieux :

« Le milieu communautaire a mieux répondu et on pourrait explorer davantage les possibilités. On n'est pas dans la systématisation d'une PCP, mais l'ICPC peut amener une information spécialisée dans les tables de concertation comme les tables de sécurité alimentaire ou de l'activité physique. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Un mandat mieux arrimé avec le programme de gestion des maladies chroniques

Plusieurs gestionnaires ont mentionné la nécessité d'une stratégie renforcée qui ait une plus grande ramification avec le programme de gestion des maladies chroniques :

« C'est difficile d'arrimer le travail entre mon équipe et celle de la gestion des maladies chroniques, malgré les occasions de rencontres. Ce n'est pas optimal de séparer les deux équipes. [...] Le dossier est porté par l'Agence et il n'y a pas de cohésion avec la DSP. [...] Ça pourrait être un facilitant de regrouper les deux équipes sous la même entité. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« La stratégie n'est pas viable. Elle doit être positionnée et arrimée avec la gestion des maladies chroniques, par exemple. Il y aurait davantage d'impact si le programme de gestion des maladies chroniques était mieux ficelé et s'il y avait des possibilités de le présenter à des regroupements annuellement et on fait un plan d'action et l'ICPC assure le suivi. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

La vision des gestionnaires du mandat régional est souvent influencée par les priorités de la direction à laquelle ils sont rattachés.

La collecte de données auprès des gestionnaires révèle que leur vision du mandat régional est souvent fonction de la direction à laquelle ils sont rattachés (Tableau 3).

« Le rôle de l'ICPC dépend d'où elle est positionnée dans le CSSS et qui est le gestionnaire (santé publique ou non) » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Tableau 3 : Distribution des CSSS selon les objectifs du mandat régional 2010 priorisés, le titre du gestionnaire responsable du mandat et la direction du CSSS à laquelle il est rattaché

Objectifs priorisés dans le mandat de l'ICPC	Titre du gestionnaire			Direction		
	n	Chef de programme	Conseiller cadre	Coordonnateur santé publique	Première ligne	Santé publique et autres
Mandat axé sur le déploiement de la stratégie de promotion et de soutien des PCP dans les milieux cliniques de première ligne.	3	x			x	
Mandat axé sur le déploiement de la stratégie de promotion et de soutien des PCP dans les milieux cliniques de première ligne et la promotion de l'offre de services dans les milieux communautaires	8	x	x	x		x
Mandat axé sur la mobilisation du personnel du CSSS envers la prévention	1		x			x

Ainsi, trois gestionnaires, attitrés à des directions de première ligne, jugent que le mandat des ICPC consiste principalement à faire la promotion des services du CSSS dans les milieux cliniques afin d'attirer une clientèle vers ces services, notamment le CES et le CAT :

« Maintenant, il y a un plan : renforcer la promotion du SPC dans les cliniques ». (Entrevue individuelle, gestionnaire). »

« [...] ma préoccupation est d'atteindre les cibles définies dans les ententes de services et de rejoindre une clientèle pour atteindre cette cible. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Par ailleurs, d'autres ont une vision plus large du mandat, incluant un travail de promotion auprès des milieux communautaires. Ce sont surtout les conseillers cadres ou coordonnateurs de santé publique relevant de directions incluant un volet de santé publique :

« Il y a un grand besoin des communautés, donc on s'est tourné vers des problématiques communautaires en essayant de travailler sur les déterminants de la santé et œuvrer collectivement à trouver des solutions. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« Ce qui se fait ailleurs dans les CSSS se fait ici, mais on va plus loin : comment déployer l'offre de services? Oui il y a le tronc commun (CES, CAT, PQDCS et les ententes de services à respecter), mais comment voir plus large, utiliser d'autres leviers ? Le partenariat est le levier clé. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

5.3 STRUCTURE : CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS

La pratique des ICPC est influencée par plusieurs facteurs organisationnels et environnementaux, dont certains peuvent être difficilement contrôlés, mais qui sont tout de même présentés dans la présente section. Ces facteurs ont été regroupés selon qu'ils sont liés au contexte organisationnel (engagement des gestionnaires, positionnement du mandat, ressources affectées) ou au contexte environnemental (liens intra organisationnels – collaboration au sein du CSSS – et inter organisationnels – collaboration des milieux cliniques de première ligne et du milieu communautaire).

5.3.1. Contexte organisationnel

a) Engagement des gestionnaires

L'engagement des gestionnaires envers la stratégie de promotion et de soutien aux PCP, dont fait partie le mandat des ICPC, a été identifié par les infirmières comme un des éléments les plus aidants à leur pratique :

« Les ICPC ne peuvent pas porter ce mandat seules, surtout dans un contexte où il y a beaucoup à faire, avec peu de ressources, et où la prévention ne constitue pas une priorité au sein des CSSS. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« [...] c'est un beau rôle. Mais ça prend quelqu'un qui y croit pour le faire vivre. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« La pratique est facilitée lorsque le patron est motivé et y croit. Un patron y croyait beaucoup et c'était motivant de travailler, le patron suivant y croyait moins [...] » (Entrevue individuelle, ICPC).

Les ICPC définissent cet engagement comme un soutien de leur gestionnaire à la planification stratégique de leur mandat, au suivi et à la coordination des réalisations à travers des rencontres statutaires ainsi qu'à la promotion de leur rôle au sein du CSSS et auprès des partenaires locaux (Tableau 4).

Tableau 4 : Distribution des CSSS selon l'implication du gestionnaire responsable de la stratégie de promotion et de soutien des PCP dans ses divers rôles en lien avec le mandat de l'ICPC (n= 12)

Dimensions du rôle du gestionnaire	Type d'implication	n
Planification stratégique	Contribution active du gestionnaire à la définition des mandats	5/12
Suivi	Une réunion annuelle de planification	12/12
	Une réunion statutaire aux moins aux deux mois	9/12
Coordination des mandats	Rencontres d'équipe régulières réunissant les intervenants de la stratégie PCP	12/12
	Rencontres d'équipe élargie, incluant différents gestionnaires, médecins, intervenants PCP ainsi que la coordonnatrice régionale de l'équipe PCP	2/12
Appui à la promotion du rôle au sein du CSSS et auprès des partenaires locaux	Gestionnaire est porte-parole du dossier	7/12

L'évaluation a permis de constater que l'engagement du gestionnaire est très variable d'un CSSS à l'autre.

Le suivi et la coordination des mandats sont habituellement réalisés à travers des rencontres statutaires ou des réunions d'équipe. Trois gestionnaires ont répondu ne pas tenir de rencontres statutaires formelles avec les ICPC qui, dans ces cas, sont rencontrées individuellement une fois par année lors de la préparation du bilan et de la planification annuelle. Neuf gestionnaires ont dit tenir des rencontres statutaires au moins une fois par deux mois. Par ailleurs, tous les gestionnaires tiennent des rencontres d'équipes au moins une fois aux trois mois, réunissant habituellement les intervenants CAT, CES et l'I-PQDCS :

« Il y a une statutaire avec la gestionnaire 1 fois aux 2 semaines. C'est très aidant. Je reçois un bon soutien. Il y a également huit rencontres d'équipe (ICPC-CAT-CES et gestionnaire) par année. Mon gestionnaire est au courant de tous les projets. Il y a un bon partage d'information, Je me sens très impliquée. » (Entrevue individuelle ICPC).

Selon les données recueillies, le faible niveau d'implication de certains gestionnaires a parfois mené à une sous-utilisation des ICPC :

« Je me sens parfois sous-utilisée. Dans un contexte où tout le monde est surchargé, on ne peut pas se permettre cela ». (Entrevue individuelle, ICPC)

« J'ai une rencontre statutaire une fois par année avec mon gestionnaire. [...] Je prépare les plans d'action, les procès-verbaux [des rencontres statutaires] et les bilans. Je détermine moi-même les milieux à visiter. J'ai très peu de rétroaction de la part de mon gestionnaire. » (Entrevue individuelle, ICPC)

La stabilité organisationnelle facilite l'appropriation des mandats et le développement d'une vision par les gestionnaires.

Plusieurs ICPC ont mentionné que le changement de gestionnaire et les restructurations au sein de leur CSSS avaient eu un impact sur la définition de leur mandat et la continuité de leur travail :

« Comme la première gestionnaire avait participé à l'implantation du SPC, elle avait une vision plus claire de mon rôle. Elle m'impliquait dans différents comités avec les organisations communautaires, le GACO. [...] La deuxième gestionnaire n'avait pas la même vision, ne connaissait pas mon rôle. Elle venait des services courants et non pas de la santé publique, donc avait plutôt une approche curative. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Le mandat a d'abord été axé sur les visites en milieux cliniques lorsque j'étais rattachée aux services courants. Puis, avec le changement de direction, mon travail s'est rapproché des organisations communautaires et j'ai commencé à travailler plus avec les organisateurs communautaires. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Les structures organisationnelles ont tellement changé que les plans d'actions ne pouvaient pas être suivis. » (Entrevue individuelle, ICPC)

De leur côté, certains gestionnaires ont mentionné qu'avoir plusieurs dossiers à gérer en même temps leur laissait souvent peu de temps pour s'approprier le mandat. D'autres ont indiqué l'importance d'attribuer ce mandat à des gestionnaires de santé publique :

« La santé publique ne peut pas être une chose diffuse et éparpillée partout dans un CSSS. Il faut avoir une vision, ce n'est pas donné à tout le monde. Il faut avoir un minimum de compétences et de connaissances en santé publique, ce que beaucoup de gestionnaires n'ont pas. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

b) Positionnement du mandat au sein du CSSS

Il n'y a pas d'unanimité quant à la direction à laquelle devrait être rattachée l'ICPC.

Au moment de la collecte de données, huit ICPC relevaient de directions incluant un volet santé publique alors que quatre ICPC étaient rattachées à des directions cliniques (Tableau 3). Les ICPC semblent d'ailleurs avoir une vision partagée par rapport au positionnement de leur mandat au sein du CSSS. Par exemple, une infirmière a mentionné que son transfert de la santé publique à la première ligne avait contribué à donner un nouvel élan à son mandat, alors qu'une autre a déclaré l'inverse. Néanmoins, toutes considèrent qu'il est important de maintenir des liens avec la première ligne même afin de rester à l'affût des enjeux et des opportunités qui s'y rattachent :

« Je trouve que c'est un avantage de pouvoir être rattachée à la première ligne, car la chef de programme est en contact direct avec les services courants : médecins, etc. [...] J'ai la possibilité de travailler avec les deux directions [santé publique et première ligne] et c'est un avantage. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Je relève de la direction des services courants. Je suis plus près des services, c'est plus concret que lorsque l'ICPC relevait de la direction de la santé publique. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Le poste d'ICPC est passé des services généraux à la direction de la santé publique et du développement des communautés. [...] J'étais davantage responsable de l'organisation clinique, moins en lien avec la prévention. Mon transfert m'a rapproché de la prévention/promotion. » (Entrevue individuelle, ICPC)

c) Ressources affectées à la réalisation du mandat d'ICPC

Le roulement important au sein de l'équipe PCP locale rend difficile la consolidation du travail d'équipe.

Selon notre analyse, les ressources destinées à la réalisation du mandat des ICPC, c'est-à-dire une infirmière affectée à un poste équivalent temps plein par CSSS, sont généralement jugées suffisantes par les différents acteurs locaux rencontrés. Toutefois, on estime que les ressources allouées au déploiement de la stratégie de promotion et de soutien aux PCP sont utilisées de façon sous-optimale. Par exemple, les assignations à temps partiel du personnel voué aux services du CAT (équivalent variant de un à trois jours par semaine selon le CSSS), du CES (équivalent à deux jours par semaine) et de l'I-PQDCS (équivalent à un jour par semaine) posent un problème tant au niveau du recrutement que de la rétention des employés à ces postes, ce qui affecte la continuité des services et la consolidation du travail de l'équipe PCP dont fait partie l'ICPC :

« Il est très difficile d'assurer une continuité et de trouver du personnel intéressé à travailler à temps partiel. Donc, il y a beaucoup de roulement au niveau des intervenants CAT et CES. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« En l'absence d'une intervenante CAT pendant six mois, j'ai eu du mal à maintenir le service. Il fallait référer les patients à d'autres CSSS. » (Entrevue individuelle, ICPC).

Également, à certaines occasions, quelques ICPC ont mentionné avoir dû assurer un intérim, soit à titre d'intervenante du CAT ou du CES, en attendant le remplacement des intervenants qui avaient quitté.

Par ailleurs, certains gestionnaires ont revu les temps impartis entre les intervenants du CES, du CAT et du PQDCS en fonction des priorités et des besoins exprimés. Dans d'autres cas, les gestionnaires ont ajouté des ressources du CSSS afin de pouvoir offrir des assignations à temps plein à certains de leurs intervenants. À cet égard, quelques gestionnaires ont indiqué qu'il serait plus efficient d'avoir une enveloppe budgétaire flexible tandis que d'autres ont mentionné qu'il faudrait revoir les montants alloués en fonction des différentes caractéristiques des CSSS dont certains, avec les mêmes ressources, doivent couvrir un territoire beaucoup plus vaste que d'autres :

« Il ne faut pas avoir nécessairement plus de ressources mais revoir nos façons de faire avec les ressources qu'on a. » (Entrevue Individuelle, gestionnaire)

« Il aurait été plus facile d'avoir une enveloppe budgétaire plus souple et affecter les ressources selon un plan local plutôt qu'une enveloppe parachutée pour chaque CSSS. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

5.3.2. Contexte environnemental

a) Liens de collaboration intra-organisationnelle : collaboration au sein du CSSS

Le rôle de l'ICPC est souvent méconnu au sein du CSSS et mériterait d'être mieux positionné par les gestionnaires auprès des différentes directions et programmes.

Les ICPC perçoivent de façon générale que leur rôle est souvent méconnu ou mal compris au sein du CSSS (Tableau A2, annexe 6), ce qui ajoute à la difficulté de promouvoir les services préventifs auprès de leurs collègues. Selon les données tirées des entrevues, plusieurs des acteurs locaux rencontrés considèrent que le mandat doit être rendu plus visible auprès des directeurs des autres programmes

et que le soutien du gestionnaire pour positionner le mandat est essentiel pour faciliter l'intervention de l'ICPC. Ce soutien est très variable d'un CSSS à l'autre :

« Les directeurs sont peu informés et sensibilisés. Il faut continuellement rappeler la stratégie et l'expliquer. Ils ont beaucoup de pression et de services à gérer en même temps. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Avec le contexte actuel [...], il est difficile d'avoir le consentement des autres directeurs de programmes pour libérer le personnel afin de travailler sur la prévention. [...] Généralement, quand le message passe par le gestionnaire, c'est plus facile. » (Entrevue individuelle, ICPC)

Par ailleurs, quelques gestionnaires s'entendent pour dire que le mandat de promotion des PCP devrait être ancré dans la gouvernance du CSSS afin d'assurer une responsabilisation et une prise en charge du dossier des PCP par l'organisation et éviter que ce dossier soit porté par une petite équipe isolée :

« Le rôle du gestionnaire doit être plus large qu'opérationnel. Il faut que le mandat soit dans la gouvernance. Il faut que le [directeur général] en parle. Il ne faut pas être seul à porter le message. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« Réussir à influencer des gestionnaires et des décideurs pour arriver à une systématisation pérenne des PCP est très difficile, surtout dans un contexte où le curatif prédomine. C'est un travail de longue haleine. Je sentais qu'à l'interne je portais seule le dossier de la prévention. J'avais peu d'écoute du directeur des services professionnels. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Des efforts ciblés réalisés par les ICPC auprès de certains programmes ou directions de CSSS ont mené à une systématisation des références aux services préventifs. Toutefois, plusieurs ICPC ont mentionné se heurter au peu d'intérêt des professionnels envers ces services.

En général, les ICPC perçoivent que les professionnels de leur CSSS montrent un intérêt certain à être soutenus dans leurs pratiques préventives (tableau A2, annexe 6). Toutefois, elles considèrent que les taux de référence interne aux services du CAT et du CES pourraient être plus élevés. Plusieurs d'entre elles ont réussi dans une certaine mesure à systématiser cette pratique dans certains programmes :

« Les médecins résidents sont venus passer un bilan CES pour comprendre le service. Depuis, les références ont augmenté. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Au sein du CSSS, les travailleurs sociaux, les infirmières, etc. font des références qu'ils mettent dans le pigeonier du CES-CAT pour que l'intervenant rappelle le client. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Il y a actuellement une [infirmière praticienne spécialisée (IPS)] mandatée qui suit les patients de la liste GACO [...] et qui fait systématiquement la promotion du CES. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Par ailleurs, d'autres estiment que la culture de travail en silo, le peu d'intérêt des professionnels envers les services ainsi que le roulement élevé de personnel au sein des CSSS sont des enjeux importants qui peuvent expliquer les taux variables de références aux services préventifs :

« Je fais plusieurs présentations dans les différents programmes mais le roulement de personnel est un enjeu : il faut sans cesse répéter le message. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Il y a une certaine méfiance. Les intervenants (par exemple ceux [des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)]) ne veulent pas référer, mais être outillés pour intervenir eux-mêmes auprès de leur clientèle sur les saines habitudes de vie. » (Entrevue individuelle, ICPC).

Les liens de collaboration avec les médecins chargés de prévention présents dans certains CSSS sont peu définis.

À l'origine de l'implantation du SPC, la stratégie misait sur l'identification de médecins chargés de prévention qui avaient entre autres le rôle d'introduire les ICPC dans les cliniques médicales, de co-animer les séances de travail prévues dans le cadre du déploiement, de présenter la stratégie de promotion et de soutien des PCP aux autres membres de leur clinique, ainsi que de participer à des rencontres régulières avec l'équipe de la DSP⁵. Selon notre collecte, il existe encore quelques médecins qui portent un tel titre au sein de six CSSS, mais leur mandat est peu défini. Deux ICPC ont mentionné que la présence d'un médecin chargé de prévention au sein du CSSS leur facilitait l'accès dans les cliniques, alors que les autres ont dit ne pas connaître réellement le mandat de ce médecin :

« Il y a un médecin chargé de prévention dans les trois CLSC dont le rôle n'est pas bien défini. Mais leur présence a facilité mon travail pour introduire les ordonnances collectives et la mammographie. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Oui. Il y a un médecin chargé de prévention. Mais elle n'est pas sollicitée. » (Entrevue individuelle, ICPC).

Par ailleurs, certains acteurs locaux rencontrés reconnaissent que la promotion des PCP auprès des médecins serait beaucoup plus efficace si l'information leur était transmise par un pair et qu'en ce sens, une collaboration plus étroite avec un médecin chargé de prévention ou avec la direction des affaires médicales des CSSS serait aidante :

« Ce qui peut être optimal, c'est de cibler un médecin qui y croit et qui peut contaminer les autres. La sensibilisation par les pairs est beaucoup plus efficace que par une ICPC. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Ça ne devrait pas être à l'ICPC de sensibiliser les médecins. Ça serait plus efficace de passer par la direction des affaires médicales par exemple du CSSS qui s'associerait avec l'ICPC pour sensibiliser les médecins à utiliser les outils. L'ICPC a un bon vouloir, mais tout dépend de l'ouverture. » (Entrevue individuelle, ICPC).

b) Liens de collaboration inter-organisationnelle : les milieux cliniques de première ligne

Le peu d'intérêt des intervenants des cliniques médicales externes à être soutenus dans leurs PCP est perçu par les acteurs locaux comme un obstacle important à la pratique.

La principale collaboration attendue des milieux cliniques de première ligne dans le cadre de la stratégie de soutien et de promotion des PCP est la référence des patients aux services préventifs du CSSS, et plus particulièrement au CES et au CAT. À cet égard, les ICPC perçoivent qu'il est difficile d'établir des liens de confiance avec les médecins des cliniques externes (Tableau 5) et que ces

⁵ Secteur Services préventifs en milieu clinique (2007). Déploiement du système de prévention clinique. Document de travail. Version révisée rédigée par l'équipe régionale de pratiques cliniques préventives du secteur SPMC.

derniers ont, en général, peu d'intérêt envers ces services. C'est ce que démontre le Tableau qui présente une série d'énoncés proposés aux ICPC dans le questionnaire Web ainsi que le degré d'accord moyen des ICPC avec chacun des énoncés sur une échelle de 1 à 10.

Tableau 5 : Perceptions des ICPC quant à l'intérêt et la confiance des milieux cliniques envers la stratégie de promotion et de soutien des PCP

Énoncés sur l'intérêt et la confiance des milieux cliniques envers la stratégie de promotion et de soutien des PCP	n	Degré d'accord moyen
Les professionnels des milieux cliniques montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives.	11	6
Les professionnels des pharmacies communautaires montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives.	11	8,2
Les professionnels de mon CSSS montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives.	10	7,1
Les milieux cliniques démontrent un intérêt envers les services de soutien au changement d'habitudes de vie (CAT, CES, etc.).	11	6
Les services préventifs disponibles en CSSS sont connus des milieux cliniques.	11	5,9
Il existe une relation de confiance entre les professionnels des milieux cliniques et le CSSS.	9	5,4
Il existe une relation de confiance entre les professionnels des pharmacies communautaires et le CSSS.	8	9

Par ailleurs, la difficulté à établir des liens de confiance avec les médecins varie d'un territoire à l'autre en fonction notamment du nombre et du type de cliniques sur le territoire, le niveau de collaboration étant plus difficile à obtenir de la part des praticiens des cliniques privées, de groupe ou solos. En effet, pour la plupart des ICPC, les GMF constituent des milieux plus faciles d'accès, en raison notamment de l'autorité fonctionnelle des CSSS envers les infirmières des GMF, qui, la plupart du temps, sont rencontrées plutôt que les médecins :

« Il y a un début de collaboration entre les médecins GMF et CSSS, mais c'est très lent. Par exemple, il y a des médecins qui prennent des patients de GACO et qui s'appuient sur les services du CSSS (inhalothérapeute, optométriste, diabète, etc.). » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Il est très difficile de rentrer dans certains milieux cliniques qui ne veulent même pas me donner un rendez-vous. Donc il y a des milieux cliniques où je ne vais plus. » (Entrevue individuelle, ICPC).

Les intervenants des milieux cliniques de premières lignes n'ont pas pu être rencontrés dans le cadre de la présente évaluation. Toutefois, les entrevues auprès des ICPC et de leurs gestionnaires suggèrent certains facteurs pouvant expliquer leur réticence envers les services des CSSS :

- La méconnaissance des services offerts par les CSSS;
- Le manque d'uniformité des services d'un CSSS à l'autre;
- Une compréhension erronée de la mission et des responsabilités des CSSS;
- Les services offerts dans certaines cliniques qui peuvent s'apparenter aux services offerts dans les CSSS (ex.: vaccination, nutrition, etc.);
- La culture médicale actuelle, qui n'encourage pas le travail interdisciplinaire.

Finalement, plusieurs s'entendent pour dire que malgré l'ouverture de certains milieux, les références aux services n'augmentent pas nécessairement. À cet égard, la question reste à savoir si ce sont les médecins qui font peu de références ou plutôt les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

La mise en place des tables locales de pharmaciens est considérée comme un des éléments facilitant la pratique.

Les ICPC considèrent qu'en général, les professionnels des pharmacies communautaires montrent davantage d'intérêt que ceux des cliniques médicales à être soutenus dans leurs PCP. Elles perçoivent également qu'il est plus facile d'y développer des liens de confiance. Aussi, elles sont unanimes pour dire que la mise en place des tables locales de pharmaciens constitue une plateforme importante pour la consolidation de liens entre les différents acteurs du RLS, et l'un des éléments aidants pour la mise en œuvre de la stratégie de promotion et de soutien aux PCP en milieu clinique de première ligne. Ces tables sont des comités de concertation soutenus par le CSSS, incluant principalement des intervenants du RLS et des pharmaciens exerçant sur le territoire du CSSS. Actuellement, ces tables sont présentes dans tous les CSSS avec un niveau d'activité variable.

La collaboration du DRMG local facilite l'accès aux milieux cliniques. Cette collaboration est variable d'un CSSS à l'autre.

À Montréal, le DRMG a mis sur pied une table locale dans chaque territoire de CSSS. Celle-ci regroupe les médecins omnipraticiens pratiquant sur le territoire, que ce soit en cabinet médical ou en établissement et se réunit environ cinq fois par an pour discuter principalement de l'organisation des services de première ligne. Actuellement, selon la représentante régionale du DRMG, sur les 12 tables mises en place, dix ont des rencontres régulières qui réunissent en moyenne une dizaine de médecins⁶.

La collaboration de la table locale du DRMG a été mentionnée par les ICPC comme l'un des éléments pouvant faciliter l'accès des milieux cliniques et la transmission d'informations aux professionnels des cliniques :

« La représentante du DRMG est très active, ouverte et facilitante. Elle fait le lien avec les milieux cliniques, elle m'implique dans l'organisation des colloques du DRMG où j'ai un kiosque pour présenter les services du CSSS. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Il existe une table du DRMG où le [directeur général du CSSS] est présent. Il y a une ouverture maintenant et même si l'ICPC n'est pas présente, on parle du dossier prévention. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Il faut noter, par ailleurs, que seulement quatre ICPC ont dit entretenir des liens de collaboration avec cette table. Ainsi, plusieurs ont entrepris des démarches pour organiser des rencontres qui sont restées vaines, alors que dans d'autres CSSS, cette collaboration n'est pas encouragée par les gestionnaires :

« Les préoccupations lors des rencontres du DRMG sont davantage centrées sur leurs besoins [aux médecins]. Il n'y a aucune ouverture à intégrer les PCP. Dans ce contexte, il est d'autant plus difficile de remettre le dossier dans les mains d'une infirmière. Ce serait peut-être plus efficace que cette promotion se fasse de médecins à médecins. » (Entrevue individuelle, gestionnaire)

⁶ Information recueillie auprès du chef du DRMG à Montréal.

« Même si je ne peux assister à la table des DRMG, je trouverais pertinent de pouvoir informer la gestionnaire qui y assiste sur les changements, les mises à jour afin que celle-ci puisse les présenter, mais non, ça ne se fait pas. » (Entrevue individuelle, ICPC).

c) Liens de collaboration inter organisationnelle : les ressources de la communauté

L'ouverture des milieux communautaires à promouvoir les saines habitudes de vies constitue une porte d'entrée pour les ICPC qui souhaitent rejoindre les populations qui ne fréquentent pas les services du CSSS.

Selon plusieurs acteurs locaux rencontrés, l'intérêt des milieux communautaires envers les services préventifs a ouvert la voie à un nouveau rôle pour les ICPC qui s'éloigne quelque peu d'un soutien clinique en matière de pratiques préventives mais qui demeure étroitement lié à la mise en réseau et à la diffusion de services-conseils en prévention. Au moment de l'évaluation, neuf CSSS avaient développé des stratégies d'entrée auprès des organisations communautaires et trois CSSS, auprès des entreprises. À cet égard, certaines ICPC ont une approche très proactive incluant des participations au sein de tables de concertation locales sur les saines habitudes de vie, alors que d'autres ont une approche plus réactive, en réponse à des besoins ponctuels émanant des organisations :

« Les milieux communautaires sont ouverts. Il y a une demande et une réponse positive aux services préventifs et aux programmes de gestion des maladies chroniques. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Le CSSS dessert une population défavorisée et les services CES-CAT ne répondent pas à leurs besoins tels que conçus. Il faut identifier des stratégies de façon collective et trouver des solutions avec la collectivité. » (Entrevue individuelle, ICPC).

d) Liens de collaboration inter organisationnelle : la DSP

De l'avis général, le soutien offert par la répondante régionale des ICPC est considéré comme un des éléments les plus aidant à la pratique. Selon les propos recueillis lors des entrevues auprès des intervenants régionaux, l'accompagnement des ICPC dans les 12 CSSS relève principalement d'une infirmière qui agit comme répondante régionale pour l'ensemble des ICPC, depuis 2008. À ce titre, celle-ci a un rôle de soutien à la pratique et n'a pas le mandat de coordonner ni de superviser la mise en œuvre des activités des ICPC, mandat qui revient plutôt aux gestionnaires des CSSS. Au cours de la dernière année, le soutien à la pratique des ICPC s'est traduit essentiellement par :

- L'animation de la communauté de pratique virtuelle par la répondante régionale à la DSP (une fois par semaine);
- L'animation des rencontres de la communauté de pratique par la répondante régionale à la DSP (six par année);
- La formation de base et l'orientation de quatre nouvelles ICPC;
- La formation continue aux ICPC suivant un plan de développement des compétences;
- Le développement et la mise à jour des outils d'aide à la pratique;
- L'accompagnement à la planification de projets spéciaux;
- La participation sur demande aux comités locaux PCP et tables locales des pharmaciens;
- La participation au processus d'embauche d'une nouvelle ICPC et l'orientation des nouveaux gestionnaires au besoin;
- Le soutien à la planification et à la diffusion d'outils pour les campagnes (vaccination, Défi J'arrête, j'y gagne, Défi 5-30, etc.).

L'analyse des données recueillies auprès des acteurs locaux révèle qu'au cours de la dernière année, l'appui offert par la DSP a profité à l'ensemble des ICPC et que selon celles-ci, l'offre de différentes formes de soutien a permis l'atteinte des trois objectifs fixés (Tableau). Ainsi, toutes les ICPC ont participé de façon régulière à la communauté de pratique (lors des face-à-face) au cours de la dernière année.

Un bon nombre d'entre elles (9/11) disent également avoir bénéficié de formations continues offertes ou recommandées par la DSP. Il faut noter qu'après avoir validé cette information lors des entrevues, on constate que plusieurs formations auxquelles ont assisté les ICPC ont été données dans le cadre de la communauté de pratique ou n'ont pas été nécessairement organisées par la DSP mais par d'autres organisations ou programmes.

Par ailleurs, seulement cinq ICPC sur 11 ont répondu avoir utilisé l'offre d'ateliers de formation destinés aux cliniciens de première ligne ainsi que le soutien offert pour la mise en place des campagnes grand publique (planification et diffusion d'outils). Notons, par ailleurs, que ces données doivent être analysées en tenant compte du fait que plusieurs ICPC avaient moins d'une année d'expérience au moment de la collecte de données.

Finalement, les outils destinés aux milieux cliniques, les mises à jour des lignes directrices ainsi que les données de monitoring ont été utilisés par l'ensemble des ICPC, à l'exception d'une infirmière qui venait tout juste d'entrer en fonction.

Tableau 6 : Répondantes ayant eu recours aux différentes formes de soutien régional (2013-2014) et % d'utilisatrices estimant que ces formes de soutien ont contribué aux objectifs de l'offre de soutien régional (n=11)

	Utilisatrices	Développer une vision commune du rôle	Développer ses connaissances et compétences	Soutenir et promouvoir l'intégration des PCP
	n=11	%		
Formations continues	9	67 %	100 %	67 %
Communauté de pratique	11	91 %	73 %	64 %
Formation de base par la répondante locale	4	100 %	100 %	100 %
Accompagnement de projets spéciaux	6	33 %	67 %	83 %
Ateliers pour les cliniciens de première ligne	5	0 %	20 %	100 %
Soutien aux outils pour campagne grand publique	5	20 %	20 %	40 %
Outils : milieux cliniques de première ligne	10	20 %	20 %	90 %
Mise à jour des lignes directrices	9	11 %	78 %	67 %
Données de monitoring sur les CES et CAT	9	22 %	33 %	78 %

L'outil conçu par l'équipe régionale pour appuyer les ICPC dans le suivi des activités qu'elles réalisent en fonction des quatre axes d'intervention du secteur SPMC n'est pas utilisé de façon systématique.

Un outil de suivi a été proposé aux ICPC, il y a cinq ans, par l'équipe régionale du secteur SPMC afin de répondre aux besoins exprimés par ces dernières pour documenter leurs activités en lien avec les axes d'interventions du secteur. Il a été mis à jour il y a deux ans. Une revue des fichiers tenus par les ICPC nous permet de conclure que l'outil n'est pas utilisé de façon systématique, certaines ayant même développé leur propre outil de suivi en fonction des plans annuels qu'elles définissent :

« [...] L'outil Excel est lourd. Il ne sert que pour le bilan. Ce n'est pas réellement un facilitant. » (Entrevue individuelle, ICPC).

De leur côté, plusieurs gestionnaires ont manifesté leur intérêt d'être impliqués dans la définition d'un système de suivi permettant de mieux suivre l'évolution du déploiement des ICPC afin d'être en mesure d'identifier des résultats.

« Les ICPC ont beaucoup d'autonomie par rapport à cet outil, et il y a quelques lacunes au niveau du suivi. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

En général, les ICPC considèrent qu'elles ont suffisamment d'occasions d'améliorer leurs connaissances et compétences cliniques. Toutefois, les aptitudes en relations publiques ressortent également comme essentielles pour réaliser le mandat et pourraient être soutenues davantage.

Selon les résultats tirés du questionnaire rempli par les ICPC (Tableau A1, annexe 1), celles-ci perçoivent qu'elles ont plusieurs occasions d'améliorer leurs compétences et qu'elles le font surtout à travers la communauté de pratique. Quelques-unes ont mentionné également avoir eu l'occasion, au cours de la dernière année, d'assister à des formations dispensées par d'autres organismes ou de participer à des webinaires.

Un bref survol des formations auxquelles ont participé les ICPC au cours de la dernière année nous informe qu'en général, celles-ci ont porté sur les compétences cliniques nécessaires à la pratique (ex : enjeux concernant la lutte contre le tabac, mises à jour sur les PCP, entretien motivationnel, etc.). Par ailleurs, selon les données recueillies lors des entrevues, la perception des compétences requises pour intervenir à titre d'ICPC s'apparente beaucoup au savoir-être. Ainsi, du côté des gestionnaires, on recherche une personne ouverte et souple, qui sait communiquer, avec une grande conviction envers la prévention/promotion et qui sait bien comprendre les enjeux. Du côté des ICPC, on a mentionné l'importance d'être autonome, de bien connaître le réseau de la santé, de savoir se présenter en public, d'avoir du leadership et une grande flexibilité.

Ainsi, si on reconnaît **l'importance clinique** liée à la pratique de l'ICPC, les aptitudes en **relations publiques** ressortent également comme essentielles pour réaliser le mandat. Or, les ICPC œuvrant depuis plusieurs années à ce titre ont mentionné qu'à l'exception de quelques formations de type « représentant pharmaceutique » offertes au tout début de l'implantation du SPC, ces compétences avaient été très peu soutenues par leur direction ou même par la DSP :

« La nouvelle ICPC a été choisie en fonction de ses compétences pour être ambassadrice du CSSS, de ses connaissances du réseau et de ses habiletés de réseautage et de savoir lire les enjeux. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« Être ICPC, ce n'est pas donné à tout le monde. Il faut avoir de l'entregent, aimer le contact avec les médecins et pharmaciens. Il y a eu un roulement important d'ICPC avant moi, car ça ne fonctionnait pas avec tout le monde. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Il faudrait des formations de style mises en situation aux nouvelles ICPC, des jeux de rôle sur l'analyse d'une salle d'attente, une présentation simulée à un médecin [...] » (Entrevue individuelle, ICPC).

Selon notre analyse, trois mécanismes proposés par l'équipe PCP régionale peuvent soutenir le développement d'une vision commune du mandat : la communauté de pratique, la participation des répondants régionaux (répondante des ICPC et coordonnatrice professionnelle de l'équipe PCP du secteur SPMC à la DSP) au comité de suivi local PCP et les rencontres initiées par la répondante régionale pour présenter le mandat aux gestionnaires et ICPC. Notre analyse a mené aux constats suivants.

La communauté de pratique est grandement appréciée de toutes les ICPC et, selon elles, constitue l'élément qui contribue le plus au développement d'une vision commune de la pratique.

Les ICPC ont indiqué que c'est surtout leur participation à la communauté de pratique qui contribue à développer une vision commune de leur pratique. En outre, l'analyse du sondage sur la communauté de pratique mené auprès des infirmières en juin 2014 a fait ressortir un niveau d'appréciation élevé de la part de celles-ci envers cette communauté. En effet, le sondage révèle, entre autres, que la communauté de pratique est considérée comme le meilleur moyen pour soutenir la pratique des ICPC et que les bénéfices d'y participer justifient le temps investi. Elles disent cependant consacrer moins de temps à la communauté de pratique virtuelle mais être en mesure de se faire libérer facilement pour participer à la communauté de pratique en face à face. Les résultats de ce sondage sont présentés en annexe 2 :

« On est beaucoup laissé à nous-mêmes donc le soutien régional est important, surtout la communauté de pratique. » (Entrevue individuelle, ICPC)

D'un autre côté, la collecte des données réalisée auprès des gestionnaires révèle que ces derniers considèrent tous la communauté de pratique comme un atout pour les ICPC, qui sont amenées à travailler souvent de façon isolée à cause de la nature de leur mandat :

« La communauté de pratique est très utile, d'autant plus que l'ICPC travaille seule. Il est important de voir ce qui se fait ailleurs. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

Toutefois, quelques gestionnaires ont mentionné l'importance que cet espace demeure un lieu d'échange et non pas de planification des mandats, dont la responsabilité relève des CSSS :

« La communauté de pratique est utile pourvu qu'il s'agisse d'un partage d'expériences, de stratégies et de développement des compétences. Toutefois, il y a eu des écarts dans la mesure où la répondante régionale proposait des mandats aux ICPC sans que les gestionnaires n'en soient informés. Ces mandats ne s'inscrivaient pas toujours dans les réalités locales ni dans les priorités locales. » (Entrevue individuelle, gestionnaire)

Les gestionnaires se sentent parfois à l'écart des enjeux débattus dans le cadre de la communauté de pratique.

Quelques gestionnaires ont souligné lors des entrevues que l'information rendue disponible dans le cadre de la communauté de pratique ne se rendait pas nécessairement jusqu'à eux, les tenant parfois éloignés des enjeux liés à la pratique et ce, malgré que le résumé des thèmes abordés lors de ces rencontres leur soit rendu disponible :

« La communauté de pratique, oui. Mais qu'est-ce qui devrait être soutenu dans la communauté de pratique en lien avec les besoins des gestionnaires? Il y a une nécessité d'un meilleur arrimage. [...] Il serait bon que certaines informations partagées arrivent aux gestionnaires, qu'il y ait un échange. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

« Je crois que la communauté de pratique est un lieu permettant d'échanger et de travailler ensemble. Mais il y a une partie de travail de l'ICPC que je ne connais pas. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

On observe que seulement deux CSSS ont mis en place un comité de suivi local PCP qui répond aux critères définis par la DSP, ce qui pourrait limiter le développement d'une vision commune du mandat de l'ICPC.

La mise sur pied d'un comité local de suivi du SPC fait partie des contributions prévues des CSSS au SPC et un indicateur est d'ailleurs inclus à cet effet dans les bilans annuels des PAL. Selon les documents relatifs au SPC, le rôle de ce comité est d'aider la coordination du SPC sur chaque territoire et son adaptation aux réalités locales. La composition d'un tel comité inclut généralement, en plus du gestionnaire responsable de la mise en œuvre de l'orientation 6, l'ICPC, les intervenants CAT et CES, l'I-PQDCS, des gestionnaires d'autres programmes, un médecin expert en santé publique et des représentants régionaux invités à l'occasion, dont la coordonnatrice de l'équipe PCP et la répondante des ICPC. Une revue des bilans réalisés pour l'année 2013-2014 indique que 10 CSSS sur 12 ont déclaré avoir mis en place un tel comité de suivi. Par ailleurs, après avoir validé cette donnée lors des entrevues, on constate que seulement deux CSSS ont un comité qui répond aux critères définis. Les autres CSSS ont mis en place des comités plus restreints qui comprennent habituellement, l'ICPC, les intervenantes CAT et CES, l'I-PQDCS et le gestionnaire de l'équipe. Le manque de mobilisation des professionnels et gestionnaires a été mentionné comme un facteur pouvant expliquer l'absence de comités élargis au sein des CSSS.

Or, l'implication des répondants régionaux au comité de suivi local PCP est perçue par quelques ICPC comme une opportunité de discuter de leur mandat avec les autres parties prenantes au sein du CSSS de façon à mieux positionner leur mandat :

« Au départ, il y avait une équipe PCP lorsque la direction de santé publique [locale] existait. Cette équipe a disparu en même temps que la direction. [...] Elle regroupait le CES, CAT, l'ICPC, des représentants régionaux. [...] À cette époque, il y avait des réunions aux six semaines avec un ordre du jour. [...] Maintenant, on n'a plus le temps de discuter de vision. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Il est question qu'on relance l'équipe PCP. [...] Une réunion est prévue prochainement incluant un représentant de la santé publique. L'objectif sera d'essayer de créer un plan de travail, de définir une vision, de définir de nouveaux objectifs. » (Entrevue individuelle, ICPC)

Le soutien de la répondante régionale pour présenter le mandat aux gestionnaires et ICPC est perçu comme très utile.

Depuis deux ans, la DSP invite les gestionnaires à la rencontre d'orientation prévue lors de l'embauche d'une nouvelle ICPC pour présenter le mandat. Auparavant, cette rencontre n'était offerte qu'à l'ICPC. Selon les données recueillies lors des entrevues, cette initiative a été appréciée par ceux qui ont pu en bénéficier :

« Au départ, je ne savais pas exactement ce qu'allait être mon travail. Mon mandat n'était pas clair. Une rencontre avec la répondante régionale et ma gestionnaire a permis de clarifier mon rôle auprès du gestionnaire. » (Entrevue individuelle, ICPC)

Les ICPC ont souligné de façon générale le rôle facilitant de l'équipe PCP pour les accompagner dans leur travail de promotion et de soutien des PCP. Toutefois, quelques enjeux ont été soulevés lors des entrevues.

L'offre régionale devrait inclure des outils destinés aux intervenants des milieux communautaires et adaptés aux réalités locales.

Certaines ICPC ont soulevé le besoin d'être appuyée dans leur mandat auprès des organisations communautaires. Elles souhaiteraient, par exemple, avoir du matériel à proposer aux animateurs communautaires pour les aider à intervenir auprès de leur clientèle. Par ailleurs, d'autres disent consacrer beaucoup de temps à adapter le matériel proposé aux différentes clientèles (abandon du tabac chez les jeunes familles, femmes enceintes, etc.) et souhaiteraient avoir une offre bonifiée à cet égard.

L'offre devrait être bonifiée pour répondre aux besoins des milieux cliniques de première ligne.

La majorité des ICPC ont souligné le faible intérêt des milieux cliniques envers les services préventifs (CES et CAT). À cet égard, certaines pensent qu'une offre régionale bonifiée avec l'implantation de nouvelles PCP, par exemple, pourraient davantage justifier des tournées dans ces milieux. Par ailleurs, d'autres considèrent que les ICPC ne devraient pas se limiter à promouvoir les services préventifs, mais tous les services susceptibles d'intéresser les milieux cliniques et de faciliter la pratique des professionnels :

« Je ne fais pas uniquement la promotion des services en prévention. Par exemple, le GACO est très prisé par les médecins qui ne savent plus où référer les patients. Tout est bon pour entrer dans les milieux. Une fois entrée, j'en profite pour parler de prévention. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Je trouve que l'offre d'outils d'aide à la pratique est insuffisante. Il est difficile de rencontrer les milieux cliniques car il n'y a pas de nouveau à montrer qui justifierait une rencontre avec les médecins. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Mon mandat auprès des milieux cliniques n'est pas exclusivement de promouvoir les services en prévention mais tous les services, de faciliter le travail des milieux cliniques à tous les niveaux. Si un médecin veut savoir comment faire des références au programme de santé mentale, je vais l'aider. » (Entrevue individuelle, ICPC)

Le rôle des paliers régional et supra-locaux pour communiquer le message de la prévention dans les milieux cliniques de première ligne doit être plus soutenu.

La difficulté de pénétrer les milieux cliniques de première ligne ressort comme un enjeu de taille et un frein considérable au déploiement de la stratégie dans ces milieux. La majorité des acteurs rencontrés ont soulevé la nécessité d'un rôle en amont plus soutenu de la DSP et des autres paliers supra-locaux (Ex. Collège des médecins, Ministère de la santé et des services sociaux, DRMG, etc.) pour appuyer le travail de fond mené par les ICPC dans les milieux cliniques :

« Je voudrais faire plus dans les milieux cliniques, mais comment ? Il faudrait mettre en place un mécanisme pour avoir plus facilement accès aux médecins : la santé publique devrait ouvrir les portes en envoyant des messages sur le site des médecins ou passer par l'ordre des médecins. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Le soutien à l'intégration des PCP auprès des médecins ne devrait pas relever que de l'ICPC. Tel qu'il est, c'est l'ICPC qui doit faire monter une stratégie vers les médecins. Ça devrait plutôt partir du haut (Collège des médecins, cursus universitaires, etc.). La DSP devrait s'impliquer plus, si c'est une stratégie régionale, il faut se donner les moyens régionaux. » (Entrevue individuelle, ICPC)

« Au niveau régional, il ne semble pas avoir de travail de sensibilisation dans les autres tables régionales de telle sorte que c'est toujours un travail de fond qui doit se faire sans appui qui vient du haut. Cette stratégie n'est pas efficace. » (Entrevue individuelle, gestionnaire).

5.4. PRATIQUE DES ICPC

Cette section expose le portrait général de la pratique des ICPC au cours de la dernière année (2013-2014). Cette section du rapport documente (1) la part du temps des ICPC consacré au mandat d'intervention, (2) la répartition du temps alloué par milieu d'intervention, (3) l'approche préconisée par les ICPC et (4) la conformité des rôles et des activités de l'ICPC au mandat régional.

5.4.1. Part du temps consacré au mandat d'intervention

On a demandé aux ICPC d'estimer la part du temps qu'elles consacraient à leur mandat d'intervention ainsi qu'à des activités qu'elles considéraient ne pas faire partie de leur mandat (Tableau 7). Voici les principaux éléments observés dans le cadre de la recherche :

Les ICPC estiment, en général, accorder peu de temps à des tâches qu'elles considèrent non liées à leur mandat.

Six des onze ICPC ayant répondu au questionnaire ont dit allouer du temps à des tâches qu'elles considèrent non liées à leur mandat. Le temps qu'elles disent avoir consacré en moyenne à ces tâches au cours de l'année 2013-2014 correspond à 13,4 % du temps total. Toutefois, ces données doivent être analysées avec précaution, car on a pu constater, lors des entrevues, que les tâches perçues par certaines ICPC comme ne faisant pas partie de leur mandat sont perçues par d'autres comme intégrées à leur mandat. Par exemple, certaines sont d'avis que le rôle de répondante locale des campagnes populationnelles et leur participation à des projets spéciaux (en cessation tabagique, notamment) font partie de leur mandat alors que d'autres ont placé ce type d'activité dans la catégorie « autres », suggérant ainsi une compréhension inégale du mandat.

Les ICPC évaluent consacrer en moyenne 15 % de leur temps aux activités de développement des compétences, de concertation et de réseautage régional (incluant la CoP).

Le pourcentage relativement élevé lié à cette composante du mandat peut s'expliquer par le nombre de nouvelles ICPC (4) engagées au courant de l'année et qui ont dit avoir consacré un temps significatif à la formation de base initiale et à l'auto développement. L'autre partie importante de la composante formation est liée à la participation des ICPC à la communauté de pratique. Dans le cadre des entrevues, les ICPC ont indiqué que, mise à part la participation à la communauté de pratique, leur participation à des formations organisées par la DSP a été minime au cours de la dernière année.

Les ICPC considèrent qu'elles ne devraient pas assumer en même temps le mandat d'infirmière PQDCS et celui d'ICPC.

Au moment de l'évaluation, quatre ICPC portaient également le chapeau d'infirmière PQDCS (I-PQDCS). L'une d'entre elles n'avait pas encore de mandat précis en lien avec le PQDCS puisqu'elle venait tout juste d'entrer en fonction. Les autres ont indiqué que ce poste était une surcharge puisqu'elles devaient, en plus de réaliser leur mandat d'ICPC qui correspond à un poste équivalent à temps plein (5 jours par semaine) consacrer l'équivalent d'une journée par semaine au PQDCS.

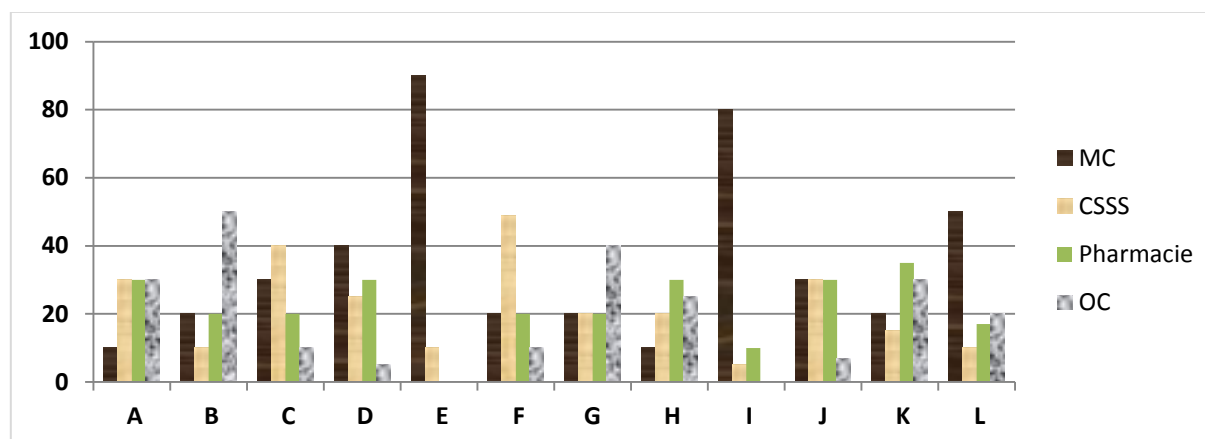
Tableau 7 : Répartition du temps investi par les ICPC entre les activités réalisées (2013-2014) (n=11)

Catégorie d'activités	n	%	Min	Max
• Activités dans les milieux d'intervention (incluant les tâches administratives)	11	77,2	60 %	90 %
• Développement des compétences et activités de concertation/réseautage régional (incluant CoP)	11	15,5	5 %	30 %
• Autres tâches non liées au mandat selon les ICPC Exemples : • Remplacement de l'intervenant CES-CAT au besoin; • Vaccination antigrippale dans les périodes de crise; • Participation à des projets spéciaux.	6	13,4	1 %	30 %

5.4.2. Répartition du temps alloué par milieu d'intervention

Les ICPC interviennent principalement dans quatre types de milieux : les cliniques médicales de première ligne, les pharmacies, les organisations communautaires et leur CSSS. La répartition du temps d'intervention entre ces milieux est présentée au tableau 8.

Tableau 8 : Temps consacré aux différents milieux d'intervention selon les ICPC (2013-2014) (n=11)



On constate une présence très variable des ICPC dans les milieux cliniques externes de première ligne. La part du temps que les ICPC ont estimé allouer à des visites en cliniques médicales de première ligne varie entre 10 % et 90 % avec une moyenne se situant à 34 %. Deux ICPC ont déclaré passer plus de 80 % de leur temps dans ces milieux. Cependant, celles-ci détenaient des profils particuliers au moment de l'évaluation. Ainsi une femme nouvellement en poste a déclaré avoir passé la majorité de son temps à se présenter aux milieux cliniques de son territoire. Une autre répondante, en fonction depuis le tout début de la mise en œuvre de la stratégie de soutien et de promotion des PCP, recevait un appui important du DRMG local. En excluant ces deux ICPC, on se retrouve avec une moyenne de temps consacré à des visites en milieux cliniques de 25 %. En plus de ces deux ICPC, deux autres répondante sont mentionné avoir alloué, au cours de la dernière année, la plus grande partie de leur temps à des interventions dans les milieux cliniques médicales de première ligne.

5.4.3. Approche préconisée par les ICPC

L'approche préconisée par les ICPC dans les milieux cliniques est celle de déléguée médicale. Les activités réalisées par les ICPC dans les milieux cliniques externes est relativement uniforme et s'apparente davantage à une approche de déléguée médicale qu'à celle de facilitation visant à implanter des changements organisationnels. Rappelons que le délégué médical est une personne qui

visite et rencontre en personne le clinicien dans son milieu de pratique afin de l'amener à modifier ou renforcer un comportement. Les visites sont habituellement brèves et répétées :

« Je donne des informations sur le CES et le CAT et les outils disponibles pour le suivi HTA et je fais un peu la promotion du PQDCS, surtout lors des campagnes du cancer du sein) ». (Extrait des entrevues individuelles réalisées auprès des ICPC).

Les milieux cliniques sont visités entre une et quatre fois par année selon les territoires, avec une durée moyenne de **5 minutes par visite**, durant laquelle les ICPC présentent les outils, distribuent de l'information et font la promotion des services. À l'occasion, pour des besoins spécifiques, les visites peuvent durer plus longtemps, entre 15 et 20 minutes. La majorité des ICPC privilégient des visites en personne, mais certaines ont mentionné faire un suivi dans les cliniques par courrier électronique, en raison de la difficulté à obtenir des rendez-vous dans ces milieux. Trois ICPC rédigent des bulletins qui sont envoyés dans les cliniques.

La plupart des ICPC font la promotion d'un ensemble d'autres programmes et services pour répondre aux besoins de la première ligne.

Toutes les ICPC font la promotion des programmes de gestion des maladies chroniques et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (lorsqu'implanté). À cela peuvent s'ajouter d'autres services et programmes comme le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), les horaires de vaccination, les programmes de santé mentale, l'aide-mémoire des ressources de première ligne et deuxième ligne, etc.) :

« Mon entrée dans les milieux cliniques a été facilitée avec l'implantation du programme de gestion des maladies chroniques qui est beaucoup plus populaire que le CES auprès des médecins. Depuis janvier 2014, le MPOC a été ajouté et ça me donnera un prétexte de plus pour prendre rendez-vous avec les médecins. » (Entrevue individuelle ICPC).

« Mon mandat est un peu plus large que de promouvoir les services préventifs : je suis la courroie de transmission entre l'interne et tout ce qui peut avoir un impact médical à l'externe. » (Entrevue individuelle : ICPC)

Les ICPC font généralement peu de suivi dans les cliniques solo.

La majorité des ICPC ont dit avoir visité toutes les cliniques et les pharmacies de leur territoire dans le cadre des tournées annuelles. Toutefois, seuls les milieux plus réceptifs, en majorité les cliniques réseaux ou les GMF, font l'objet de rencontres de suivi.

Les ICPC reconnaissent toutes l'importance de rencontrer les médecins mais doivent souvent identifier d'autres interlocuteurs pour réussir à pénétrer dans les milieux cliniques.

À l'exception de deux ICPC qui ont dit réussir à obtenir assez facilement des rendez-vous avec les médecins lors de leurs visites dans les milieux cliniques, ce sont surtout les infirmières des GMF, lorsqu'elles sont présentes, les gestionnaires des cliniques et parfois même les réceptionnistes qui sont rencontrés lors des tournées.

En ce qui concerne les visites auprès des pharmacies, les ICPC rencontrent autant les infirmières, lorsqu'elles sont présentes, les pharmaciens propriétaires et salariés. Finalement, toutes les ICPC participent aux tables locales des pharmaciens qui sont implantées sur leur territoire.

La majorité des ICPC interviennent au sein de leur CSSS, surtout dans le cadre des campagnes populationnelles.

Dix ICPC ont dit agir à titre de répondante locale pour les campagnes populationnelles dans le cadre desquelles elles organisent des activités destinées à promouvoir les saines habitudes de vie au sein de

leur CSSS. Quelques-unes interviennent également auprès des professionnels de la santé de leur CSSS pour soutenir de façon plus systématique l'intégration des PCP.

Plusieurs ICPC ont développé des stratégies pour rejoindre directement les populations.

Enfin, quelques ICPC ont défini des stratégies d'entrée auprès des organisations communautaires pour positionner les PCP et rejoindre les populations qui ne fréquentent pas le CSSS, alors que d'autres ont des approches plus réactives, en réponse aux demandes ponctuelles venant de la communauté.

5.4.4. Conformité de la pratique au mandat régional

Une fois la pratique énoncée, les rôles et les activités réalisés par les ICPC ont été examinés sous l'angle de leur conformité au mandat régional (Tableau 9). Les résultats détaillés de l'analyse sont présentés à l'annexe 5. Ce travail permet de dégager des résultats principaux.

La pratique est généralement conforme aux grandes lignes du mandat, à l'exception du volet activités de soutien visant un changement de pratiques.

Selon notre analyse, la pratique des ICPC est conforme aux principales composantes du mandat régional en ce sens que toutes les ICPC contribuent, à des degrés divers, aux quatre stratégies du secteur SPMC. Toutefois, certaines ICPC accorderont davantage de temps et d'efforts à une dimension du mandat plutôt qu'à une autre, en fonction des priorités locales ainsi que des contextes organisationnels dans lesquels elles évoluent et qui sont présentés plus loin, à la section Discussion du rapport.

Par ailleurs, le volet de la stratégie 2 activités de soutien visant un changement de pratique (Tableau 9) ne se réalise pas en raison des contraintes organisationnelles liées aux milieux cliniques de première ligne. Ainsi, il n'y a plus d'efforts placés sur la recherche d'un médecin chargé de prévention (qui ne sont maintenant présents que dans certains CSSS), les analyses de milieu, les plans d'actions et le soutien à leur mise en œuvre et au changement de pratiques, mêmes si ces activités demeurent incluses dans le mandat régional.

La compréhension du mandat des ICPC n'est pas la même pour tous et mériterait d'être précisé.

Lors des entrevues, la majorité des ICPC ont mentionné la nécessité de mieux baliser le mandat afin d'éviter qu'elles se voient assigner des tâches qui ne correspondent pas réellement à leurs fonctions, ce qui s'est déjà produit pour certaines d'entre elles :

« À mon arrivée, mon mandat n'était pas clair. On m'a demandé de faire de l'intervention CAT deux jours par semaine et d'aller dans les milieux cliniques trois jours par semaine. » (Entrevue individuelle, ICPC).

« Le rôle de l'ICPC est très large et peut devenir difficile. Le PQDCS, les projets et les visites : il y a parfois une surcharge. Il pourrait être mieux délimité pour éviter cela. » (Entrevue individuelle, ICPC).

De leur côté, à quelques exceptions près, les gestionnaires rencontrés ont dit connaître les principales composantes du mandat régional, mais leur perception de ce qui doit faire partie ou non du mandat n'est pas toujours conforme à celui-ci. Ainsi, cinq des gestionnaires rencontrés ont dit avoir déjà affecté l'ICPC à d'autres tâches que celles prévues au mandat, telles que la vaccination, un remplacement des intervenants CAT-CES, ou des projets spéciaux.

Le mandat régional ne capte pas toute l'étendue du travail des ICPC.

Le mandat régional constitue avant tout un cadre de référence pour guider la pratique des ICPC. À cet égard, si plusieurs ICPC ont un rôle qui se confine à ce cadre, d'autres, en lien avec les priorités de leur direction et de la vision insufflée par leur gestionnaire, ont une pratique plus large qui évolue en fonction des opportunités qui se présentent et dont les dimensions ne sont pas toujours reflétées dans le mandat régional. On parle ici, par exemple, de l'implication des ICPC dans des projets spéciaux en lien avec la promotion des saines habitudes de vie ou leur collaboration aux tables de concertation locales dans les milieux communautaires qui touchent au domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Finalement, même si depuis 2010, le mandat s'est élargi pour intégrer d'autres stratégies que la facilitation dans les milieux cliniques de première ligne, l'énoncé de l'objectif est resté le même : « promouvoir et faciliter l'utilisation des PCP auprès des professionnels de la santé des milieux cliniques de première ligne », une définition qu'il faudrait sans doute revoir en admettant, par exemple, que le travail de positionnement des PCP auprès des organisations communautaires fasse partie du mandat des ICPC.

Tableau 9 : Synthèse de l'analyse des activités répertoriées selon les stratégies d'intervention (mandat régional révisé en 2010)

Axes d'intervention du Secteur SPMC	Dimensions du rôle de l'ICPC
Stratégie 1 : Mobiliser les acteurs clés et les partenaires (régional, RLS, CSSS) envers la prévention clinique :	Positionner les PCP et promouvoir l'offre de soutien régionale et locale : Participer aux tables locales de concertation, interpellier les instances décisionnelles ; s'associer aux ressources impliquées en gestion des maladies chroniques; rencontrer les étudiants dans les disciplines de la santé, lors de leurs stages.
	Recrutement et démarchage des milieux cliniques Dresser et tenir à jour la liste des milieux cliniques de son territoire et réaliser un plan d'action pour approcher ces milieux cliniques; promouvoir le SPC auprès des médecins et infirmières des milieux cliniques.
Stratégie 2 : Facilitation et soutien aux PCP en milieux cliniques 1ere ligne	Activités de soutien visant un changement de pratique : Approche de facilitation : Nomination d'un médecin chargé de prévention; analyse des besoins et priorisation de PCP; élaboration d'un plan d'action; soutien à la mise en œuvre du plan d'action Approche du délégué médical : Rencontrer et établir une relation de confiance avec les médecins; recueillir des informations sur leur pratique et explorer leurs besoins concernant les PCP; Visiter régulièrement les médecins et rendre disponibles les informations, outils, formations pour soutenir l'intégration des PCP.
	Activités de soutien à la pratique pour l'intégration des PCP : Concevoir, organiser et animer des ateliers d'information, formation et sensibilisation en collaboration avec la DSP; diffuser des outils d'aide à la pratique; rendre disponibles les lignes directrices à jour en prévention clinique; proposer des interventions organisationnelles pour systématiser les activités préventives; faire connaître les services et les ressources en prévention du CSSS auprès des professionnels de la santé et mettre en place les mécanismes de référence et de suivi.
Stratégie 3 : Mise en réseau et développement d'une gamme de services au sein du RLS en soutien aux PCP	Dresser une liste des ressources en prévention du CSSS et du territoire; consolider les liens entre les ressources en prévention du territoire et les milieux cliniques de 1 ^{ère} ligne; contribuer à la création de corridors de services et de mécanismes de référence systématiques; positionner le counseling préventif offert par les cliniciens, à l'intérieur du continuum de prévention – gestion des maladies chroniques.
Stratégie 4 : Développement de l'autonomie de la population adulte envers les comportements préventifs	Promouvoir auprès des cliniciens des outils destinés à la population; participer à la promotion des campagnes populationnelles; collaborer à des activités conjointes auprès de la population avec les ÉPS, CAT et les infirmières du PQDCS.

6. DISCUSSION

Cette section présente une discussion structurée autour des trois pôles d'analyse ayant guidé la démarche d'évaluation et mené à l'identification des questions que nous rappelons au tableau suivant:

Tableau 10 : Questions d'évaluation suivant les dimensions examinées

Dimensions	Questions d'évaluation
Activités	Les activités réalisées par les ICPC concordent-elles aux activités planifiées et aux objectifs du Plan d'action local (PAL)?
Sens donné à la pratique	Dans quelle mesure la vision du mandat des ICPC est-elle partagée par les acteurs régionaux et locaux ? Les activités de soutien régional permettent-elles de construire une vision commune du rôle des ICPC?
Structure	Quels facteurs influencent la pratique des ICPC dans les milieux ciblés ?
Pratique	La pratique des ICPC correspond-elles aux principales composantes du mandat régional ?

6.1. LES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES ICPC CONCORDENT-ELLES AUX ACTIVITÉS PLANIFIÉES ET AUX OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION LOCAL (PAL)?

Les résultats de l'évaluation permettent de constater la diversité des activités planifiées et déployées par les ICPC pour répondre au mandat qui leur est confié. Les activités menées par les ICPC concordent généralement avec les objectifs définis dans les PAL. Toutefois, les indicateurs retenus dans les bilans ne permettent pas d'avoir une vision régionale de leurs réalisations ni de suivre localement la stratégie.

Tous les CSSS ont défini un plan d'action local (2010-2015) guidant la mise en œuvre de la stratégie de promotion et de soutien des PCP sur leur territoire, lequel se rattache à celui plus global défini pour l'orientation 6. À partir des objectifs identifiés dans ces plans, les ICPC établissent elles-mêmes une planification annuelle de leurs activités. Bien qu'il n'ait pas été possible d'examiner tous les plans annuels des ICPC – certaines n'en avaient pas encore formulé, un bref survol de ceux que nous avons pu obtenir nous permet de confirmer la concordance entre les objectifs décrits dans les PAL, qui demeurent souvent assez généraux et les activités planifiées annuellement par les ICPC.

Par ailleurs, l'absence d'uniformité des plans annuels pose un défi pour l'agrégation des données au niveau régional, d'autant plus que les seuls indicateurs de monitoring du système régional actuellement disponibles sont ceux que l'on retrouve dans les bilans annuels et qui ne sont pas nécessairement spécifiques au mandat des ICPC. Ces indicateurs concernent par exemple :

- Le nombre de milieux cliniques de première ligne visités (cliniques médicales et pharmacies),
- Le nombre d'activités réalisées et de personnes rejointes dans le cadre de projets spéciaux visant à augmenter la couverture populationnelle des PCP, la promotion de l'activité physique, de la saine alimentation ou de la cessation tabagique, le nombre d'ateliers en prévention clinique donnés, le nombre de professionnels y ayant participé et le nombre d'activités de promotion des campagnes grand public.

En outre, de l'avis général des acteurs locaux rencontrés, ces indicateurs ne sont pas utiles pour le suivi des mandats mais servent davantage à la reddition de comptes.

6.2. DANS QUELLE MESURE LA VISION DU MANDAT DE L'ICPC EST-ELLE PARTAGÉE PAR LES ACTEURS LOCAUX ?

Selon les données recueillies, les ICPC ont une vision commune de leur rôle, qu'elles décrivent comme celui de conseillère en prévention, pouvant agir à titre d'interface entre les milieux cliniques, le CSSS et la communauté. À cet égard, elles jugent que leur rôle pourrait être bonifié par des mandats qui ne se limitent pas exclusivement à des tournées dans les milieux cliniques de première ligne. En outre, si elles croient toutes à l'importance de leur rôle pour positionner les PCP au sein des milieux cliniques de première ligne, elles s'interrogent par rapport à l'efficacité de la stratégie actuelle pour y arriver, considérant les difficultés de pénétrer les milieux cliniques de première ligne. En effet, elles estiment que le niveau d'efforts à déployer dans ces milieux est élevé en regard des résultats obtenus, souvent peu observables, et qu'ils se font au détriment de stratégies qui, à leurs yeux pourraient être plus porteuses de résultats.

De leur côté, les gestionnaires ont une compréhension inégale du mandat des ICPC, du fait que plusieurs ont peu de temps pour se l'approprier soit en raison des transferts fréquents du mandat entre les gestionnaires ou de la multitude de dossiers que ces derniers doivent gérer en même temps. L'évaluation a également pu constater que la perception des gestionnaires du mandat de l'ICPC varie en relation avec leurs fonctions et la direction à laquelle ils sont rattachés, selon qu'elle soit orientée vers des mandats cliniques (par exemple, direction de premières lignes ou services courants) ou socio communautaires et de santé publique (par exemple, direction de santé publique et développement des communautés). Par ailleurs, l'analyse des données révèle que les gestionnaires ont des visions convergentes sur un certain nombre d'enjeux en lien avec le rôle des ICPC dont la nécessité de définir un mandat plus ciblé au sein du CSSS ainsi que d'un meilleur arrimage entre les stratégies de prévention et le programme de gestion des maladies chroniques.

6.3. LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN RÉGIONAL PERMETTENT-ELLES DE CONSTRUIRE UNE VISION COMMUNE DU RÔLE DES ICPC?

Selon les propos recueillis lors de l'évaluation, la communauté de pratique en face à face, animée par la répondante régionale des ICPC est hautement appréciée par l'ensemble des ICPC et est considérée la forme de soutien régional ayant le plus contribué à développer une vision commune de leur mandat. De leur côté, les gestionnaires considèrent cette plateforme comme un atout pour le partage d'expériences entre les ICPC qui travaillent souvent de façon isolée, même si quelques-uns ont mentionné se sentir parfois à l'écart des enjeux qui y sont débattus.

En ce qui concerne le développement de leurs compétences, les ICPC estiment qu'elles ont suffisamment d'occasions d'améliorer leurs compétences cliniques et qu'elles le font surtout à travers la communauté de pratique. Par ailleurs, les compétences qui relèvent davantage du savoir-être, tel que des aptitudes en relations publiques et en marketing social qui, selon la littérature, sont essentielles pour exercer à titre de délégué médical, ont été peu soutenues au cours des dernières années.

Enfin, selon les données recueillies, les ICPC ont en général une appréciation élevée du soutien régional, notamment en ce qui concerne l'accompagnement offert par la répondante régionale. Les outils sont également considérés comme importants pour réaliser les mandats localement. Toutefois, plusieurs ICPC considèrent qu'une offre régionale aux milieux cliniques bonifiée, intégrant par exemple d'autres PCP, justifierait davantage leur présence dans ces milieux.

Par ailleurs, l'enjeu identifié dans le cadre de cette évaluation porte sur la viabilité de la stratégie actuelle de déploiement des ICPC dans les milieux cliniques de première ligne compte tenu de peu de soutien en amont obtenu des paliers régionaux et supra-locaux. Ainsi la majorité des répondants ont exprimé le besoin que la promotion des PCP soit assumée avant tout par ces paliers afin d'ouvrir la voie et d'augmenter la crédibilité accordée aux interventions plus ciblées des ICPC. En l'absence de soutien en amont, les ICPC se retrouvent seules à porter le message de la prévention.

6.4. QUELS FACTEURS INFLUENCENT LA PRATIQUE DES ICPC DANS LES MILIEUX CIBLÉS ?

6.4.1. Contexte organisationnel

Selon les données recueillies, la nature du déploiement des ICPC est fortement tributaire du type de gestion en place. Ainsi, Il ressort que l'engagement soutenu des gestionnaires dans la planification d'une stratégie locale de déploiement des ICPC constitue un des éléments les plus aidants à la pratique. Cet engagement est toutefois très variable d'un CSSS à l'autre.

Un autre facteur influençant la pratique est le positionnement du mandat de l'ICPC au sein du CSSS. L'évaluation a fait ressortir que ce positionnement ne fait pas l'objet d'un consensus entre des acteurs locaux rencontrés. Ainsi, si certains jugent que ce mandat devrait relever d'une direction incluant un volet de santé publique, d'autres estiment qu'il doit être rattaché à une direction plus près des enjeux en lien avec les milieux cliniques de première ligne.

Enfin, les ressources affectées à la seule réalisation du mandat des ICPC sont généralement jugées suffisantes par les acteurs rencontrés. Par ailleurs, on situe l'enjeu surtout au niveau de l'enveloppe globale assignée au déploiement de la stratégie de promotion et de soutien des PCP dans les milieux cliniques de première ligne, qui prévoit la création de postes à temps partiel difficiles à combler et qui nuisent à la continuité des services et à la consolidation du travail de l'équipe PCP, dont fait partie l'ICPC.

6.4.2. Contexte environnemental

Une des principales collaborations attendues des CSSS à la stratégie de promotion et de soutien des PCP en milieu clinique de première ligne était la mise en place de corridors de services entre les différents programmes et directions. On souhaitait également augmenter la participation du personnel aux activités de prévention. L'évaluation a permis de constater que cette collaboration est très variable d'un territoire à l'autre. À cet égard, si plusieurs ICPC ont réussi dans une certaine mesure à mettre en place des mécanismes de référence systématiques vers les services des CES et CAT, d'autres ont dit se heurter au peu d'intérêt des professionnels envers les services du CSSS. Par ailleurs, la majorité des ICPC ont souligné la difficulté de travailler au sein du CSSS en raison du peu de visibilité de leur mandat et considèrent qu'un soutien de leur direction pourrait faciliter leur entrée auprès de certains programmes. De leur côté, plusieurs gestionnaires s'entendent pour dire que le mandat des ICPC devrait être ancré dans la gouvernance du CSSS afin d'éviter que la prévention ne demeure le lot que d'une petite équipe.

En ce qui concerne les liens de collaboration externes, les ICPC ont souligné que le peu d'intérêt des milieux cliniques de première ligne à être soutenus dans leurs pratiques préventives constitue l'obstacle le plus important à la réalisation de leur mandat. D'un autre point de vue, elles considèrent qu'il est plus facile de travailler avec les pharmaciens, qui sont plus ouverts aux PCP. En outre, la mise en place des tables locales de pharmaciens est perçue par l'ensemble des acteurs locaux rencontrés comme une plateforme importante pour la consolidation des liens entre les différents partenaires du

réseau et l'un des éléments facilitant la mise en œuvre de la stratégie de promotion et de soutien des PCP dans les milieux cliniques de première ligne.

Finalement, l'ouverture des milieux communautaires aux activités de prévention a souvent été mentionnée par les ICPC comme un élément aidant leur pratique. De plus, l'intervention dans les milieux communautaires est tout à fait pertinente au regard de la stratégie de développement de l'autonomie de la population envers les comportements préventifs, et les ICPC l'ont intégrée selon des approches tantôt proactives, tantôt réactives.

6.5. LA PRATIQUE DES ICPC CORRESPOND-ELLE AUX PRINCIPALES COMPOSANTES DU MANDAT RÉGIONAL ?

Décrire une pratique implique inévitablement de généraliser des rôles et des approches afin de dégager des tendances et d'arriver à la caractériser. Considérant les contextes d'implantation très diversifiés dans lesquels évolue la pratique des ICPC, ce travail présentait certains défis. Néanmoins, il ressort de cette évaluation une conformité des rôles exercés par les ICPC au cours de la dernière année aux composantes du mandat régional ainsi qu'aux objectifs définis dans les PAL. Ainsi, il a été constaté que toutes les ICPC interviennent sur les quatre stratégies ciblées, et qu'en général, elles considèrent ne consacrer qu'un temps négligeable à réaliser des activités qui s'éloignent de leur mandat de promotion/prévention de la santé.

Par ailleurs, selon notre analyse, l'enjeu ne se situe pas tant au niveau de la conformité des rôles au mandat régional actuel, mais plutôt au niveau de la définition même de ce mandat et de l'orientation qu'il devrait prendre à la lumière des enjeux soulevés dans le cadre de cette évaluation. Ainsi, considérant que les contraintes organisationnelles observées dans les milieux cliniques de première ligne de même que le peu d'intérêt de ces derniers à être soutenus dans leurs PCP, et plus particulièrement envers les CES, il serait judicieux de s'interroger sur la portée souhaitée du mandat des ICPC dans les milieux cliniques de première ligne et le type de stratégies à prioriser pour contribuer le plus efficacement possible à la promotion des PCP.

Enfin, l'évaluation fait également ressortir que, si plusieurs ICPC souhaitaient voir le mandat mieux balisé, il reste que ce dernier demeure essentiellement un cadre de référence pour la pratique et que les conditions de réussite pour sa mise en œuvre doivent inévitablement passer par la mise en place d'une stratégie locale de déploiement portée par la direction à laquelle est rattachée l'ICPC en concertation avec les partenaires locaux.

6.6. PISTE DE RÉFLEXIONS POUR LA SUITE DU PROJET

Cette section présente une conclusion sous forme de pistes de réflexion au regard des enjeux soulevés dans le cadre de l'évaluation, qui pourraient alimenter la démarche de révision du mandat des ICPC dans le nouveau contexte actuel de réforme du réseau local de santé.

Orientation du mandat

Il serait souhaitable de préciser les objectifs attendus du mandat des ICPC à la lumière des constats observés dans le cadre de l'évaluation. Plus spécifiquement, il s'agirait de préciser:

- Les objectifs attendus du déploiement des ICPC dans les milieux cliniques de 1^{ère} ligne et la portée de leurs interventions considérant :
 - que les visites sont habituellement de très courte durée (en moyenne 5 minutes);
 - que les cliniques médicales sont généralement peu réceptives aux services CES-CAT; particulièrement les cliniques solos;

- le niveau d'efforts élevé de la part des ICPC (démarchage, prise de rendez-vous, attentes, etc.) dans les milieux cliniques pour des résultats peu observables;
- le rôle complémentaire que pourraient jouer les infirmières des GMF pour promouvoir l'offre de services préventifs auprès des médecins.
- Les objectifs attendus des interventions des ICPC auprès des milieux communautaires hors cliniques, considérant :
 - l'ouverture des milieux communautaires envers l'offre de services CES-CAT;
 - le rôle complémentaire que peut jouer l'ICPC par rapport à celui des organisateurs communautaires dans la mobilisation des ressources communautaires autour de la prévention considérant :
 - qu'elles détiennent la légitimité de promouvoir les services préventifs, (tels que le CAT et CES);
 - qu'elles connaissent le réseau local de la santé;
 - qu'elles possèdent le langage clinique associé à la prévention;
 - qu'elles détiennent une certaine crédibilité auprès des populations donc la possibilité d'influencer le discours.
- Les objectifs attendus du rôle des ICPC au sein même du CSSS considérant les opportunités de rejoindre des clientèles importantes qui fréquentent les différents services et programmes (par exemple, les centres de prélèvement et les cliniques de vaccination).

Rôle et responsabilités des parties prenantes

- Il serait opportun que la DSP :
 - réfléchisse, de concert avec les CSSS, au positionnement du mandat des ICPC au sein des organisations qui accueilleront le mandat;
 - prévoit des mécanismes pouvant faciliter la gouvernance de ces mandats et accroître l'imputabilité en lien au financement accordé au déploiement des ICPC;
 - examine les options à considérer visant à promouvoir et sensibiliser les milieux cliniques de première ligne de manière à faciliter le déploiement des ICPC dans ces milieux;
 - prévoit un plan de développement des compétences axées non seulement sur les compétences cliniques, mais aussi celles en lien avec leur rôle de déléguée médical.

CONCLUSION

La présente évaluation a permis de cerner et comprendre les mandats et activités réalisés actuellement par les ICPC, l'intérêt des activités de planification et de soutien réalisées par l'équipe régionale en santé publique, puis les contextes organisationnels du déploiement des ICPC.

De ce travail, l'équipe d'évaluation retient plusieurs apprentissages. Pour l'essentiel, il semble que la pratique des ICPC corresponde aux principales composantes du mandat régional. Ces dernières interviennent sur les quatre méthodes ciblées par la stratégie montréalaise. Les ICPC ont une vision commune de leur rôle, qu'elles décrivent comme celui de conseillère en prévention, pouvant agir à titre d'interface entre les milieux cliniques, le CSSS et la communauté. Elles croient toutes à l'importance de leur rôle pour positionner les PCP au sein des milieux cliniques de première ligne. Cependant, elles s'interrogent quant à l'efficacité de la démarche actuelle pour y arriver considérant les difficultés de pénétrer les milieux cliniques de première ligne.

Pour ce qui est du soutien régional, les ICPC ont une appréciation élevée de ce dernier notamment en ce qui concerne l'accompagnement offert par la répondante régionale. La communauté de pratique est hautement appréciée par les ICPC. Elle a contribué très significativement au développement d'une vision commune de leur mandat. De leur côté, les gestionnaires considèrent cette plateforme comme un atout pour le partage d'expériences entre les ICPC qui travaillent souvent de façon isolée. Cependant, la majorité des répondants ont exprimé le besoin que la promotion des PCP soit assumée par les paliers régionaux et nationaux afin d'ouvrir la voie et d'augmenter la crédibilité accordée aux interventions plus ciblées des ICPC.

L'évaluation fait également ressortir que les conditions de réussite pour le déploiement des ICPC doivent inévitablement passer par la mise en place d'une stratégie locale de déploiement portée par la direction à laquelle est rattachée l'ICPC en concertation avec les partenaires locaux. Le peu d'intérêt des milieux cliniques de première ligne à être soutenus dans leurs pratiques préventives constitue l'obstacle le plus important à la réalisation du mandat des ICPC. Par ailleurs, elles considèrent qu'il est plus facile de travailler avec les pharmaciens, qui sont plus ouverts aux PCP. Finalement, l'ouverture des milieux communautaires aux activités de prévention a souvent été mentionnée par les ICPC comme un élément aidant leur pratique.

D'un point de vue plus global, les travaux et les conclusions de la présente évaluation peuvent alimenter la réflexion quant aux services actuellement offerts par la santé publique en termes de prévention en milieux cliniques. Les différentes personnes rencontrées ont toutes témoigné de la valeur et de la pertinence de cette intervention. Cependant, des ajustements mineurs pourraient bonifier sensiblement l'offre de services et favoriser de plus grandes retombées tant pour l'organisation de la santé publique que pour la population en générale.

BIBLIOGRAPHIE

ANGÈLE BILODEAU ET COLL. (2009). Modélisation de la pratique de l'intervenant communautaire-scolaire dans l'initiative Un milieu ouvert sur ses écoles de Bordeaux-Cartierville à Montréal. Rapport de recherche.

BOURDIEU, P. (2000). Esquisse d'une théorie de la pratique. Paris: Seuil.

CHEVALIER, S., RENAUD, L., HUBERT, F. (2005). L'intégration des pratiques préventives. L'expérience d'Au cœur de la vie. Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal. Site Internet : <http://www.inspq.qc.ca>.

CSSS Ahuntsic Montréal nord (2011). PAL (2010-2015), orientation 6, Un système de santé qui sert aussi à prévenir.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉAL (2007). Étapes d'implantation du Système de prévention clinique, Outil pour l'infirmière-conseil en prévention clinique.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉAL (2013). Document interne.

GIDDENS, A (1987). La construction de la société. Paris : PUF.

GROULX, S. et coll. (2005). L'intégration de pratiques cliniques préventives : guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Document interne.

GROULX, S., (2007) *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux,, 72 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

LEAUNE VIVIANE, S.TESSIER, L. HARVEY. (2011). Évaluation du Système de prévention clinique : phase 1 de l'évaluation d'implantation. ASSS.

LUSSIER, NATHALIE. (2010). L'influence des structures organisationnelles sur les pratiques et leur mise en œuvre dans deux dispositifs d'accompagnement scolaire situé en milieux socioéconomiquement défavorisés. Université du Québec à Montréal.

MARTEL D, LEAUNE V (2009). L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie, Recension des écrits, Direction de santé publique, 2008.

PROVOST, M.H. et coll. (2007). Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉAL. (non daté). Pratiques cliniques préventives (PCP). Offre de soutien régional aux professionnels de première ligne. Aide-mémoire.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉAL. (2007). Déploiement du système de prévention clinique. Document interne. Version révisée rédigée par l'équipe régionale de pratiques cliniques préventives du secteur SPMC.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ASSS DE MONTRÉAL. (2011). Un système de santé qui sert aussi à prévenir. Plan régional de santé publique 2010-2015. Garder notre monde en santé.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉAL. (2010). Dimensions du rôle de l'infirmière-conseil en prévention clinique. Document interne.

WENGER, E. (2003). Communities of Practice. Engalnd : Cambridge. University Press.

LES ANNEXES

ANNEXE 1
MATRICE D'ÉVALUATION

ANNEXE 1- MATRICE D'ÉVALUATION

Dimensions	Indicateurs	Catégorisation	Source
1. La pratique des ICPC correspond-elle aux composantes du mandat régional ? Concorde-t-elle avec les activités réalisées et les objectifs du PAL pour l'orientation 6 ?			
Mandats des ICPC	La conformité entre le mandat (2010) et la pratique des ICPC	- Activités s'inscrivent totalement dans les 4 axes d'intervention du mandat - Activités s'inscrivent partiellement dans les 4 axes d'intervention du mandat - Activités ne s'inscrivent pas dans les 4 axes d'intervention du mandat régional	- Entrevues avec les ICPC - Questionnaire Web - Document-DSP Dimension du rôle des ICPC
	La part des tâches de l'ICPC consacrée au mandat prévu	- La majorité du temps de travail dédié au déploiement du SPC dans les milieux cliniques de première ligne - Temps de travail partagé entre les interventions dans les milieux cliniques et des tâches non reliées au déploiement dans les milieux cliniques de première ligne - La majorité du temps de travail des ICPC consacré à des tâches non reliées au déploiement du SPC dans les milieux cliniques de 1 première ligne	- Entrevue avec les ICPC - Questionnaire Web
	Concordance des activités avec les objectifs du PAL-orientation 6	- Activités ne contribuent pas aux objectifs PAL - Activités contribuent en partie aux objectifs du PAL - Activités contribuent totalement aux activités du PAL	- Documents administratifs (PAL-orientation 6, plans annuels des ICPC) - Entrevues avec les ICPC
2. Dans quelle mesure la vision des mandats est-elle partagée par les acteurs régionaux et locaux 6 ?			
Vision des acteurs locaux	Vision du mandat	- Vision commune du mandat - Vision partagée du mandat	Entrevues avec les ICPC et les gestionnaires
	Priorisation des objectifs	- Mandats axées sur le déploiement du SPC dans les milieux cliniques externes (pharmacies, cliniques) - Mandat axé sur le déploiement du SPC dans les milieux cliniques de première ligne et la promotion de l'offre de services hors milieu clinique. - Mandat axé principalement sur la promotion de l'offre de services hors milieux cliniques tout en maintenant des activités dans les milieux cliniques - Mandat axé sur la mobilisation du personnel du CSSS envers la prévention	Entrevues avec les ICPC et les gestionnaires
	Niveau de satisfaction de la pratique dans les milieux	Niveau de satisfaction par milieu d'intervention	Entrevue avec les ICPC

Dimensions	Indicateurs	Catégorisation	Source
	d'intervention		Questionnaire Web
3. Le soutien régional a-t-il permis de construire une vision commune du rôle des ICPC, de les soutenir dans leurs mandats et de développer leurs compétences ?			
Appréciation du soutien régional	Offre de formation régionale	- Compétences nécessaires à la pratique soutenues - Compétences nécessaires à la pratique non soutenues	- Entrevues avec les ICPC - Questionnaire Web
	Contribution de l'offre régionale aux objectifs	- Accompagnement régional correspond aux besoins locaux - Accompagnement régional ne correspond pas aux besoins locaux	- Entrevues avec les ICPC - Questionnaire Web
4. Quels sont les facteurs qui influencent la pratique des ICPC dans les milieux ciblés ?			
Contexte organisationnel	Engagement des gestionnaires	Contribution du gestionnaire à la définition, au suivi et à la coordination des mandats	- Entrevues avec les gestionnaires et ICPC - Documents administratifs
	Ressources	- Ressources investies jugées adéquates pour la réalisation des mandats - Ressources investies jugées insuffisantes pour la réalisation des mandats	- Entrevues avec les gestionnaires et ICPC - Questionnaire Web
	Positionnement de l'ICPC au sein du CSSS	- Direction à laquelle est rattachée l'ICPC est perçue comme un facilitant pour la réalisation du mandat - Direction à laquelle est rattachée l'ICPC est perçue comme un obstacle à la réalisation de son mandat	- Entrevues avec les gestionnaires et ICPC - Questionnaire Web
Environnement du RLS	Liens de collaboration intra-organisationnelle	- Niveau de collaboration au sein du CSSS - Niveau de collaboration avec les médecins chargés de prévention	- Entrevues avec les gestionnaires et ICPC - Questionnaire Web
	Liens de collaboration inter-organisationnelle	- Niveau de collaboration avec les milieux cliniques de première ligne - Niveau de collaboration avec la table locale du DRMG - Niveau de collaboration avec la table locale des pharmaciens - Niveau de collaboration avec le milieu communautaire	- Entrevues avec les gestionnaires et ICPC - Questionnaire Web

ANNEXE 2

OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Entrevue infirmière conseil en prévention clinique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Numéro du questionnaire: _____

Entrevue réalisée par : _____ Date : _____

1. Vous occupez les fonctions d'ICPC dans ce CSSS depuis quand ?
2. Occupez-vous d'autres fonctions dans ce CSSS avant ?
3. Qu'est-ce qui vous a amené à postuler pour cet emploi ?
4. Combien d'ICPC y a-t-il eu avant vous ? À quel titre ?

1. Rôle et mandats des ICPC pour promouvoir et soutenir l'intégration des PCP en milieu clinique

- a) Quel est le mandat qui vous a été octroyé (à votre embauche) ? Votre mandat était-il clair ? Vous a-t-il été présenté par votre gestionnaire ? Depuis que vous exercez la fonction d'ICPC, est-ce que votre mandat a évolué ? Qu'est-ce qui a changé ?
- b) Quelles sont les principales tâches que vous avez exercées au cours de la dernière année par milieu d'intervention ? (durée moyenne d'une première visite, type d'activités, outils remis, PCP prioritaires, milieu). Faites-vous toujours des rencontres de suivi auprès des milieux rejoints ? À quelle fréquence ? En quoi ces rencontres de suivi sont-elles différentes des rencontres initiales ?
- c) Qui sont habituellement vos principaux interlocuteurs en milieu clinique médical ? Pharmacie ? Organisations communautaires ? Au sein du CSSS ? Avec qui collaborez-vous le plus souvent ? Autres ? Quel niveau de collaboration obtenez-vous habituellement de la part de ces différents interlocuteurs ? Avec qui trouvez-vous qu'il est le plus efficace d'intervenir ?
- d) Quelles sont les activités qui vous occupent le plus à titre d'ICPC ? Est-ce que les mandats qui vous occupent le plus sont ceux que vous jugez les plus pertinents pour réaliser les objectifs de la stratégie ? Quels sont les mandats qui vous apparaissent les plus pertinents pour réaliser les objectifs de la stratégie ?
- e) Si l'ICPC a mentionné qu'elle occupait d'autres tâches que celles liées à son mandat dans le questionnaire, poser la question suivante : Vous avez mentionné dans le questionnaire que vous occupiez d'autres tâches que celles liées à votre mandat d'ICPC, pouvez-vous préciser ?

2. Contexte de mise en œuvre

FACTEURS ORGANISATIONNELS

- a) Quels sont vos liens de travail avec votre supérieur immédiat ? (Organisation du travail : plan de travail, fréquence des rencontres, plan d'action, suivi, etc.)
- b) Diriez-vous que vous recevez un soutien approprié et suffisant de la part de votre gestionnaire pour réaliser votre mandat ?
- c) Existe-t-il une équipe PCP locale ? Si oui, qui fait partie de cette équipe ? Participez-vous aux rencontres ? À quelle fréquence ? Est-ce que cette équipe vous soutient dans votre pratique ?

- d) Y a-t-il des mécanismes ou structures qui favorisent l'accès aux médecins ? Sinon, qu'est-ce qui pourrait favoriser cet accès ? Y a-t-il un médecin chargé de prévention ?
- e) Comment décririez-vous l'attitude de votre direction à l'égard des PCP ? Comment cela se traduit-il ?
- f) S'il y a lieu : vous avez mentionné dans le questionnaire que vous trouviez que les ressources (humaines, financières et matérielles) étaient suffisantes pour réaliser votre mandat ? Pourriez-vous préciser ?
- g) Selon vous, quelles sont les principales compétences qu'une ICPC devrait avoir pour réaliser efficacement son mandat ? Est-ce que ces compétences sont soutenues par le CSSS ? La DSP ?

FACTEURS CONTEXTUELS

- a) Pouvez-vous me décrire le niveau de collaboration avec la table du DRMG local ? DSP ? CSSS ?
- b) Comment sont identifiés les milieux à rejoindre sur votre territoire ? Est-ce que votre CSSS a priorisé certains milieux ? Si oui, pourquoi ?
- c) Y a-t-il des milieux qui sont réticents ? Avez-vous l'impression d'avoir les outils et le soutien nécessaire pour intéresser les milieux cliniques ? Sinon, qu'est-ce qui pourrait être considéré ?
- d) Reprendre l'analyse du questionnaire sur les facilitateurs et les obstacles pour confirmer les données.

3. Bilan des réalisations

DÉPLOIEMENT DANS LES MILIEUX D'INTERVENTION (CLINIQUES ET AUTRE)

- a) Depuis que vous êtes en poste, diriez-vous que vous avez été en mesure de rejoindre les milieux que vous aviez ciblés (médical, pharmacie et autre) ? Sinon, quels sont les facteurs qui vous ont empêché d'atteindre vos objectifs ?
- b) Y a-t-il des retombées positives que vous observez dans les milieux cliniques et qui peuvent être attribuables à votre pratique ? Quels sont les principaux indicateurs de réussite de vos interventions ?

POUR TERMINER

- a) De manière globale, quelle est votre appréciation de la stratégie montréalaise pour promouvoir et soutenir les PCP dans les milieux cliniques de première ligne ?
- b) Un des objectifs de cette évaluation est de recueillir des informations visant l'amélioration de l'intervention, y a-t-il des éléments qui devraient être modifiés à court, moyen ou long terme ?

Entrevue auprès des gestionnaires

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Numéro du questionnaire: _____

Entrevue réalisée par : _____ Date : _____

1. Quel est votre titre ?
2. Pendant combien de temps avez-vous occupé ces fonctions ?
3. Vous êtes le superviseur immédiat de l'ICPC, est-ce exact ? Depuis quand ?
4. Combien de superviseurs l'ICPC a-t-elle eu avant vous ? Combien d'ICPC ?
5. Est-ce que le poste d'ICPC a toujours été rattaché à cette direction ? Sinon, pourquoi cette direction ?

1. Rôle et mandats des ICPC pour soutenir les pratiques cliniques préventives

- a) Quel mandat a été donné à l'ICPC ? Comment le mandat a-t-il été présenté à l'ICPC ?
- b) Quelle est votre compréhension du SPC ? (stratégie de soutien et de promotion des PCP auprès des milieux cliniques de première ligne). Quels objectifs votre CSSS poursuit-il avec le déploiement de cette stratégie ?
- c) Selon vous, dans quelle mesure, les mandats confiés à l'ICPC contribuent-ils aux objectifs que vous m'avez décrits plus haut ?
- d) Est-ce que l'ICPC occupe **d'autres tâches** qui ne sont pas nécessairement liées à son mandat d'ICPC ? (Si oui, lesquelles ? Quelle est la part de son temps accordé à ces tâches ?)
- e) Est-ce que les mandats de l'ICPC dans votre CSSS ont changé depuis la création de cette fonction ? Si oui, **quels changements ont été apportés et pourquoi ?**
- f) Quelle est votre vision du mandat de l'ICPC ?

2. Contexte de mise en œuvre

FACTEURS ORGANISATIONNELS

- a) Quels sont les mécanismes qui ont été mis en place au sein de votre direction pour soutenir le déploiement du SPC ? Et plus spécifiquement le mandat des ICPC ? Qui est impliqué au niveau de la Direction ? Existe-t-il une équipe PCP ? Si oui, quelle est sa structure, sa composition et son mandat ? Avez-vous des rencontres d'équipe ? Statutaires ? À quelle fréquence ? Qui y participe ?
- b) Avec qui l'ICPC collabore-t-elle dans le CSSS ? (Y a-t-il une structure en place pour favoriser l'arrimage entre le mandat de l'ICPC et les différents programmes du CSSS) ?
- c) Est-ce que son rôle est bien compris au sein de votre direction ? Du CSSS ? Y a-t-il des initiatives pour mieux faire connaître son rôle à l'interne et à l'externe ?
- d) Quelles sont les ressources allouées par votre CSSS à la mise en œuvre de la stratégie montréalaise pour soutenir les PCP en milieu clinique ? (CAT, CES, PQDCS, autres : en termes de jours par semaine), (relance : d'après vous est-ce que ces ressources sont suffisantes ? Pourquoi ? Quelles seraient les options ?).
- e) Quelle est l'attitude du CSSS par rapport à la prévention/promotion ? Attitude du directeur des services professionnels ?

FACTEURS CONTEXTUELS

- a) Actuellement sur votre territoire, avec quels milieux l'ICPC travaille-t-elle essentiellement ? (Est-ce que votre CSSS a priorisé certains milieux ? Si oui, pourquoi et lesquels ?). Quels sont les principaux enjeux liés à votre territoire qui font obstacle à la mise en œuvre du SPC et au travail de l'ICPC ?
- b) Qu'est-ce qui pourrait faciliter l'accès de l'ICPC aux milieux cliniques ?
- c) Avez-vous l'impression que l'ICPC a les outils nécessaires pour intéresser les milieux cliniques ? Sinon, qu'est-ce qui pourrait être considéré ?
- d) Selon vous quel devraient être les compétences d'une ICPC ?

SOUTIEN RÉGIONAL

- 1. Comment voyez-vous le rôle de la DSP régionale pour soutenir le mandat ICPC ?
- 2. Quelle importance accordez-vous à la communauté de pratique pour soutenir la pratique des ICPC ?

3. Bilan de la mise en œuvre

- a) Comment faites-vous le suivi des objectifs de la stratégie ? Selon vous, quels devraient être les tâches et les mandats prioritaires de l'ICPC pour mieux répondre aux objectifs attendus en matière de soutien aux PCP ?
- b) De manière globale, quelle est votre appréciation de la stratégie montréalaise pour promouvoir et soutenir les PCP en milieu clinique de première ligne ? Êtes-vous convaincu de cette stratégie ? Quels sont les principaux enjeux ? Les conditions de réussite ? Des éléments qui devraient être modifiés ?
- c) Y a-t-il des points que nous n'avons pas abordés durant cet entretien et que vous aimeriez souligner ?
- d) Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à notre entretien. Est-ce que vous me donnez l'autorisation de vous contacter à nouveau au cours de l'analyse au cas où nous aurions besoin de vérifier la compréhension de vos dires ?

Questionnaire Web (Lime Survey)

Questionnaire auto-administré pour les infirmières-conseil en prévention clinique (ICPC)

DANS LE CADRE DU PROJET ÉVALUATION DU DÉPLOIEMENT DES INFIRMIÈRES-CONSEIL EN PRÉVENTION CLINIQUE (ICPC), EN PRÉPARATION AUX ENTREVUES

Mot d'introduction

Dans le cadre du projet « Évaluation du déploiement des infirmières-conseil en prévention clinique », financé par le Programme de subventions en santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux, l'équipe d'évaluation souhaite mieux comprendre la pratique et le contexte d'intervention des ICPC sur le territoire montréalais.

Plus spécifiquement, ce questionnaire vise à documenter; 1) votre expérience de travail en tant qu'ICPC, 2) votre pratique en promotion et en soutien aux pratiques cliniques préventives, 3) votre utilisation et votre appréciation des services de soutien offerts par l'équipe régionale et 4) votre contexte de pratique. Le questionnaire permet aussi de recevoir vos commentaires.

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir ce questionnaire. Les renseignements que vous fournirez seront utiles à la recherche évaluative et à la préparation des entrevues individuelles qui se tiendront au cours de l'été. Bien que votre participation soit volontaire, votre coopération est importante afin que les renseignements recueillis puissent être exacts et les plus complets possible.

Nous vous assurons que toutes les réponses que vous donnerez demeureront strictement confidentielles. Les données collectées par ce questionnaire seront compilées par l'équipe d'évaluation et seront traitées de façon tout à fait anonyme et confidentielle.

Pour toute question concernant la présente étude ou votre participation, nous vous invitons à communiquer avec Isabelle Johnson au (514) 528-2400 poste 3240 ou par courriel à :

ijohnson@santepub-mtl.qc.ca

Instructions

Le questionnaire comprend 5 sections. Il vous prendra entre 30 et 45 minutes pour le remplir. Il est important de répondre à l'ensemble des questions au meilleur de vos connaissances.

Il y a trois formats de réponses possibles au questionnaire.

Certaines questions proposent des choix de réponses. Choisissez alors la réponse qui vous convient le mieux. À moins d'indication contraire, ne donnez qu'une seule réponse par question.

D'autres questions sont sous forme de tableau où il vous sera demandé d'entrer des pourcentages. Cliquez dans chaque case du tableau pour y entrer le nombre voulu à l'aide du clavier.

Finalement, certaines questions demandent quelques mises au point : écrivez, pour ces questions, tout ce que vous jugez utile à la compréhension de votre réalité.

D'un point de vue technique, vous pouvez vous déplacer dans le questionnaire en utilisant les flèches « Précédent » et « Suivant » au bas de l'écran, et sur chaque page du questionnaire, en utilisant la barre de défilement verticale sur la droite de l'écran. Pour sélectionner votre réponse, vous n'avez qu'à cliquer sur le bouton de gauche de votre souris. Vous pouvez également changer n'importe laquelle de vos réponses à l'aide du bouton de gauche de la souris.

Lorsque vous aurez rempli le questionnaire, veuillez appuyer sur le bouton « Envoyer » à la fin du questionnaire. Si vous éprouvez des difficultés à passer d'une page à la suivante ou à envoyer le questionnaire, recherchez un message d'erreur en rouge dans la page.

Nous souhaitons recevoir votre questionnaire au plus tard le 18 juin 2014.

Merci pour votre précieuse collaboration.

LA SECTION 1 PORTE SUR VOTRE EXPÉRIENCE DE TRAVAIL EN TANT QU'ICPC

1. Depuis quand occupez-vous la fonction d'ICPC ?
Menus déroulants mois et année
2. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à votre mandat d'ICPC ?
3. Êtes-vous embauchée à titre de...
 - a) conseillère en soins infirmiers
 - b) infirmière clinicienne
 - c) autre. précisez : _____

LA SECTION 2 PORTE SUR VOTRE PRATIQUE D'ICPC

4. Au cours de la dernière année, quel pourcentage approximatif de votre temps avez-vous alloué aux activités suivantes ?
 - a) activités liées à votre mandat d'ICPC
 - b) activités de formation continue et de développement des compétences, incluant la participation à la communauté de pratique
 - c) tâches administratives (incluant les rencontres d'équipe PCP, les rencontres avec votre superviseur, les bilans, etc.)
 - d) autres tâches non liées à votre mandat d'ICPC. Précisez le type d'activités : _____

Pour toutes les questions de ce type : tableau; valider si le total égal 100 %

5. Au cours de la dernière année, parmi les milieux suivants, dans lesquels êtes-vous intervenue **à titre d'ICPC**? (Note : vous pouvez cocher plus d'une réponse.)
 - a) votre CSSS
 - b) milieux cliniques (groupes de médecine de famille (GMF), cliniques réseau (CR) et cliniques réseau intégrées (CRI), cliniques privées, unités de médecine familiale (UMF), etc.)
 - c) centres hospitaliers (affiliés ou non affiliés au CSSS)
 - d) pharmacies communautaires
 - e) organismes communautaires et population
 - f) municipalités/arrondissements
 - g) entreprises
 - h) autre, précisez : _____
6. Nous souhaitons mieux comprendre en quoi consistent les activités liées à votre mandat d'ICPC. Au cours de la dernière année, quel pourcentage approximatif de votre temps avez-vous alloué à chacun des milieux où vous êtes intervenue **à titre d'ICPC** ? (Note : le total doit donner 100 %.) Insérer seulement les milieux cochés à la question 5
 - a) votre CSSS
 - b) milieux cliniques (groupes de médecine de famille (GMF), cliniques réseau (CR) et cliniques réseau intégrées (CRI), cliniques privées, unités de médecine familiale (UMF), etc.)
 - c) centres hospitaliers (affiliés ou non affiliés au CSSS)
 - d) pharmacies communautaires
 - e) organismes communautaires et population
 - f) municipalités/arrondissements
 - g) entreprises
 - h) « réponse à Q5, Autre »

Voici quatre dimensions qui pourraient être associées au mandat des ICPC

- **Mobiliser les acteurs clés et les partenaires envers la prévention clinique**
 - participation à des tables de concertation
 - recensement des milieux
 - démarchage et prise de contact
 - travail de collaboration avec les ressources impliquées en gestion des maladies chroniques, etc.
- **Faciliter et soutenir les PCP en milieux cliniques de première ligne**
 - analyse des milieux cliniques
 - élaboration de plans d'action en vue de l'intégration d'une PCP dans les pratiques
 - conceptions, organisation et animation d'ateliers sur les PCP
 - diffusion d'outils d'aide à la pratique
 - diffusion de lignes directrices à jour en prévention clinique
 - proposition d'interventions organisationnelles de systématisation des activités préventives
 - promotion des services et des ressources du CSSS en prévention
 - mise en place des mécanismes de référence et de suivi, etc.
- **Mettre en réseau et développer une gamme de services au sein du RLS en soutien aux PCP**
 - consolidation des liens entre les ressources en prévention du territoire et les milieux cliniques de première ligne (pharmacies, cliniques) et/ou les organismes communautaires
 - contribution à la création de corridors de services et de mécanismes de référence systématiques avec les ressources
 - positionnement des activités préventives des cliniciens et des services en prévention à l'intérieur du continuum de prévention-gestion des maladies chroniques, etc.
- **Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie dans la population**
 - promotion auprès des cliniciens d'outils destinés à la population (ex. : napperon de l'assiette « un repas bien pensé »)
 - participation à la promotion des campagnes populationnelles (défis)
 - collaboration à des activités conjointes auprès de la population avec les ÉPS, infirmières CAT et infirmières PQDCS
 - participation à des kiosques, à des services, à des conférences, à des comités et à des projets spéciaux, etc.

Les prochaines questions porteront sur les activités que vous avez réalisées au cours de la dernière année dans le cadre de vos interventions à titre d'ICPC. Les mêmes questions vous seront posées pour chacun des milieux où vous avez indiqué intervenir dans les questions précédentes.

7. Au cours de la dernière année, quel pourcentage approximatif de votre temps à titre d'ICPC avez-vous alloué à chacune des dimensions dans vos interventions dans **votre CSSS ou les milieux cliniques de première ligne ou les pharmacies communautaires ou les centres hospitaliers (affiliés ou non affiliés au CSSS ?** (Note : le total doit donner 100%)
- Poser une question par milieu coché à la question 5
- a) mobiliser les acteurs clés et les partenaires envers la prévention clinique
 - b) faciliter et soutenir les PCP en milieux cliniques de première ligne
 - c) mettre en réseau et développer une gamme de services au sein du RLS en soutien aux PCP

8. Au cours de la dernière année, quel pourcentage approximatif de votre temps à titre d'ICPC avez-vous alloué à chacune des dimensions dans vos interventions dans **les organismes communautaires et la population ou les municipalités et arrondissements ou les entreprises** ?
(Note : le total doit donner 100 %)
poser une question par milieu coché à la question 5.
- a) mobiliser les acteurs clés et les partenaires envers la prévention clinique
 - b) mettre en réseau et développer une gamme de services au sein du RLS en soutien aux PCP
 - c) favoriser l'adoption de saines habitudes de vie dans la population

LA SECTION 3 PORTE SUR VOTRE UTILISATION ET VOTRE APPRÉCIATION DU SOUTIEN RÉGIONAL

Dans la présente section, nous vous demandons si vous utilisez les différentes activités et ressources de soutien offertes par l'équipe régionale (équipe PCP de la DSP), qui peuvent se résumer comme suit :

- Ateliers/formation
- Accompagnement des ICPC
- Promotion des campagnes populationnelles
- Outils d'aide à la pratique
- Lignes directrices

9. Au cours de la dernière année, veuillez indiquer si vous avez...

Soit items oui/non/ne sais pas ou liste à cocher, possibilité de cocher plusieurs réponses
(alors : choix « aucun de ces éléments » et Note : vous pouvez cocher plus d'une réponse.)

- a) participé à des activités de formation continues (incluant conférences, ateliers, etc.) offertes ou recommandées par la DSP ? Oui, Non
 - b) eu recours à la communauté de pratique ? Oui, Non
 - c) Reçut la formation de base (incluant un cartable d'outils) dispensée par la répondante régionale des ICPC à votre entrée en fonction ? Oui, Non
 - d) Reçut un accompagnement de la répondante régionale des ICPC dans la planification de projets spéciaux ? Oui, Non
 - e) Utilisé l'offre d'ateliers de formation continue en prévention destinée aux cliniciens de première ligne ?
 - f) Reçut un soutien à la planification et à la diffusion d'outils dans le cadre des campagnes grand publique ? Oui, Non
 - g) Utilisé et diffusé les outils éducatifs et promotionnels destinés aux milieux cliniques de première ligne ? Oui, Non
 - h) Obtenu une mise à jour des lignes directrices en prévention ? Oui, Non
 - i) Obtenu les données de monitoring sur les CES et les CAT ? Oui, Non
 - j) Bénéficier de la participation de la coordonnatrice de l'équipe PCP de la DSP au comité de suivi local de l'orientation 6 du PAL ? Oui, Non
10. Au cours de la dernière année, avez-vous bénéficié d'une autre forme d'accompagnement ou de soutien régional que celles proposées à la question précédente ? **Oui/non**. Précisez.

Par son offre de soutien, l'équipe régionale vise à contribuer à :

- Développer une vision commune du rôle et de la pratique d'ICPC;
- Développer vos connaissances et compétences en tant qu'ICPC;
- vous soutenir dans votre pratique en tant qu'ICPC;
- soutenir et promouvoir l'intégration des PCP en milieux cliniques de première ligne.

- 11.** Parmi les éléments de l'offre de soutien de l'équipe régionale que vous avez utilisés, indiquez lesquels ont contribué à chacun des quatre objectifs du soutien régional.
(Note : choisissez tous les éléments qui s'appliquent.)
Insérer seulement les éléments cochés à la question 7

Éléments de l'offre de soutien de l'équipe régionale	Objectifs du soutien régional			
	Développer une vision commune du rôle et de la pratique d'ICPC	Développer vos connaissances et compétences en tant qu'ICPC	Vous soutenir dans votre pratique en tant qu'ICPC	Soutenir et promouvoir l'intégration des PCP en milieux cliniques de première ligne
Lister les éléments cochés				

- 12.** Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure l'offre de soutien régionale répond-elle à vos besoins dans la réalisation de votre mandat d'ICPC ?
(0 = ne répond pas du tout à mes besoins; 10 = répond tout à fait à mes besoins)
Échelle 0 à 10 + « Ne s'applique pas »

- 13.** Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être modifié dans l'offre de soutien régionale pour mieux répondre à vos besoins?
Champ texte

LA SECTION 4 PORTE SUR VOTRE CONTEXTE DE PRATIQUE

- 14.** Voici une liste d'énoncés qui pourraient s'appliquer à votre situation et à votre pratique d'ICPC

Prenez note que les énoncés qui font mention de milieux cliniques ou de pharmacies communautaires se rapportent aux milieux de votre territoire, que vous avez visité. Sur une échelle de 0 à 10, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants (0 = pas du tout d'accord; 10 = tout à fait d'accord) :

Échelle 0 à 10 + « Ne s'applique pas ». Ne pas faire apparaître les titres en italiques.

FACTEURS ORGANISATIONNELS

(Culture et pratiques organisationnelles : définition et compréhension des rôles)

- a) Mon mandat est clair
- b) Je consacre plusieurs heures par semaine à des tâches non incluses dans mon mandat d'ICPC
- c) La définition de mon rôle d'ICPC est claire pour mon gestionnaire
- d) Mes collègues de travail comprennent mon rôle

(Culture et pratiques organisationnelles : collaboration professionnelle)

- a) Je travaille de façon isolée
- b) Je suis soutenue par la direction de mon CSSS dans mon mandat à titre d'ICPC

(Culture et pratiques organisationnelles : accès à de la formation)

- a) J'ai des occasions d'améliorer mes compétences en tant qu'ICPC
- b) Je n'ai aucune contrainte à participer à la communauté de pratique

(Culture et pratiques organisationnelles : valorisation de la pratique)

- a) On reconnaît ma contribution professionnelle
- b) Mon gestionnaire me donne l'occasion d'exercer mon leadership

(Vision et leadership)

- a) La créativité et l'innovation sont encouragées au sein de ma Direction.
- b) La Direction de mon CSSS a une vision claire en matière de promotion et de soutien aux PCP
- c) La stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux PCP est appuyée par la direction de mon CSSS
- d) Il y a un médecin porteur de dossiers PCP dans mon CSSS

(Ressources)

- a) Au cours des dernières années, il y a eu plusieurs restructurations au sein de ma Direction
- b) Au cours des dernières années, il y a eu un roulement élevé de gestionnaires au sein de ma Direction
- c) Au cours des dernières années, il y a eu un fort roulement du personnel travaillant au sein de ma Direction
- d) Je considère que les ressources humaines et financières déployées par mon CSSS pour promouvoir et soutenir les PCP sont suffisantes

FACTEURS CONTEXTUELS

(Attitudes et croyances des médecins quant à la prévention)

- a) Les professionnels des milieux cliniques montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives
- b) Les professionnels des pharmacies communautaires montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives
- c) Les milieux cliniques démontrent un intérêt vers les services de soutien au changement d'habitudes de vie (CAT, CES, etc.)
- d) Il y a des médecins porteurs de dossiers PCP dans les milieux cliniques
- e) Les services préventifs disponibles en CSSS sont connus des milieux cliniques
- f) Il existe une relation de confiance entre les professionnels des milieux cliniques et le CSSS

(Spécificités du territoire/populations)

- a) Les milieux cliniques de première ligne sont très sollicités
- b) Le DRMG montre un intérêt à soutenir la stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux PCP
- c) Le RLS (pharmacie, organismes communautaires, services municipaux, etc.) est peu développé

(Convivialité des outils d'aide à la pratique)

- a) Les outils d'aide à la pratique et les outils de référence sont bien adaptés aux milieux cliniques et aux pharmacies communautaires
- b) L'offre d'outils d'aide à la pratique et d'outils de référence est insuffisante
- c) Les outils offerts devraient être mieux adaptés aux réalités technologiques actuelles

15. En considérant votre pratique au cours de la dernière année, quels sont les trois principaux éléments qui facilitent votre pratique ?

Trois champs texte

16. Quels sont les trois principaux obstacles à votre pratique ?

Trois champs texte

- 17.** Sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure êtes-vous satisfaite des retombées de vos activités dans chacun des milieux suivants ? (0 = pas du tout satisfaite; 10 = tout à fait satisfaite)
Insérer les milieux cochés à la question 5
- a) Votre CSSS
 - b) Milieux cliniques (groupes de médecine de famille (GMF), cliniques réseau (CR) et cliniques réseau intégrées (CRI), cliniques privées, unités de médecine familiale (UMF), etc.)
 - c) Centres hospitaliers (affiliés ou non affiliés au CSSS)
 - d) Pharmacies communautaires
 - e) Organismes communautaires et population
 - f) Municipalités/arrondissements
 - g) Entreprises
 - h) « Réponse à Q5 autre »

SECTION 5 : COMMENTAIRES ET IDENTIFICATION

- 18.** Avez-vous d'autres commentaires au sujet de votre mandat, votre rôle ou vos activités en tant qu'ICPC, dont vous aimeriez faire part à l'équipe d'évaluation ?

Champ texte.

- 19.** Comme vous le savez, la responsable de l'évaluation souhaite vous rencontrer dans le cadre d'une entrevue. Afin que les données du présent questionnaire puissent être utilisées en préparation de votre entrevue, veuillez s'il vous plaît indiquer votre nom ci-dessous. Nous vous rappelons que toutes les données que vous avez fournies seront traitées de façon anonyme et confidentielle dans l'analyse et la diffusion des résultats.

Champ texte.

ANNEXE 3

**CARACTÉRISTIQUES DES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES ICPC SUR LE
TERRITOIRE MONTRÉALAIS**

ANNEXE 3 - CARACTÉRISTIQUES DES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES ICPC SUR LE TERRITOIRE MONTRÉALAIS (2013-2014)

N=13	Descriptions
Volet externe : milieux cliniques médicales	
Type de MC visités :	En général, les ICPC concentrent leurs efforts sur les GMF, cliniques réseaux et polycliniques et rarement sur les cliniques solos
Nombre de visites :	Le nombre de visites en milieu clinique varie d'un CSSS à l'autre : 4 ICPC disent réaliser 1 tournée par année, en plus des visites au besoin 7 ICPC disent organiser de 2 à 3 visites par année 1 ICPC organise jusqu'à 4 visites par an (pour présenter les groupes de cessation tabagique, notamment) - Quelques ICPC ne se déplacent qu'au besoin, suivant les outils à présenter
Interlocuteurs visés	- En général, dans les cliniques, les ICPC rencontrent surtout les infirmières GMF lorsqu'elles sont présentes. Lorsque les besoins ont été identifiés, les ICPC disent avoir plus de succès à rencontrer les médecins 9 ICPC rencontrent surtout des secrétaires et des infirmières GMF 3 ICPC rencontrent surtout des médecins
Types de visites :	- La plupart des ICPC (9) ont déclaré avoir visité toutes les cliniques de leur territoire. Toutefois ces visites sont faites dans le cadre de tournées et durent en moyenne 5 minutes pour remettre de la documentation et les outils d'aide à la pratique et pour présenter les services (en plus des PCP, on présente le GACO, le programme de gestion des maladies chroniques, et MPOC, l'offre de formation, le CES-CAT, etc.) - Les suivis sont surtout réalisés dans les GMF ou grosses cliniques où il est jugé pertinent d'investir du temps (réceptivité du milieu). Il se fait, pour quelques ICPC, par courriel ou par échange avec la secrétaire, mais pour la plupart en personne - Très peu d'ICPC (3) font un suivi dans les cliniques solos
Approche	- En milieu clinique, les ICPC se considèrent surtout comme des agentes de liaison pouvant faciliter le travail des professionnels de la santé en les mettant en relation avec les différentes ressources existant sur le territoire et en leur offrant des outils d'aide à la pratique. Leur approche dans les milieux cliniques rejoint davantage la définition de déléguée médicale que celle de facilitatrice - Une seule ICPC dit pouvoir rencontrer avec succès les médecins, à certaines occasions pour une période de 45 minutes ou plus grâce à l'appui du DRMG local qui organise des dîners avec les nouveaux médecins afin de leur présenter l'offre de services 1 ICPC dit rencontrer les médecins surtout dans le cadre de conférences ou formations qu'elle organise et durant lesquelles elle a l'occasion de présenter l'offre de services 3 ICPC travaillent avec un bulletin – infolettre ou Cyber site envoyé aux milieux cliniques
Volet externe : pharmacies	
Nombre de visites	Le nombre de visites effectuées par les ICPC varie entre 1 visite annuelle (2 ICPC) à 3-4 visites/an (8 ICPC) (tournées saisonnières; grippe, etc.). 2 ICPC nouvellement en poste ont dit ne pas avoir encore rencontré les pharmacies
Type de visites	9 ICPC disent avoir visité toutes les pharmacies sur leur territoire dans le cadre de tournées durant en moyenne entre 5 et 10 minutes 2 ICPC nouvellement en poste n'ont pas encore visité les pharmacies 1 ICPC dit devoir limiter ses visites à 8 pharmacies ciblées par le gestionnaire. - À l'occasion, les ICPC se rendent en pharmacie en réponse à des besoins spécifiques (remise de formulaires, etc.)
Interlocuteurs	- En général, les pharmaciens propriétaires et salariés sont rencontrés. - Les infirmières lorsqu'elles sont présentes sont rencontrées

N=13	Descriptions
Approche	• Mobilisation, mise en place et participation à une table des pharmaciens (10/12 ICPC) • Promotion des services en CSSS et des campagnes (vaccination, défis) • Remise de documents/brochures, présentation et soutien à l'utilisation des outils (ex : ordonnance collective TRN, références CAT)
Volet externe : milieu communautaire - hors clinique	
Nombre de CSSS ayant un déploiement auprès des milieux communautaires	• 9 ICPC disent avoir réalisé des activités de déploiement du CES et du CAT au sein des organisations communautaires au cours de la dernière année
Approches	• Quelques-unes ont des approches proactives (4). Les autres répondent à des besoins ponctuels émanant des communautés.
Nature des activités	• La majorité des ICPC ont déjà tenu des kiosques dans le cadre de certains événements publics pour présenter l'offre de services en prévention • 4 ICPC disent accompagner les intervenantes CES lorsque celles-ci font des interventions hors les murs (ex : entreprises d'insertion sociale, centre d'emploi, etc.) • 3 ICPC disent avoir approché certaines entreprises pour organiser des activités portant sur les saines habitudes de vie. • 3 ICPC disent avoir organisé des ateliers sur les saines habitudes de vie et présenter les services dans les CEGEP et/ou centres de francisation • 3 ICPC ont participé à des projets spéciaux pour sensibiliser les populations à adopter des comportements sains via un travail d'accompagnement auprès des organisations communautaires • 3 ICPC ont dit participé à des tables locales de concertation sur les saines habitudes de vie ou comités
Interlocuteurs	• Représentants d'organismes/ Animeurs communautaires; Tables locales; Population
Volet interne : CSSS	
Nature des activités	• Présentation de l'offre de services en prévention du CSSS aux professionnels de la santé et autres professionnels : ○ Participation à des rencontres d'équipe des différents programmes (services généraux, enfance-famille, santé mentale, etc.) (10) ○ Présentation de l'offre de services aux nouveaux employés du CSSS et stagiaires (médecins, infirmières) (4) ○ Participation à des tables internes au CSSS (ex. table de prévention des infections, comité qualité-service famille, table des responsables en hébergement, table des supérieurs immédiats, table de gestion des maladies chroniques, table des infirmières GMF (7) ○ Animation de kiosques internes (11)
	• Travail de facilitation auprès des professionnels de la santé du CSSS pour soutenir les PCP ○ Réponse à des besoins ponctuels (ex : remise d'outils, mise à jour); ○ Stratégie et priorité de la Direction (analyse, priorisation, et réponse aux besoins); ○ Organisation de formations destinées à des professionnels du CSSS.
	• Répondante locale des campagnes de promotion (10)
	• Participation à des activités dans le cadre des établissements promoteurs de santé (3)
	• Participation à des projets spéciaux (cessation tabagique, saines habitudes de vie) (5) • Autres tâches : participation à la rédaction de rapports sur des enjeux de santé publique, vaccination, remplacement au CAT ou au CES
Interlocuteurs	• Directeurs de programmes/services, Conseil des infirmières • Infirmières de services, infirmières GMF (tables), infirmières vaccination • Travailleurs sociaux du CSSS et Professionnels de la santé du CSSS • Réceptionnistes et stagiaires et médecins résidents

ANNEXE 4
PRINCIPAUX CHANGEMENTS APPORTÉS AU MANDAT RÉGIONAL DES ICPC
ENTRE 2008 ET 2010

ANNEXE 4- PRINCIPAUX CHANGEMENTS APPORTÉS AU MANDAT RÉGIONAL (2006-2010)

	Mandat initial (2006)	Mandat révisé (2010)
Objectif général	Promouvoir et faciliter l'utilisation des PCP auprès des médecins des milieux cliniques de première ligne	Promouvoir et faciliter l'utilisation des PCP auprès des professionnels de la santé des milieux cliniques de première ligne
Objectifs spécifiques	- Établir des liens de collaboration avec les milieux cliniques de première ligne - Promouvoir les CES et soutenir les équipes de soins primaires dans l'intégration des PCP (évaluation des pratiques courantes en prévention, implantation et évaluation d'interventions visant à les améliorer)	Les objectifs sont décrits en fonction des quatre axes d'intervention de la stratégie du secteur SPMC : 1) Mobilisation des acteurs clés et des partenaires envers la prévention clinique; 2) Facilitation et soutien aux PCP en milieux cliniques de première ligne; 3) Mise en réseau et développement d'une gamme de services au sein du RLS et soutien aux PCP; 4) Développement de l'autonomie de la population envers les comportements préventifs
Stratégies	- L'approche est centrée sur les milieux cliniques et la pratique médicale - Stratégie de facilitation axée sur le changement dans les pratiques des professionnels de la santé et sur la création d'environnements favorables à l'intégration des activités préventives dans les pratiques courantes	- L'approche de facilitation est soutenue dans les milieux dits ouverts au SPC sinon, on passe à une approche de délégué médical (promotion des PCP et outils d'aide à la pratique, sans accompagnement à des changements de pratique) - On mise sur une approche visant l'ensemble des acteurs en première ligne du RLS et visant à rejoindre les clientèles plus vulnérables et celles non desservies par la première ligne - D'autres rôles pour l'ICPC sont définis - soutien à la mobilisation du personnel du CSSS envers la prévention clinique - développement de l'autonomie de la population envers les PCP - arrimage des services préventifs avec les programmes de gestion des maladies chroniques - soutien à la mobilisation des pharmaciens et infirmières en pharmacie et nutritionnistes sur le territoire - établissement de liens privilégiés avec des ressources communautaires ciblées
Contexte structurel du déploiement des ICPC	- Mise en place d'une équipe d'implantation PCP (au moins un gestionnaire, représentants de la DSP régionale, intervenantes CAT et CES, ICPC, I-PQDCS, médecin chargé de prévention) - La stratégie est déployée par deux intervenants clés : le médecin chargé de prévention (MCP) et l'ICPC - Rôle formel du médecin dans le déploiement du SPC - introduit l'infirmière conseil dans la clinique médicale - co anime la séance de travail prévue dans le cadre du déploiement; - coopère à l'analyse des caractéristiques du milieu - facilite l'aménagement de la salle d'attente et des autres composantes du SPC - collabore avec la DSP	- L'équipe PCP inclut le gestionnaire, l'ICPC, les intervenants CAT-CES et l'I-PQDCS. Seulement deux CSSS ont maintenu une équipe d'implantation SPC élargie (2013-2014). - Le déploiement de la stratégie est soutenu principalement par l'ICPC. Le médecin chargé de prévention n'a plus de rôle actif formel ni de liens de collaboration avec la DSP.

ANNEXE 5

ANALYSE DE LA CONFORMITÉ DE LA PRATIQUE AU MANDAT RÉGIONAL

ANNEXE 5 : ANALYSE DE LA CONFORMITÉ DES ACTIVITÉS AU MANDAT RÉGIONAL

Mandat de l'ICPC 2010 : Promouvoir et faciliter l'utilisation des PCP auprès des professionnels de la santé des milieux cliniques de première ligne (médecins, infirmières, pharmaciens, autres professionnels)

Dimensions du rôle de l'ICPC	Pratique observée	Constats
Stratégie 1 : Mobiliser les acteurs clés et les partenaires (régional, RLS, CSSS) envers la prévention clinique		
Positionner les PCP et promouvoir l'offre de soutien régionale et locale		
Participer aux tables locales de concertation : infirmières GMF et cliniques réseaux, pharmaciens, DRMG local.	12 CSSS ont des tables de pharmaciens communautaires auxquelles participent les ICPC à divers degrés (de la mobilisation, à l'élaboration des règles internes, à la participation aux rencontres) 4 ICPC ont dit avoir une table du DRMG local ouverte et à laquelle elles sont invitées à participer - Quelques ICPC ont dit à l'occasion participer aux tables locales des infirmières GMF lorsque celles-ci existent.	Selon les propos recueillis : - Le niveau de participation des ICPC auprès des tables locales de concertation externe : pharmacie, DRMG, infirmières GMF) dépend du degré d'ouverture des différentes instances. - Le travail de présentation de l'offre de services aux différents programmes et services du CSSS doit être réalisé de façon continue en raison du roulement élevé du personnel du CSSS - L'implication du gestionnaire de l'ICPC facilite la tenue des rencontres des différentes équipes pour présenter l'offre de services. - L'association des ICPC aux ressources impliquées en gestion des maladies chroniques n'est pas toujours optimale : les ICPC participent à des degrés divers aux rencontres d'équipe du programme de gestion des maladies chroniques; le travail en silo entre les équipes PCP et maladies chroniques ne favorise pas l'intégration et la complémentarité des actions)
Interpeller les instances décisionnelles : gestionnaires du CSSS, conseillères-cadres en soins infirmiers (services courants, enfance-jeunesse-famille, etc.)	Toutes les ICPC ont dit intervenir dans le CSSS à des degrés différents (5 à 50 % de leur temps d'intervention). 10 ICPC ont présenté l'offre de services aux différents programmes au cours de la dernière année.	
S'associer aux ressources impliquées en gestion des maladies chroniques (Ex. : centre d'excellence en maladies chroniques, équipes locales de gestion des maladies chroniques des projets de l'ASSS, etc.)	- Les ICPC font toutes la promotion du programme de gestion des maladies chroniques auprès des milieux cliniques médicaux, un programme plus populaire que le CES. 5 ICPC disent participer aux tables ou aux rencontres d'équipe du programme de gestion des maladies chroniques à l'occasion. - Les autres ICPC disent ne pas réellement travailler avec cette équipe qui habituellement ne fait pas partie de la même direction	
Rencontrer les étudiants dans les disciplines de la santé, lors de leurs stages	Plusieurs ICPC rencontrent les stagiaires et nouveaux employés	

Recrutement et démarchage des milieux cliniques		
Dresser et tenir à jour la liste des milieux cliniques de son territoire et réaliser un plan d'action pour approcher ces milieux cliniques	Toutes les ICPC tiennent à jour une telle liste et ont un plan d'action	- La prise de rendez-vous auprès des MC est facilitée lorsque le DRMG, le médecin chargé de prévention ou la Direction des affaires médicales est impliqué - La promotion du SPC auprès des cliniciens se fait surtout dans le cadre de rencontres individuelles, rarement dans le cadre de rencontres d'équipes. - Une minorité d'ICPC a l'occasion de présenter le SPC dans le cadre des rencontres du DRMG local
Promouvoir le SPC auprès des médecins et infirmières des milieux cliniques : présentation du SPC lors de rencontres individuelles ou de groupe ; présentation du SPC à des tables de concertation stratégiques (ex. : table locale du DRMG, des infirmières de GMF et CR, etc.) ou lors d'évènements clés (ex. : formation médicale continue, assemblée générale, etc.)	- Surtout des présentations individuelles réalisées auprès des infirmières et à quelques occasions auprès des médecins. - Quelques infirmières ont la possibilité de participer à des tables locales du DRMG (4/13) 1 ICPC dit profiter des formations médicales pour rencontrer les médecins	
2. Facilitation et soutien aux PCP en milieux cliniques première ligne		
Activités de soutien visant un changement de pratique		
Dans les milieux cliniques qui adhèrent au SPC* (approche de facilitation)		
Nomination d'un médecin chargé de prévention	Cette approche n'est que rarement réalisée	Approche délaissée en raison des contraintes organisationnelles en lien avec les milieux cliniques de première ligne
Collecte d'information, analyse des besoins et priorisation de PCP (questionnaire adressé aux professionnels pour préciser les besoins et ajuster l'offre de soutien)		
Élaboration d'un plan d'action adapté au milieu qui permet de privilégier une PCP et d'identifier les étapes nécessaires à son intégration		
Soutien à la mise en œuvre du plan d'action sous forme d'outils de formation, de réseautage et de mise à jour des données probantes en prévention clinique		
Suivis d'implantation et appréciation des changements de pratique.		
Dans les autres milieux cliniques (approche du délégué médical) : - Rencontrer et établir une relation de confiance avec les médecins - Recueillir des informations sur leur pratique et explorer leurs besoins concernant les PCP	2/13 ICPC disent avoir réussi de façon satisfaisante à établir une relation de confiance avec les médecins. Indicateur : ouverture à rencontrer les ICPC, année après année - Sinon, avec des visites durant en moyenne 5 minutes par rencontre, il est très difficile pour les ICPC d'explorer les besoins des médecins concernant les PCP. Cette collecte d'information est recueillie essentiellement auprès des infirmières	- Les milieux cliniques sont visités annuellement par toutes les ICPC à des fréquences variables (1 à 4 visites par année) et visent principalement les GMF et CR - Une minorité d'ICPC indique avoir réussi à établir des liens de confiance avec les médecins

• Visiter régulièrement les médecins et rendre disponibles les informations, outils, formations pour soutenir l'intégration des PCP	• Entre 1 à 4 visites/an • Les milieux cliniques visités sont surtout les GMF et les polycliniques et les CR	
Activités de soutien à la pratique pour l'intégration des PCP :		
Concevoir, organiser et animer des ateliers d'information, formation et sensibilisation en collaboration avec la DSP (exemples : hypertension artérielle, ordonnance collective sur les TRN, PQDCS, entretien motivationnel, counseling bref en cessation tabagique, etc.)	• La plupart des ICPC ont proposé/organisé des formations destinées aux professionnels des MC et du CSSS au cours de la dernière année	• Toutes les ICPC présentent les services du CSSS, diffusent les outils d'aide à la pratique et rendent les lignes directrices à jour en prévention clinique
Diffuser des outils d'aide à la pratique (ex. : feuille de suivi au dossier, algorithme décisionnel, système de rappel, outils d'enseignement, outils de référence, etc.)	• Pratique courante des ICPC dans le cadre de leurs visites en MC.	
Rendre disponibles les lignes directrices à jour en prévention clinique	• Pratique courante des ICPC dans le cadre de leurs visites en MC. (certaines le font par courriel)	
Proposer des interventions organisationnelles pour systématiser les activités préventives (exemples : outil de suivi HTA au dossier, formation sur la tension artérielle pour standardiser la mesure, mise en place d'une ordonnance collective pour l'investigation de base en dépistage de l'HTA pour favoriser le partage des tâches, atelier de travail pour la mise en place d'un protocole ou directive de soins en prévention et dépistage de l'hypertension artérielle, etc.);	• Peu d'interventions réalisées par les ICPC ont mené à une systématisation des activités préventives	
Faire connaître les services et les ressources en prévention du CSSS auprès des professionnels de la santé et mettre en place les mécanismes de référence et de suivi.	• Pratique courante des ICPC dans le cadre des visites	

Stratégie 3 : Mise en réseau et développement d'une gamme de services au sein du RLS en soutien aux PCP

Dresser une liste des ressources en prévention du CSSS et du territoire, disponibles pour la clientèle des professionnels de première ligne	• Pratique courante des ICPC	• La majorité des ICPC se perçoivent comme des agentes de liaison pouvant faciliter la mise en réseau des services et ont l'occasion de le faire dans les visites en milieu clinique et auprès des organisations communautaires • Plusieurs ICPC ont créé leurs propres outils ou services adaptés aux besoins des différents milieux
Consolider les liens entre les ressources en prévention du territoire et les milieux cliniques de première ligne (notamment avec le CES et le CAT, programmes cardiométaboliques de gestion des maladies chroniques et Centres de dépistage désignés en cancer du sein)	• Pratique courante des ICPC	
Contribuer à la création de corridors de services et de mécanismes de référence systématiques (ex. : ordonnance collective TRN)	• Pratique courante des ICPC	
Positionner le counseling préventif offert par les cliniciens, à l'intérieur du continuum de prévention – gestion des maladies chroniques	• La perception générale est que l'arrimage entre la prévention et la gestion des maladies chroniques n'est pas optimal	

Stratégie 4 : Développement de l'autonomie de la population adulte envers les comportements préventifs

Promouvoir auprès des cliniciens des outils destinés à la population (Ex. : échelle de motivation, outils sur les habitudes de vie tel que napperon de l'assiette Un repas bien pensé, carnet Ma tension artérielle, etc.)	• Pratique courante des ICPC dans le cadre des visites réalisées en milieu clinique	• La plupart des ICPC interviennent auprès des organisations communautaires pour positionner l'offre de services du CSSS et identifier des partenariats possibles pour répondre aux besoins des populations en matière de comportements préventifs
Participer à la promotion des campagnes populationnelles (Défi j'Arrête, j'y gagne et Défi 5-30)	• Pratique courante des ICPC dans le cadre des visites réalisées dans les différents milieux	
Collaborer à des activités conjointes auprès de la population avec les éducateurs en promotion de la santé, les intervenants du CAT et les infirmières du PQDCS	• 11 ICPC réalisent des interventions auprès des organisations communautaires (participation aux tables locales, animation d'ateliers, etc.) • La part du temps consacré à ce type d'activités varie entre 5 % et 50 %	

ANNEXE 6

INFORMATIONS EXTRAITES DU QUESTIONNAIRE AUTO ADMINISTRÉ AUPRÈS DES ICPC

ANNEXE 6 : EXTRAITS DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

WEB: FACILITANTS ET OBSTACLES À LA PRATIQUE

Méthodologie :

Le questionnaire a été rempli par les 11 ICPC en poste au moment de la période d'évaluation avec un taux de réponse de 100 %. Celles-ci devaient exprimer leur degré d'accord sur une série d'énoncés en utilisant une échelle de 0 à 10 ((0 = pas du tout d'accord; 10 = tout à fait d'accord). Le choix de réponse NSP a été considéré comme donnée manquante lors de l'analyse ce qui explique que le N ne soit pas toujours égal à 11.

Tableau A1-Perception des ICPC- Contexte d'implantation

Définition et compréhension des rôles	N	Degré d'accord sur 10
Mon mandat est clair.	11	7,8
La définition de mon rôle d'ICPC est claire pour mon gestionnaire.	8	7
Mes collègues de travail comprennent mon rôle.	10	5,7
Accompagnement des mandats		
Je travaille de façon isolée.	11	6,5
Je suis soutenue par ma direction dans mon mandat à titre d'ICPC.	9	7,2
Accès à de la formation		
J'ai des occasions d'améliorer mes compétences en tant qu'ICPC.	11	8,1
Je n'ai aucune contrainte à participer à la communauté de pratique.	11	9,5
Valorisation de la pratique		
On reconnaît ma contribution professionnelle.	10	7,4
Mon gestionnaire me donne l'occasion d'exercer mon leadership.	9	8,7
Ressources		
Au cours des dernières années, il y a eu plusieurs restructurations au sein de ma Direction.	9	7,9
Au cours des dernières années, il y a eu un roulement élevé de gestionnaires au sein de ma Direction.	9	6,6
Au cours des dernières années, il y a eu un fort roulement du personnel travaillant au sein de ma Direction.	9	5,8
Je considère que les ressources humaines et financières déployées par mon CSSS pour promouvoir et soutenir les PCP sont suffisantes.	8	4,3

Tableau A2 - Perception des ICPC - facteurs environnementaux

	N	Degré d'accord sur 10
Les professionnels des milieux cliniques montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives.	11	6
Les professionnels des pharmacies communautaires montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives.	11	8,2
Les professionnels de mon CSSS montrent un intérêt à être soutenus dans leurs pratiques préventives.	10	7,1
Les milieux cliniques démontrent un intérêt envers les services de soutien au changement d'habitudes de vie (CAT, CES, etc.).	11	6
Les services préventifs disponibles en CSSS sont connus des milieux cliniques.	11	5,9
Il existe une relation de confiance entre les professionnels des milieux cliniques et le CSSS.	9	5,4
Il existe une relation de confiance entre les professionnels des pharmacies commun.et le CSSS	8	9

**Tableau A3- Principaux facilitateurs et obstacles à la pratique identifiés par les ICPC
(question ouverte)**

FACILITANTS	Fréquence
Contexte organisationnel	
Soutien/flexibilité du gestionnaire	6
Support/confiance du CSSS	2
Mon gestionnaire me donne de l'autonomie-leadership	2
SPC rapatrié sous la direction des services généraux et non DSP Local	1
Collaboration inter/intra organisationnelle	
La collaboration et complicité avec la présidente locale DRMG	1
Liens avec GACO	2
Travail d'équipe - collaboration avec différentes équipes	1
Collaboration avec les partenaires	1
Soutien à la pratique	
Les outils ICPC	1
Support de la répondante régionale DSP /Communauté de pratique	5
L'infolettre qui rejoint les milieux cliniques (4 par année)	1
Programme de gestion des maladies chroniques	1
Contexte environnemental	
Ouverture des pharmacies	2
Ouverture des milieux communautaires	2
La réception des milieux cliniques à mes interventions	1
OBSTACLES	Fréquence
Contexte environnemental	
Manque d'intérêts des professionnels des milieux cliniques et réticences	5
Nombre élevé de cliniques solos et privées sur le territoire	1
L'absence de table de concertation pour les pharmaciens de mon territoire	1
L'image des CSSS	1
Contexte d'optimisation des soins	1
Soutien à la pratique	
Le manque de nouveauté (PCP) à présenter aux milieux cliniques	4
Le fait que les documents ne sont pas disponibles en anglais.	1
Contexte organisationnel	
Roulement interne	2
Roulement des gestionnaires (manque de soutien)	2
Rôle méconnu	2
Absence de diffusion du plan local de santé publique	1
Besoin plus de défis	1
Absence de lignes directrices sur habitudes de vies au sein du CSSS	1
Absence d'intervenant au CAT	1
Manque de temps, car plusieurs mandats	1
Peu de rencontres d'équipe	1
Hiérarchisation de mon CSSS	1
Collaboration inter/intra organisationnelle	
Absence de contact/inactivité du DRMG	2
Absence de travail en équipe	1

ANNEXE 7

INFORMATIONS EXTRAITES DU SONDAGE SUR LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRES ET RÉSULTATS :
SONDAGE SUR L'APPRÉCIATION DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Voici une liste des énoncés portant sur la CoP, virtuelle et en face-à-face . Veuillez indiquer si vous êtes 1 – fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés.	N	Moyenne	Écart-type
1. La CoP, virtuelle et face-à-face, me permet de :			
a) Me réseauter avec d'autres professionnelles qui partagent une pratique similaire à la mienne comme ICPC	11	3,91	0,302
b) Partager des connaissances et de l'information en pratiques cliniques préventives	11	3,91	0,302
c) Échanger sur des expériences dans mon rôle d'ICPC	11	3,91	4,302
d) M'inspirer des activités d'ICPC de mes collègues	11	3,73	0,467
e) Partager des outils et de la documentation utiles à la pratique d'ICPC	11	3,73	0,467
f) Partager des stratégies d'intervention liées à la pratique d'ICPC	11	3,73	0,467
g) Identifier les meilleures pratiques pour accomplir mon rôle d'ICPC	11	3,64	0,505
h) Moyenne	11	3,7922	0,3218
Voici une liste des énoncés portant sur votre participation à la CoP. Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés.	N	Moyenne	Écart-type
2. Je consacre au moins 30 minutes par semaine à consulter la CoP virtuelle	11	2,82	0,874
3. J'utilise régulièrement l'environnement virtuel pour consulter mes collègues ICPC	11	2,73	0,467
4. Je prends connaissance à chaque semaine du mot de l'animatrice sur la CoP virtuelle ou acheminé dans un courriel	11	3,73	0,467
5. Je contribue régulièrement aux échanges lors des rencontres de la CoP	11	3,27	0,647
6. J'ai un sentiment d'appartenance à la CoP	11	3,55	0,522
7. Moyenne	11	3,2182	0,3157
Voici une liste des énoncés portant sur la CoP virtuelle . Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés	N	Moyenne	Écart-type
8. Les thèmes d'échange répondent à mes besoins	11	3,36	0,505
9. Je suis satisfaite de la qualité des échanges	11	3,55	0,522
10. Je considère que le volume d'échanges est suffisant	10	3,4	0,699
11. Je me sens respectée des autres ICPC lorsque je fais des interventions	11	3,91	0,302
12. Il m'est facile d'utiliser l'environnement virtuel :			
a) Naviguer à travers les différents forums	11	3,55	0,688
b) Écrire un nouveau message	11	3,82	0,405
c) Répondre à un message	11	3,82	0,405
d) Suivre une discussion	11	3,91	0,302
e) Déposer un document	11	3,55	0,688
f) Mettre un hyperlien	11	3,18	0,751
g) Faire un brouillon	11	3	1
h) Mettre à jour mon profil	10	2,7	1,16
i) Moyenne	11	3,4432	0,4234

13. Je considère que la formation et le guide d'utilisation ont facilité mon appropriation de l'environnement virtuel	11	3,55	0,522
14. Je considère que l'environnement virtuel est un moyen approprié pour échanger avec les autres ICPC	11	3,45	0,688
15. L'environnement virtuel permet de poursuivre des discussions amorcées dans les rencontres	11	3,64	0,505
16. Moyenne (utilise la moyenne des énoncés 11 a-h)	11	3,5361	0,3004
Voici une liste des énoncés portant sur la CoP en face-à-face . Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés	N	Moyenne	Écart-type
17. Les thèmes d'échange répondent à mes besoins	10	3,4	0,516
18. Je suis satisfaite de la qualité des échanges	11	3,45	0,522
19. Les rencontres permettent aux ICPC de s'exprimer librement	11	3,91	0,302
20. Je me sens respectée des autres ICPC lorsque je fais des interventions	11	3,82	0,405
21. Je considère que la fréquence des rencontres est adéquate	9	3,89	0,333
a) Je considère que les rencontres devraient être :	2		
1 - moins fréquentes			
2 - plus fréquentes			
22. Je considère que la durée des rencontres des adéquate	7	3,86	0,378
a) Je considère que les rencontres devraient être :	2		
1 - moins longues			
2 - plus longues			
23. J'estime que les ICPC sont impliquées dans l'identification des thèmes et objectifs des rencontres	11	3,45	0,688
24. Je considère que les rencontres sont nécessaires pour établir un lien de confiance entre les ICPC	11	3,91	0,302
25. Les rencontres permettent d'approfondir des discussions amorcées dans l'environnement virtuel	11	3,64	0,505
26. Moyenne	11	3,6919	0,2988
Voici une liste des énoncés portant sur l'animation de la CoP. Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés.	N	Moyenne	Écart-type
27. Le mot de l'animatrice, acheminé par courriel ou sur la CoP virtuelle, me permet de suivre plus facilement les activités de la CoP	11	3,82	0,405
28. Le courriel hebdomadaire de l'animatrice suscite mon intérêt à participer aux échanges dans l'environnement virtuel	11	3,45	0,522
29. Les synthèses des rencontres face-à-face respectent le contenu des échanges	11	3,91	0,302
30. L'animation favorise l'établissement d'un climat respectueux et propice aux échanges	11	3,91	0,302
31. L'animation permet de faire ressortir des réflexions et de l'information utiles pour la pratique de l'ensemble des ICPC	11	3,91	0,302
32. Les interventions de l'animatrice permettent de stimuler la réflexion et d'approfondir les échanges	11	3,91	0,302
33. L'animation permet l'expression d'un <i>co-leadership</i> * avec les participantes. *Le co-leadership fait en sorte que chacun est en mesure de contribuer au développement et aux orientations de la CoP	11	3,73	0,467
34. Moyenne	11	3,8052	3,0151

Voici une liste des énoncés portant sur votre accès à la CoP. Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés.	N	Moyenne	Écart-type
35. J'ai suffisamment de temps pour participer aux échanges de la CoP dans l'environnement virtuel	11	2,73	0,647
36. J'ai accès facilement à un ordinateur sur mon lieu de travail	11	3,91	0,302
37. Je me sens à l'aise d'utiliser la technologie pour communiquer avec les autres ICPC	11	3,73	0,467
38. Je suis en mesure de me faire libérer pour participer aux rencontres de la CoP en face-à-face	11	4	0
39. Moyenne	11	3,5909	0,2311
Voici une liste des énoncés portant sur l'appui que vous recevez de votre CSSS à votre participation à la CoP. Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés.	N	Moyenne	Écart-type
40. Mon CSSS a une bonne compréhension de ce qu'est une CoP.	11	3,36	0,674
41. J'ai l'appui de mon CSSS pour participer à la CoP.	11	3,82	0,405
42. Je partage de l'information issue de la CoP avec les membres de mon équipe locale impliqués dans l'opérationnalisation de la stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux PCP (ÉPS, CAT, gestionnaire, infirmière PQDCS).	77	3,64	0,674
43. Moyenne	11	3,6061	0,4427
Voici une liste des énoncés portant sur votre perception de la CoP comme outil de développement et de formation continue. Veuillez indiquer si vous êtes 1 –fortement en désaccord, 2 – plutôt en désaccord, 3 – plutôt d'accord, ou 4 – fortement d'accord avec chacun des énoncés.	N	Moyenne	Écart-type
44. Je comprends bien ce qu'est une CoP	11	3,82	0,405
45. Je considère que la CoP apporte une valeur ajoutée aux modes traditionnels de formation continue	11	3,82	0,405
46. Je considère que la participation à la CoP contribue au développement d'une pratique réflexive	11	3,82	0,405
47. Les bénéfices de participer à la CoP justifient le temps investi	10	3,9	0,316
48. La CoP contribue au développement d'une identité professionnelle comme ICPC	11	3,82	0,405
49. Je considère que la CoP est le meilleur moyen pour développer ma pratique comme ICPC	11	3,36	0,505
50. Moyenne	11	3,7455	0,3045
51. Au cours de la prochaine année, je souhaite : N/A	Fréq.	%	
a) Augmenter ma participation à la CoP	5	55,6	
b) Maintenir le même niveau de participation à la CoP	4	44,4	
c) Diminuer ma participation à la CoP	0	0	
d) Cesser ma participation à la CoP	0	0	