
Guichets d'accès clientèle orpheline (GACO) :
Recension de pratiques sur les facteurs
favorisant la collaboration

Pascale Navert
Courtière de connaissances

Direction de la planification, de la performance et
des connaissances

Mai 2014



RÉDACTION

Pascale Navert, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

COORDINATION DES TRAVAUX

Claire Harrisson, chef d'équipe, courtage de connaissances, ASSS de la Montérégie

Marie-Ève Gadoua, coordonnatrice des affaires médicales, ASSS de la Montérégie

Marie-Claude Lavoie, agente de planification, programmation et recherche, ASSS de la Montérégie

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

REMERCIEMENTS

Un grand merci à tous les informateurs clés qui ont accepté de nous faire part de leurs pratiques.

Citation suggérée :

Navert, Pascale (2014), **Guichets d'accès clientèle orpheline (GACO) : Recension de pratiques sur les facteurs favorisant la collaboration**. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 11 pages.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances/Produits de courtage. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.



Ce document peut être reproduit pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE.....	4
DÉMARCHE DE COURTAGE	4
A) Organisation du travail.....	5
B) Partage d'information	5
C) Réseautage externe.....	6
D) Services à la clientèle et amélioration continue.....	7
POUR EN SAVOIR DAVANTAGE SUR LES FACTEURS FAVORISANT LA COLLABORATION.....	9
AUTRES RÉFÉRENCES	9
ANNEXE 1 – INFORMATEURS CLÉS ET PORTRAIT SOMMAIRE DES GACO RECENSÉS	10

MISE EN CONTEXTE

En janvier 2014, un Comité de travail régional mis sur pied par la Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels et de la cancérologie (DAMUPPC) et la Direction de l'organisation des services et des opérations réseaux (DOSOR) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont amorcé des travaux d'harmonisation de certaines pratiques ayant cours dans les 11 guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) situés sur son territoire.

Parallèlement à ces travaux, la DAMUPPC et la DOSOR ont demandé au secteur Courtage de connaissances de l'Agence de procéder à une recension des pratiques collaboratives prometteuses au sein des GACO des CSSS Haut-Richelieu-Rouville, La Pommeraie et Richelieu-Yamaska. Ces GACO ont préalablement été identifiés en raison de la bonne collaboration dont ils semblaient faire preuve.¹

DÉMARCHE DE COURTAGÉ

Centrée autour du thème de la collaboration, cette recension de pratiques permet de rendre explicites divers mécanismes et savoirs tacites qui favorisent la collaboration entre les intervenants de la santé qui transigent avec le guichet d'accès pour la clientèle orpheline ou qui y travaillent. En ce sens, elle ne cherche pas à connaître comment s'actualisent les diverses dimensions du *Cadre de référence provincial - GACO* (objectifs, principes directeurs, structure, rôles, trajectoire pour l'inscription, outil de gestion)², mais plutôt d'explorer un aspect qui leur est sous-jacent, soit la collaboration.

Menée entre le 8 et le 24 avril 2014, cette recension de pratiques a pris la forme d'entrevues téléphoniques semi-dirigées approximativement d'une heure auprès de quatre gestionnaires et infirmières cliniciennes. Ces derniers ont préalablement reçu un guide d'entrevue permettant d'apprécier la nature des informations recherchées. Ils ont par la suite eu l'occasion de valider le contenu des informations captées et de recueillir les commentaires de leurs coordonnateurs médicaux respectifs.

Ce document représente la synthèse des propos et commentaires recueillis dans le cadre de cette recension de pratiques. En somme, 25 facteurs favorisant la collaboration émergent et sont présentés selon qu'ils ont davantage trait à l'une ou l'autre des quatre catégories suivantes : A) Organisation du travail, B) Partage d'information, C) Réseautage externe, D) Service à la clientèle et amélioration continue. Quelques suggestions de lecture et références permettant d'en apprendre davantage sur la **collaboration** dans le contexte des soins et services de santé sont également incluses. Une liste des informateurs clés, incluant un portrait sommaire des différents GACO recensés, figure en annexe.

¹ Les milieux de recension ont été identifiés par la DAMUPPC.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence provincial : Guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée. Direction générale des services de santé et médecine universitaire. 2011.

FACTEURS FAVORISANT LA COLLABORATION

- A) Organisation du travail
- B) Partage d'information
- C) Réseautage externe
- D) Service à la clientèle et amélioration continue

A) ORGANISATION DU TRAVAIL

- La définition claire des tâches et la compréhension mutuelle des fonctions dévolues à l'agent administratif et à l'infirmière clinicienne;
- La combinaison de fonctions entre services d'un même établissement. Par exemple, l'infirmière responsable de l'accueil clinique de soir appuie l'infirmière clinicienne du GACO en faisant de la collecte d'information clinique par téléphone auprès de la clientèle sans médecin de famille (des discussions bilatérales quotidiennes entre les deux infirmières orientent les travaux en soirée);
- Parallèlement, l'ajout de ressources occasionnelles. Par exemple, le recours aux infirmières affectées à des travaux légers permet d'alléger la charge du personnel permanent;
- La proximité de l'infirmière clinicienne et l'agente administrative (le travail au sein du même bureau physique);
- De même, la proximité de l'infirmière clinicienne et du coordonnateur médical local (le travail au sein du même établissement);
- La stabilité du personnel.

➡ *« La définition claire des rôles et tâches de chacun favorise l'esprit d'équipe, l'entraide, la complémentarité et la capacité de tirer le meilleur de chacun. Ça permet d'optimiser nos résultats. »*

Pascale Chagnon, infirmière clinicienne, CSSS Richelieu-Yamaska

B) PARTAGE D'INFORMATION

- Les rencontres régulières (hebdomadaires ou bimensuelles) entre l'infirmière clinicienne et le coordonnateur médical local permettent notamment la présentation de cas complexes de priorisation, de demandes d'intervention ponctuelles auprès de collègues médecins, de situations problématiques (ex. : maladie d'un médecin de famille, départ à la retraite);

- Qui plus est, l'implication des gestionnaires (ex. : directeur des services ambulatoires et de première ligne, adjoint clinico-administratif, responsable de la clinique d'anticoagulothérapie, responsable de la médecine ambulatoire) à ces rencontres régulières assure une connaissance commune des situations problématiques ou des enjeux organisationnels, tout en facilitant l'établissement de ponts vers d'autres directions, l'arrimage avec d'autres services;
- En plus de sa présence aux rencontres régulières, la disponibilité et l'accessibilité du coordonnateur médical local en tout temps (via pagette, courriel, téléphone ou rencontre *ad hoc* lorsque dans le même établissement) favorise la collaboration. De même, pour la disponibilité des gestionnaires;
- La confiance mutuelle, la valorisation de l'expertise de chacun et la collégialité dans le processus décisionnel, particulièrement entre le coordonnateur médical local et l'infirmière clinicienne;
- La souplesse des liens hiérarchiques favorise le soutien direct par les gestionnaires, de même qu'une circulation fluide de l'information;
- L'utilisation d'un mécanisme de transmission d'informations au cas par cas entre l'adjointe administrative et l'infirmière clinicienne. Par exemple, l'instauration d'une cote de priorisation clinique supplémentaire via « l'onglet personnalisable » du logiciel SIGACO fait office de « drapeau rouge » mettant en évidence les cas plus vulnérables nécessitant une évaluation rapide, les clientèles dont le médecin de famille prend sa retraite, celles déjà inscrites à la RAMQ à qui un avis de fermeture du dossier doit être envoyé, etc.;
- Dans le même ordre d'idées, l'utilisation d'une feuille de route détaillant toutes les étapes accomplies en vue de la référence à un médecin de famille garde l'agent administratif et l'infirmière clinicienne mutuellement informés du statut de chaque cas.

☞ *« Lors de ces rencontres, les cas problématiques sont discutés, des solutions particulières sont trouvées. Le choc des idées est encouragé, la communication est directe et axée sur la résolution immédiate de problèmes. »*

Lise Langlois, directrice des services ambulatoires et de première ligne,
CSSS Richelieu-Yamaska

C) RÉSEAUTAGE EXTERNE

- L'engagement et les qualités de leader du coordonnateur médical local favorisent le rayonnement du GACO auprès des médecins d'un territoire;
- Les tournées de présentation du GACO aux médecins du territoire, aux groupes de médecine familiale, à certains spécialistes et aux pharmaciens d'officine par le coordonnateur médical local;

- Les rencontres du DRMG auxquelles participe le coordonnateur médical local servent de vitrine, de plateforme pour la transmission d'informations aux médecins d'un territoire;
- L'envoi de lettres ou de pochettes d'information visant à sensibiliser les médecins d'un territoire au GACO;
- Les rencontres entre l'infirmière clinicienne et les nouveaux médecins d'un territoire afin de les sensibiliser à l'utilité et au fonctionnement du GACO;
- L'invitation des résidents de l'unité de médecine familiale à visiter le GACO;
- La connaissance du réseau local par l'infirmière clinicienne du guichet, le développement de liens de confiance avec les agentes administratives et les infirmières des cliniques médicales d'un territoire, de même que la connaissance des champs d'intérêt des médecins du territoire facilitent la collaboration au GACO;
- Un formulaire de référence médicale envoyé à tous les omnipraticiens d'un territoire pour la prise en charge de nouveaux-nés (cette pratique a notamment permis la création d'un bassin de médecins disposés à prendre de nouveaux patients).

☞ *« Les coordonnateurs médicaux locaux sont engagés : ils ont à cœur la clientèle vulnérable et ont un désir de résultats. Ils sont proactifs : ils entrent directement en contact avec les instances décisionnelles et avec leurs confrères. »*

Pierre Loïsel, adjoint clinico-administratif, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

D) SERVICES À LA CLIENTÈLE ET AMÉLIORATION CONTINUE

- La reconnaissance partagée des besoins de la clientèle sans médecin de famille et l'appropriation du cadre de référence provincial créent un sentiment d'appartenance, incitent à la vigilance et stimulent la mise en commun d'efforts pour l'amélioration continue du service à la clientèle;
- Pour certains GACO, cette volonté commune d'amélioration continue s'est traduite par le développement de mécanismes de collaboration avec d'autres directions desservant des clientèles vulnérables :
 - Entente avec le service d'obstétrique-périnatalité, un formulaire de référence médicale abrégé est rempli pour chaque nouveau-né sans médecin de famille (à l'hôpital ou au domicile);
 - Rencontre aux trois mois entre le coordonnateur médical local et le chef de psychiatrie;

- Rencontre entre l’infirmière clinicienne du GACO et le responsable du guichet santé mentale 1^{re} ligne afin de mieux comprendre les services offerts en santé mentale et ainsi mieux diriger les patients vers les ressources alternatives appropriées en attendant la référence à un médecin de famille;
- Accès informatique aux données du guichet santé mentale 1^{re} ligne permettant à l’infirmière clinicienne d’inclure au dossier du patient, en attente d’un médecin de famille, des informations sur les soins médicaux et services psychosociaux qu’il reçoit, sur son cheminement particulier (ex. : fidélité aux traitements, aux rendez-vous). Ce concept de « *patient clé en main* », voire qui se présente avec des services structurés, soutient la prise en charge par le médecin de famille et encourage sa collaboration au GACO.
- L’obtention préalable d’un résumé de dossier médical complet, incluant une liste de médicaments et des suivis provenant de divers intervenants de la santé impliqués, facilite le travail des médecins de famille et les incite à collaborer au GACO;
- De même, l’utilisation d’ordonnances collectives pour les patients référés facilite le travail des médecins de famille et encourage leur collaboration au GACO.

➤ « *Nous avons le souci de toujours aller chercher les nouveaux médecins. De bons services donnés à un nouveau venu une année vont faire en sorte que le prochain nouveau venu l’année suivante voudra s’impliquer avec nous, venir chercher des clients chez nous... C’est ce qui fait qu’on se fait connaître.* »

Pascale Chagnon, infirmière clinicienne au guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, CSSS Richelieu-Yamaska

➤ « *Il y a une volonté générale d’offrir un service dans la communauté. La quasi-totalité des médecins du territoire offre des disponibilités au GACO pour prendre de nouveaux patients.* »

➤ « *Nous sommes motivés par l’objectif commun que chaque personne sur notre territoire ait un médecin de famille. On se permet de rêver ça!* »

Lucy Hanigan, infirmière clinicienne au Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, CSSS La Pommeraie

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE SUR LES FACTEURS FAVORISANT LA COLLABORATION

I. Oandasan et coll., « Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada, recommandations et synthèse pour politiques », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006

http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf

J. Nolte, « Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada », L'initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS), 2005.

<http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/enhancing-interdisciplinary-collaboration-in-primary-health-care-in-canada.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS), « Framework for action on interprofessional education & collaboration practice », 2010.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf

AUTRES RÉFÉRENCES

I. Gaboury et coll., « Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components », *Social Science and Medicine*. 2009; 69:707-715

C. Sicotte et coll., « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », *Social Science and Medicine*. 2002; 55:991-1003.

A. Xyrichis et K. Lowton, « What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review », *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45:140-53.

ANNEXE 1 – INFORMATEURS CLÉS ET PORTRAIT SOMMAIRE DES GACO RECENSÉS

Au moment de la recension de pratiques, les GACO recensés présentaient les données suivantes :

GACO	Population desservie	Nombre de patients priorités en attente de référence à un médecin de famille
CSSS Richelieu-Yamaska Mme Lise Langlois Directrice des services ambulatoires et de première ligne Mme Pascale Chagnon Infirmière clinicienne	Approx. 211 000 habitants 37 municipalités	6822 patients ³
CSSS Haut-Richelieu-Rouville Monsieur Pierre Loiselle Adjoint clinico-administratif	Approx. 184 000 habitants 21 municipalités	468 patients ⁴
CSSS La Pommeraie Mme Lucy Hanigan Infirmière clinicienne	Approx. 60 000 habitants 21 municipalités	227 patients ⁵

³ Données SIGACO, CSSS Richelieu-Yamaska, p. 13 (2013-2014).

⁴ Données recueillies lors de l'entrevue, CSSS Haut-Richelieu-Rouville, 7 avril 2014.

⁵ Données recueillies de l'entrevue, CSSS La Pommeraie, 24 avril 2014.