

Les cliniques IPS au Québec : élection et mesure d'indicateurs sur les soins et services



Octobre 2025

Arnaud Duhoux
Émilie Dufour
Marie-Eve Poitras
Vanessa Tremblay-Vaillancourt
Annie Rioux-Dubois
Ariane Fauteux Duarte
Patricia Lalonde
Nadia Sourial
Nancy Côté
Morgane Gabet
Marlène Karam

Arnaud Duhoux	PhD, Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Chercheur régulier au CR-CLM et au Pôle 1 de recherche du CISSS Laval
Émilie Dufour	Infirmière, PhD, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Titulaire de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers
	Chercheure régulière au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)
Marie-Eve Poitras	Infirmière, PhD, Professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke Chercheure CR-CHUS; titulaire de la Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires
Vanessa Tremblay-Vaillancourt	Coordonnatrice de recherche, équipe de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, Université de Sherbrooke
Annie Rioux-Dubois	IPSPL (Qc)/IP en SSP (Ont.), PhD, Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
Ariane Fauteux Duarte	Conseillère de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Patricia Lalonde	Conseillère de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Nadia Sourial	PhD, Professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé, École de santé publique Co-titulaire de la Chaire Glaxosmithkline en gestion optimale des maladies chroniques en soins primaires, Université de Montréal
	Chercheure boursière FRSQ Junior – Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Nancy Côté	PhD, Professeure agrégée, Département de sociologique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en sociologie du travail et des organisations de santé, Université Laval
	Chercheure boursière FRSQ et chercheure à Vitam – Centre de recherche en santé durable
Morgane Gabet	PhD, Professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé, École de santé publique, Université de Montréal Chercheure régulière de l'Axe 2 – Santé des populations, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CR-IUSMM)
Marlène Karam	Infirmière, PhD, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Pour citer ce document :

Duhoux, A., Dufour, E., Poitras, M-E., Tremblay-Vaillancourt, V., Rioux-Dubois, A., Fauteux-Duarte, A., Lalonde, P., Sourial, N., Côté, N., Gabet, M., Karam, M. (octobre 2025). Les cliniques IPS au Québec : sélection et mesure d'indicateurs. Rapport collaboratif. Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Université du Québec en Outaouais et Université Laval.

Projet financé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-9822803-3-5 (version PDF)

Sommaire exécutif

Ce rapport est le troisième issu d'un projet de recherche examinant le développement et le maintien des « cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ». La mesure par indicateurs est essentielle pour le suivi des innovations organisationnelles comme les cliniques IPS, l'évaluation de leur implantation et de leurs effets. Ce rapport s'inscrit dans l'analyse des effets des cliniques IPS et a pour objectifs de décrire le processus de sélection des indicateurs qui permettent la mesure des soins et des services fournis par les cliniques IPS, de présenter les indicateurs sélectionnés et des résultats de mesure d'indicateurs.

La sélection des indicateurs a été basée sur une recension des écrits et des indicateurs existants. La démarche de priorisation, qui a été réalisée avec différentes parties prenantes, a abouti à une liste de 26 indicateurs portant sur les structures, les processus et les résultats des cliniques IPS.

Les résultats de sept des indicateurs sélectionnés, mesurés sur une période de 21 mois à partir des données de GESTRED, démontrent l'évolution des cliniques IPS vers un modèle organisationnel plus mature, en termes de volume de services et d'atteinte des mandats. Enfin, dans l'ensemble, les résultats de santé perçus et d'expérience de soins des personnes ayant consulté en clinique IPS semblent similaires à ceux des personnes ayant consulté en GMF ou GMF-U.

Table des matières

Sommaire exécutif.....	4
Tableaux et figures	7
Liste des abréviations	8
Introduction	9
Objectifs	10
Chapitre 1 – Sélection des indicateurs prioritaires pour les cliniques IPS	11
1.1 Méthode	11
1.2 Recension des indicateurs sur la pratique infirmière avancée en première ligne	11
1.3 Mise en commun d’indicateurs de différentes sources.....	11
1.4 Démarche de priorisation de la banque d’indicateurs avec le comité aviseur.....	13
1.4.1 Exercice individuel de priorisation	13
1.4.2 Discussion de groupe	14
1.5 Résultats.....	15
1.5.1 Domaines de mesures prioritaires pour les cliniques IPS	15
1.5.1.1 Domaine prioritaire de mesure 1 : Composition et stabilité de l’équipe.....	16
1.5.1.2 Domaine prioritaire de mesure 2 : Caractéristiques des consultations et du suivi.	17
1.5.1.3 Domaine prioritaire de mesure 3 : Utilisation des services de première et de deuxième ligne	18
Chapitre 2 - Mesure d’indicateurs sur les cliniques IPS	20
2.1 Indicateurs issus des données de GESTRED	20
2.1.1 Méthode	20
2.1.2 Mesure d’indicateurs à partir des données de GESTRED	21
2.1.2.1 Nombre de plages IPS offertes (S7)	21
2.1.2.2 Nombre d’heures d’activités de la clinique (S8).....	21
2.1.2.3 Complexité du patient (P1)	22
2.1.2.3.1 Provenance du patient (P1.1)	22
2.1.2.3.2 Âge du patient (P1.3)	24
2.1.2.4 Type d’intervenant vu (P5).....	25
2.1.2.5 Modalité de la consultation (P6)	26
2.1.2.6 Nombre et type de références effectuées (P7).....	27
2.2 Indicateurs issus de mesures de santé et d’expérience de soins autorapportées par les patients – PaRIS-Canada	28

2.2.1 Contexte et méthode	28
2.2.2 Analyse des données	29
2.2.3 Résultats et Interprétation	30
2.2.3.1 Description de l'échantillon	30
2.2.3.2 Consommation des services	31
2.2.3.3 Perception de l'expérience de soins (PREMs)	32
2.2.3.4 Accès	33
2.2.3.5 Contextualisation des résultats et des différences observées entre clinique IPS, GMF et GMF-U à ce stade de maturité des cliniques IPS	37
2.2.3.6 Perception de la santé (PROMs)	38
Discussion	39
Références	42

Tableaux et figures

Tableau 1 : Critères d'évaluation des indicateurs utilisés dans la démarche de priorisation avec le comité aviseur	14
Tableau 2 : Tableau synthèse des indicateurs finaux priorisés par le comité aviseur.....	15
Tableau 3: Portrait de la collecte de données dans les cliniques participantes.....	29
Tableau 4 : Caractéristiques autorapportées des répondants	30
Figure 1 : Vision d'ensemble du MSSS sur les cliniques IPS	12
Figure 2 : Nombre de plages IPS offertes selon la période pour les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)	21
Figure 3 : Répartition des heures d'activité selon la période pour les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)	22
Figure 4: Répartition de la provenance des patients selon la période pour les 8 cliniques participantes (septembre 2023-mai 2025).....	23
Figure 5 : Provenance des patients selon la période, Clinique IPS A (sept.23-mai 25)	24
Figure 6 : Provenance des patients selon la période, Clinique IPS B (sept.23-mai 25).....	24
Figure 7 : Provenance des patients selon la période, Clinique IPS C (sept.23-mai 25).....	24
Figure 8 : Âge des patients lors de la consultation (septembre 2023-mai 2025)	25
Figure 9 : Proportion de consultations selon le type de professionnels et selon la période, parmi les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)	25
Figure 10 : Proportion des consultations selon la modalité et selon la période pour les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)	26
Figure 11 : Proportion de consultations entraînant un référencement vers un autre professionnel parmi les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mars 2025)	27
Figure 12 : Temps écoulé depuis la dernière consultation en médecine de famille	31
Figure 13 : Personne habituellement consultée pour les problèmes de santé	31
Figure 14 : Satisfaction générale des soins reçus dans les 12 derniers mois	32
Figure 15 : Qualité perçue de la consultation.....	32
Figure 16 : Perception du niveau d'implication dans les décisions concernant les soins.....	33
Figure 17 : Perception d'être considérée comme une personne à part entière dans le cadre des soins.....	33
Figure 18 : Raison de la consultation	34
Figure 19 : Fréquence de renonciation aux soins	34
Figure 20 : Nécessité perçue de répéter l'information concernant leur santé.....	36
Figure 21 : Expérience rapportée d'une situation perçue comme pouvant causer du tort dans les 12 derniers mois (non exclusif aux cliniques IPS).....	36
Figure 22 : Appréciation du patient par rapport à l'organisation globale de ses soins de santé dans les 12 derniers mois (non exclusif aux cliniques IPS)	37
Figure 23 : Perception de la santé globale.....	38

Liste des abréviations

CRDS	Centre de répartition des demandes de service
DMÉ	Dossier médical électronique
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire
IC	Infirmière clinicienne
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPS-SM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OECD-OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
PREMs	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PROMs	<i>Patient Reported Outcomes Measures</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Introduction

Le système de santé québécois fait face à des défis persistants en matière d'accès aux soins de première ligne. Les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS), une innovation organisationnelle québécoise qui offre des soins primaires interdisciplinaires majoritairement via la pratique d'IPS et d'infirmières cliniciennes (IC), ont été développées parmi un ensemble d'actions concertées pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins primaires. Notre projet de recherche accompagne l'implantation et la pérennisation de ces cliniques.

Ce volet du projet de recherche vise à réaliser une analyse des effets des cliniques IPS grâce à des indicateurs variés. Un indicateur est défini comme une mesure quantitative utilisée comme point de repère pour monitorer et évaluer la performance d'aspects cliniques et organisationnels (Mainz, 2003a). Selon l'approche de Donabedian (1988), pour obtenir une vision globale de la performance d'une organisation ou d'un système, un ensemble d'indicateurs portant sur la structure, le processus et les résultats doivent être utilisés. Les indicateurs de structure se concentrent essentiellement sur les ressources, incluant les ressources matérielles et humaines. Les indicateurs de processus englobent l'ensemble des soins et des activités effectués par les professionnels, et la façon dont les soins et les services sont fournis. Finalement, les indicateurs de résultats se concentrent sur la mesure d'effets des soins et services, tant cliniques qu'organisationnels, incluant l'utilisation des services.

La première étape de l'analyse des effets était de sélectionner et de prioriser des indicateurs spécifiques à la pratique infirmière avancée en première ligne permettant de mesurer la valeur ajoutée des cliniques IPS, ce qui n'avait jamais été réalisé à notre connaissance. Dans la seconde

étape, certains de ces indicateurs ont pu faire l'objet de mesure durant les premiers mois de fonctionnement des cliniques IPS.

Objectifs

Le présent rapport vise à :

1. Décrire le processus de sélection des indicateurs qui permettent la mesure des soins et des services fournis par les cliniques IPS et présenter les indicateurs sélectionnés (Chapitre 1);
2. Présenter les résultats de mesure d'indicateurs à partir de différentes sources de données (Chapitre 2).

Chapitre 1 – Sélection des indicateurs prioritaires pour les cliniques IPS

1.1 Méthode

La méthode utilisée pour la sélection des indicateurs combine une recension des écrits et une démarche de priorisation regroupant différentes parties prenantes. Le processus de sélection des indicateurs s'est concentré sur des indicateurs mesurables à partir de systèmes d'information de santé, incluant les données administratives et les dossiers médicaux électroniques (DMÉ).

1.2 Recension des indicateurs sur la pratique infirmière avancée en première ligne

Une revue rapide de la littérature empirique et de la littérature grise a été effectuée dans les bases de données Embase, MEDLINE et CINAHL. L'approche méthodologique de Garrity et al. (2021) a été utilisée pour en guider les différentes étapes. Les critères de sélection étaient les suivants :

- Indicateurs explicitement liés à la pratique infirmière
- Indicateurs utilisés en contexte de première ligne
- Indicateurs mesurables via bases de données clinico-administratives ou DMÉ

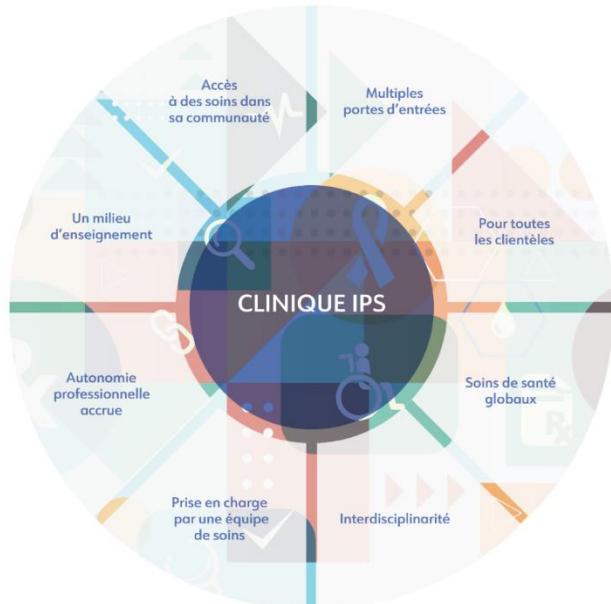
Cette démarche a permis d'identifier 23 articles scientifiques et un rapport d'une organisation de services de santé. Un total de 85 indicateurs distincts et associés à la pratique infirmière avancée en première ligne ont été identifiés. La synthèse des indicateurs recensés dans le cadre de cette revue rapide sera présentée dans un article scientifique actuellement en rédaction.

1.3 Mise en commun d'indicateurs de différentes sources

Les 85 indicateurs identifiés dans la littérature ont été regroupés dans un tableau synthèse avec 20 indicateurs colligés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) par l'entremise de GESTRED (système de suivi de gestion et de reddition de comptes), en plus de certains indicateurs additionnels mesurés de façon isolée dans certaines cliniques IPS. Ces indicateurs additionnels ont

été fournis par les cliniques participant au projet. L'ensemble des indicateurs ont ensuite été synthétisés pour former une banque d'indicateurs classés en fonction des trois dimensions centrales du modèle des cliniques IPS présentées dans la Figure 1 (MSSS, 2024). Les indicateurs ont été classés selon leur appartenance aux dimensions : 1) de l'**accès**, qui englobe l'accès en temps opportun, l'accès physique, le portrait de la clientèle et les portes d'entrée ; 2) de la **globalité**, qui englobe la gamme de services offerts, les caractéristiques des consultations, les activités de soins, les caractéristiques des épisodes de soins et la conformité aux lignes directrices de prise en charge ou 3) de l'**interdisciplinarité**, qui englobe le fonctionnement de l'équipe, les caractéristiques structurelles de l'équipe, les liens avec des ressources externes, le déploiement des activités professionnelles, et les fonctions de milieu d'enseignement.

Figure 1 : Vision d'ensemble du MSSS sur les cliniques IPS



*Figure tirée de : MSSS, 2024: p.2

1.4 Démarche de priorisation de la banque d'indicateurs avec le comité aviseur

En s'inspirant des principes de l'approche de Newman (Newman et al., 2011), une démarche de priorisation a été effectuée lors de cinq rencontres menées entre février et mai 2024 avec le comité aviseur du projet de recherche composé d'un représentant de chaque clinique IPS participante, soit un gestionnaire ou une IPS, et d'un patient partenaire (n=10). Les membres de l'équipe de recherche étaient également présents aux rencontres.

1.4.1 Exercice individuel de priorisation

Chaque participant devait effectuer une évaluation des indicateurs se rapportant à chacune des trois dimensions en fonction d'une série de critères (Boulkedid et al., 2011; Mainz, 2003a, 2003b) (Tableau 1). Cette évaluation, complétée dans un fichier électronique et de façon individuelle, permettait au participant de cocher la réponse qu'il jugeait appropriée parmi les choix suivants : « oui » si le critère était jugé favorable, « non » si le critère était jugé défavorable, ou « incertain ». Une compilation de l'ensemble des résultats était effectuée par l'équipe de recherche au préalable de la rencontre de discussion de groupe afin d'effectuer une première synthèse des résultats et guider la discussion vers les indicateurs pour lesquels l'évaluation était plus défavorable ou incertaine.

Tableau 1 : Critères d'évaluation des indicateurs utilisés dans la démarche de priorisation avec le comité aviseur

Critères	L'indicateur...	Exemple
Validité	... mesure adéquatement l'aspect visé	Mesure de l'accès par réduction liste guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)
Faisabilité	... est facile à mesurer	Données collectées dans les DMÉ
Fiabilité	... peut être mesuré de manière fiable à l'intérieur et entre différents groupes	Données comptabilisées différemment d'une clinique à l'autre
Sensibilité	... reflète rapidement le changement	Fréquence des tests diagnostiques
Capacité d'action	... peut être amélioré facilement par des actions des cliniciens et gestionnaires	Fréquence tests dépistage vs. Délai d'attente pour une consultation
Importance pour les cliniques IPS	... reflète un aspect importance des cliniques IPS et leur valeur ajoutée	Continuité, éventail de services offerts, accès
Importance pour les patients	... est prioritaire pour la satisfaction et le bien-être des patients	Prise en charge de l'ensemble des conditions de santé à un même endroit
Importance pour le système de santé et de première ligne	... est aligné avec les priorités ministérielles	Accès à la première ligne, diminution de l'utilisation des services d'urgence

1.4.2 Discussion de groupe

Cinq rencontres virtuelles de 90 minutes ont été organisées avec les participants du comité aviseur et l'équipe de recherche autour de la priorisation des indicateurs. La première rencontre portait sur une introduction aux principes théoriques des indicateurs, ainsi que sur les critères d'évaluation utilisés pour en faire l'analyse dans la démarche de priorisation. Des explications quant au déroulement et au rôle attendu des participants dans la démarche de priorisation ont également été fournies lors de cette rencontre. Les trois rencontres suivantes portaient sur les indicateurs d'une dimension spécifique, soit l'accès, la globalité des soins et l'interdisciplinarité. Les discussions se concentraient particulièrement sur les indicateurs dont l'évaluation des critères ne faisait pas consensus dans l'exercice de priorisation individuel réalisé préalablement à chacune de ces rencontres. La dernière rencontre a été effectuée une fois la synthèse de la démarche complétée et visait à partager les principaux constats de la démarche avec les participants.

1.5 Résultats

Les résultats présentés dans cette section du rapport se concentrent sur la synthèse des indicateurs identifiés à la suite de la démarche de priorisation avec le comité aviseur.

1.5.1 Domaines de mesures prioritaires pour les cliniques IPS

Les indicateurs sélectionnés par le comité qui permettent la mesure d'aspects similaires ont été regroupés en fonction de domaines, lesquels ont par la suite été classés en fonction de la triade *structure, processus et résultats*. La synthèse des indicateurs finaux est présentée dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Tableau synthèse des indicateurs finaux priorisés par le comité aviseur

Structure	Processus	Résultats
<p>Composition de l'équipe:</p> <p>S1. Nombre de chaque type d'intervenant</p> <p>S2. Nombre moyen années expérience</p> <p>S3. Nombre moyen d'heures travaillées par semaine par type d'intervenant</p> <p>Stabilité de l'équipe:</p> <p>S4. Nombre d'embauches et de départs sur une période ET/OU</p> <p>S5. Proportion des membres de l'équipe qui sont les mêmes d'une période à une autre</p> <p>S6. Nombre de jours avec présence de stagiaires</p> <p>S7. Nombre de plages IPS offertes</p> <p>S8. Nombre d'heures d'activités de la clinique, incluant le soir et la fin de semaine</p>	<p>Unité d'analyse = consultation</p> <p>P1. Complexité du patient</p> <p>P1.1 Provenance (GAP ou autre)</p> <p>P1.2 Inscription à un médecin de famille ou une IPS</p> <p>P1.3 Âge</p> <p>P1.4 Code de vulnérabilité</p> <p>P1.5 Statut d'inscription RAMQ</p> <p>P1.6 Nombre de diagnostics distincts</p> <p>P1.7 Nombre de médicaments</p> <p>P2. Nombre et type de raison(s) de consultation</p> <p>P3. Date de consultation (pour la mesure de la fréquence)</p> <p>P4. Durée de la consultation</p> <p>P5. Type d'intervenant vu</p> <p>P6. Modalité de la consultation (en personne, virtuel, par téléphone)</p> <p>P7. Nombre et type de références effectuées</p> <p>P8. Utilisation d'ordonnances collectives</p>	<p>R1. Nombre moyen de consultations à l'urgence dans les 12 derniers mois</p> <p>R2. Proportion de patients qui ont consulté à l'urgence dans les 12 derniers mois</p> <p>R3. Proportion de patients avec complication d'une maladie chronique nécessitant hospitalisation dans les 12 derniers mois</p> <p>R4. Proportion de patients avec réadmission moins de 30 jours suivant la fin d'une hospitalisation initiale</p>

1.5.1.1 Domaine prioritaire de mesure 1 : Composition et stabilité de l'équipe

Sur le plan de la structure, les indicateurs identifiés comme prioritaires s'inscrivent dans deux aspects liés aux caractéristiques de l'équipe, soit 1) sa composition et 2) sa stabilité. Les participants ont identifié ces aspects en raison de leur influence importante sur la performance de la clinique et la capacité de prise en charge des clientèles par les IPS. Parmi les indicateurs prioritaires se trouvent le nombre moyen de chaque type d'intervenant dans l'équipe, le nombre moyen d'années d'expérience, le nombre moyen d'heures travaillées par semaine par type d'intervenant, ainsi que le nombre de jours avec présence de stagiaires. Considérant que les cliniques IPS représentent un nouveau modèle de soins en première ligne, les participants ont souligné l'importance d'avoir des indicateurs qui permettent de capter l'appropriation du rôle d'IPS comme prestataire de soins principal et d'un besoin d'ajustement dans l'équipe par rapport à la compréhension des rôles et tâches de chacun. Ce rôle requiert, en particulier chez les IPS avec peu d'expérience, une période d'ajustement durant laquelle la capacité en termes de rendement, qui se traduit souvent par le nombre de patients vus par heure, est plus limitée.

À ce titre, les participants du comité aviseur ont souligné à l'unanimité l'importance de croiser des indicateurs de différentes catégories afin d'en faire une interprétation juste. Par exemple, les participants ont soulevé la pertinence de croiser les données sur le nombre moyen d'années d'expérience des IPS avec les indicateurs de complexité des patients.

L'implantation récente des cliniques IPS se traduit également par une instabilité et des mouvements de personnel dans plusieurs milieux. Les participants du comité aviseur ont également souligné la nécessité d'avoir des mesures de stabilité des membres de l'équipe et les lier aux indicateurs de processus et de résultats. Les indicateurs de stabilité prioritaires incluent la proportion des membres

de l'équipe qui sont les mêmes d'une période à une autre (par exemple sur une année), et le nombre moyen d'embauches par période donnée.

1.5.1.2 Domaine prioritaire de mesure 2 : Caractéristiques des consultations et du suivi

Sur le plan des processus, les participants du comité aviseur ont priorisé les indicateurs mesurés **au niveau des consultations**.

Les participants ont notamment souligné l'importance d'obtenir des données objectives sur les **caractéristiques des patients** vus lors des consultations, notamment afin de créer un portrait de la complexité des patients. Les mesures retenues incluent la provenance (guichet d'accès à la première ligne (GAP) ou autre), le statut d'inscription à un médecin de famille, l'âge, le code de vulnérabilité, ainsi que le nombre de médicaments et le nombre de diagnostics associés. La prise en compte de ces caractéristiques a été identifiée comme centrale par les participants pour contextualiser leur capacité en termes de performance. Les participants ont identifié la pertinence de catégoriser les raisons de consultation pour brosser un portrait plus spécifique de la répartition des consultations, mais également afin de délimiter des épisodes de soins pour des groupes de populations fréquemment vus dans les consultations, notamment dans les domaines de pédiatrie, de santé de la femme, de suivi diabétique, des infections des voies respiratoires supérieures et des troubles musculosquelettiques. L'identification de regroupements de populations pour des conditions de santé spécifiques ou des groupes d'âge spécifiques permettrait une comparaison plus juste de la qualité du suivi effectué entre les cliniques IPS.

À partir de ces populations spécifiques, les participants ont identifié des indicateurs prioritaires qui permettent de décrire les **caractéristiques des consultations**, dont la fréquence des consultations, leur durée, la modalité de consultation (en personne, par téléphone ou autre) ainsi que chaque type

d'intervenant impliqué dans la consultation. En lien avec ce dernier indicateur, les participants ont également soulevé l'importance de mesurer le nombre et le type de références effectuées pour chaque consultation, ainsi que l'utilisation d'ordonnances collectives.

Certains indicateurs de processus identifiés par les participants sont en partie mesurés actuellement par l'entremise de GESTRED. Toutefois, l'unité d'analyse utilisée, soit celui de la clinique, ne permet pas de capter l'hétérogénéité, tant en termes des activités réalisées lors des consultations que des besoins des patients.

1.5.1.3 Domaine prioritaire de mesure 3 : Utilisation des services de première et de deuxième ligne

Sur le plan des résultats, les indicateurs identifiés se rapportent à l'utilisation des services de première ligne, l'utilisation des services d'urgence et les hospitalisations. Le comité aviseur a souligné l'importance de mesurer ces indicateurs pour les patients et pour le système de santé. Les participants ont néanmoins mis de l'avant la nécessité de prendre en compte le stade d'implantation des cliniques IPS, qui présente plusieurs variations en termes de ressources humaines, de clientèle et de type de prise en charge. L'importance de lier des indicateurs qui reflètent la composition et la stabilité des milieux, ainsi que les caractéristiques des patients vus lors des consultations, a été réitérée par les participants pour la mesure des indicateurs de résultats. Le comité a par ailleurs souligné l'importance de faire preuve de prudence dans l'interprétation de la causalité des événements, notamment dans les associations entre les visites en cliniques IPS et les visites subséquentes à l'urgence.

L'exercice de priorisation a permis d'identifier les indicateurs de résultats suivants : le nombre moyen de consultations dans d'autres services de première ligne dans les 12 derniers mois, le nombre moyen de consultations à l'urgence dans les 12 derniers mois, la proportion de patients qui

ont consulté à l'urgence dans les 12 derniers mois, la proportion de patients avec complication d'une maladie chronique nécessitant une hospitalisation dans les 12 derniers mois et la proportion de patients avec une réadmission suivant la fin d'une hospitalisation initiale. Ces indicateurs ne sont pas mesurés actuellement pour les cliniques IPS, mais sont mesurables à partir des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Chapitre 2 - Mesure d'indicateurs sur les cliniques IPS

Jusqu'à maintenant, dans notre projet de recherche, nous avons fait face à une grande difficulté d'accès aux données en temps opportun pour mesurer les indicateurs priorisés au chapitre 1. Seules les données de GESTRED ont pu être exploitées pour ce rapport. Nous présentons dans ce chapitre les résultats de sept des indicateurs sélectionnés, pour les huit cliniques participantes, tirés des données GESTRED.

De plus, les cliniques participantes à ce projet de recherche ont collaboré à un projet de recherche plus large, le projet PaRIS-Canada (de Boer et al., 2022). Les données collectées par l'entremise de questionnaires autorapportés permettent de mesurer des indicateurs supplémentaires, liés à l'expérience d'utilisation des cliniques par les patients, soit les *Patient-reported experience measure* (PREMs) et les *Patient-reported outcome measures* (PROMs).

2.1 Indicateurs issus des données de GESTRED

2.1.1 Méthode

Les données ont été collectées du mois de septembre 2023 à mai 2025. Des analyses descriptives ont été menées en regroupant les données en périodes de 12 semaines, soit 7 périodes. Ces regroupements permettent de visualiser les tendances dans le temps tout en lissant les variations ponctuelles.

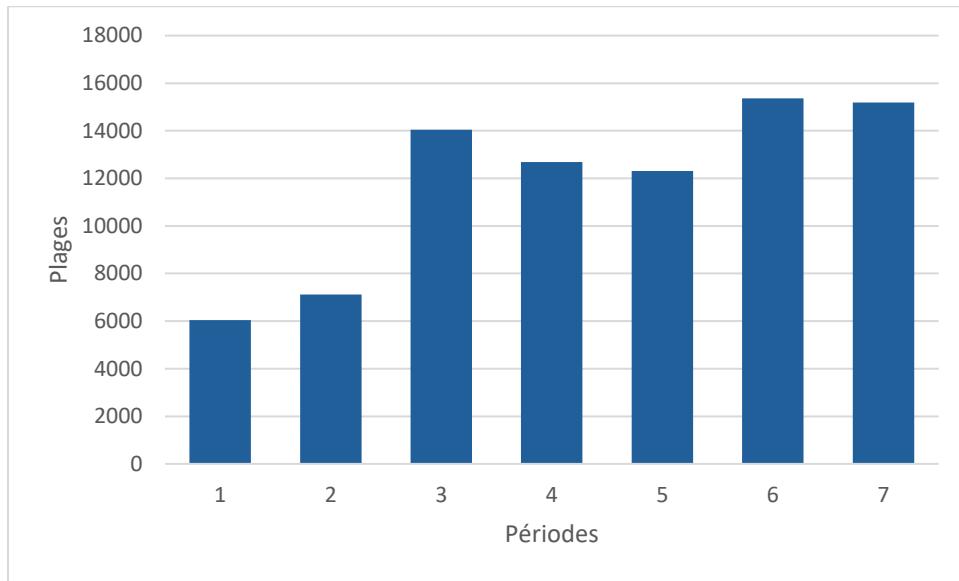
Bien que la majorité des cliniques participant à l'étude aient commencé à offrir des services à la fin 2022 ou au début 2023, toutes les cliniques n'ont pas commencé à compiler leurs données dans GESTRED au même moment. Cinq d'entre elles ont commencé pendant la semaine du 16 septembre 2023, une pendant la semaine du 23 septembre 2023 et deux pendant la semaine du 3 février 2024.

2.1.2 Mesure d'indicateurs à partir des données de GESTRED

2.1.2.1 Nombre de plages IPS offertes (S7)

Le nombre de plages IPS offertes dans les huit cliniques inclut les consultations réalisées, que ce soit en présence ou en virtuel, et les plages non comblées (Figure 2). Ces données excluent les autres professionnels des cliniques IPS. Nous constatons pour les huit cliniques IPS une augmentation continue du nombre de plages offertes pour atteindre environ 15 000 plages IPS offertes par période de 12 semaines.

Figure 2 : Nombre de plages IPS offertes selon la période pour les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)

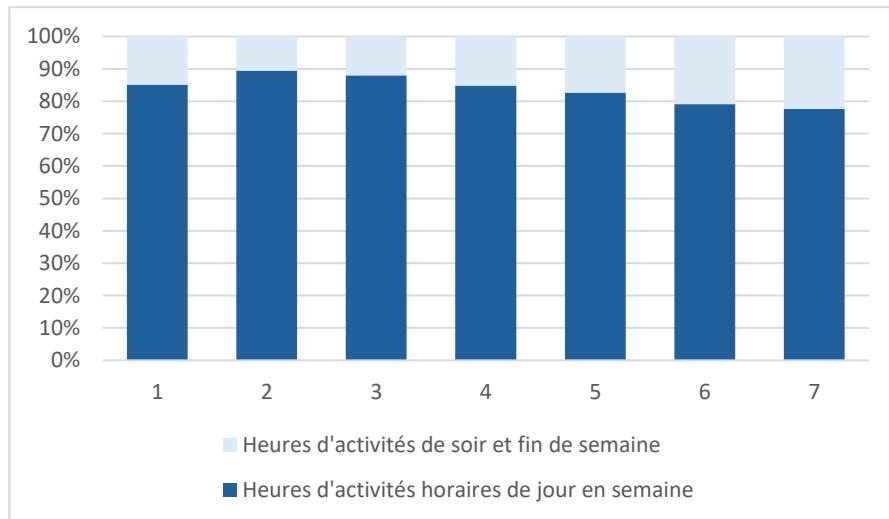


2.1.2.2 Nombre d'heures d'activités de la clinique (S8)

À partir de la période 3, les heures d'activité totales restent à peu près stables à 47 heures par semaine environ par clinique participante, mais la proportion des heures défavorables augmente pour atteindre près d'un quart (Figure 3). Le cadre de référence (MSSS, 2024) stipule que les cliniques doivent offrir des plages de rendez-vous après 18 heures du lundi au vendredi et une couverture minimale de quatre heures les fins de semaine et jours fériés. Le cadre précise également

qu'une variabilité dans le nombre d'heures est permise en « phase d'implantation des services et au moment d'ouverture des cliniques » (MSSS, 2024 : 9). Ainsi, les données reflètent la maturation suffisante des cliniques IPS qui leur permet de réaliser ce mandat majeur et contribuer à l'augmentation de l'accessibilité de la première ligne en heures défavorables.

Figure 3 : Répartition des heures d'activité selon la période pour les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)

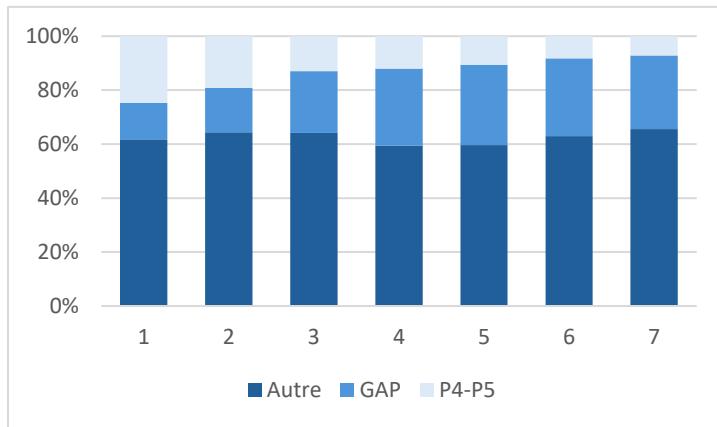


2.1.2.3 Complexité du patient (P1)

2.1.2.3.1 Provenance du patient (P1.1)

Au fil du temps, la proportion de patients vus dans les huit cliniques IPS participantes et provenant du GAP augmente (de 10% à près de 30%) alors que celle des patients provenant de l'urgence par des réorientations pour des priorités P4-P5 diminue (de 25% à 8%) (Figure 4). Globalement, les cliniques IPS semblent donc de plus en plus « capter » les patients avant qu'ils ne se rendent à l'urgence et raccourcissent ainsi leur parcours de soins.

Figure 4: Répartition de la provenance des patients selon la période pour les 8 cliniques participantes (septembre 2023-mai 2025)



Selon les gestionnaires des cliniques IPS, la catégorie « autre » peut comprendre les suivis offerts aux patients orphelins, les consultations des patients inscrits à la clinique IPS, les consultations des patients qui appellent directement la clinique, les rendez-vous via le 811, les références par un programme extérieur comme le SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) et les suivis des patients sans numéro de RAMQ.

Toutefois, ce portrait global des huit cliniques participantes cache des disparités importantes entre les cliniques dans les profils de provenance des patients (Figures 5 à 7). Nous en avons sélectionné trois pour illustrer comment les choix organisationnels peuvent influencer la provenance des patients. À la clinique A par exemple, pendant les 4 premières périodes, la moitié des consultations concernent des réorientations de l'urgence et aucune ne provient du GAP. Puis, le volume de consultations augmente fortement avec l'ajout de patients en provenance du GAP et des consultations de prise en charge. À la clinique B, la proportion de patients provenant du GAP, qui était déjà faible, disparaît, tout comme celle des patients en provenance de l'urgence. Cette clinique semble s'orienter vers la prise en charge des patients de son territoire et leurs suivis. Enfin, à la clinique C, le choix semble être d'offrir surtout de l'accès. La grande majorité des consultations

sont donc offertes à des patients provenant du GAP (75% dans les 3 dernières périodes), et pratiquement aucun patient ne provient des urgences.

Figure 5 : Provenance des patients selon la période, Clinique IPS A (sept.23-mai 25)

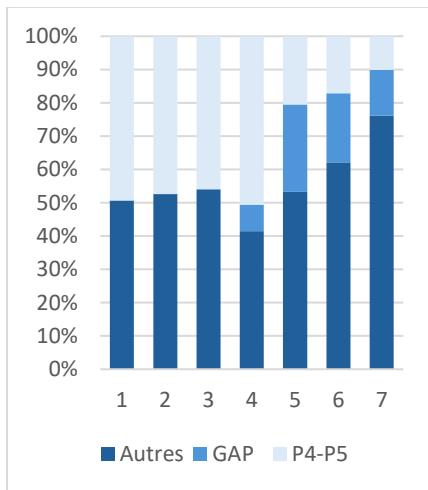


Figure 6 : Provenance des patients selon la période, Clinique IPS B (sept.23-mai 25)

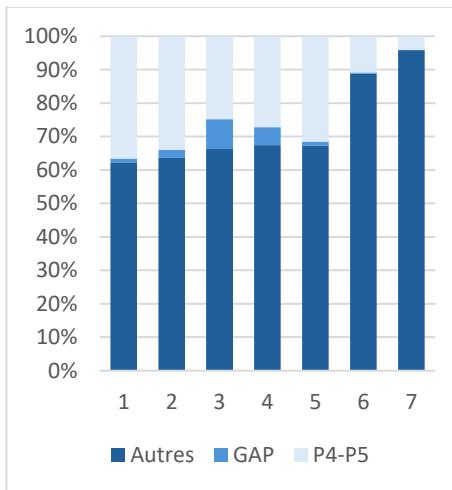
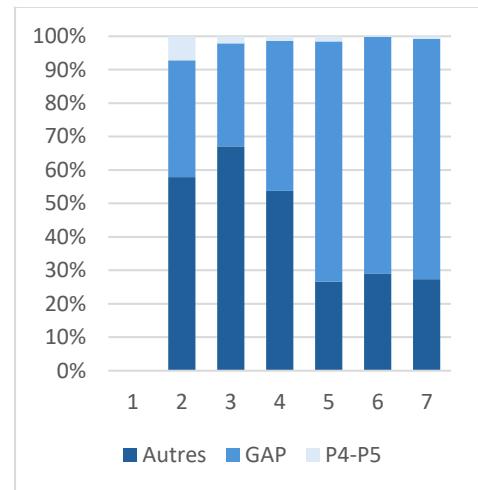


Figure 7 : Provenance des patients selon la période, Clinique IPS C (sept.23-mai 25)

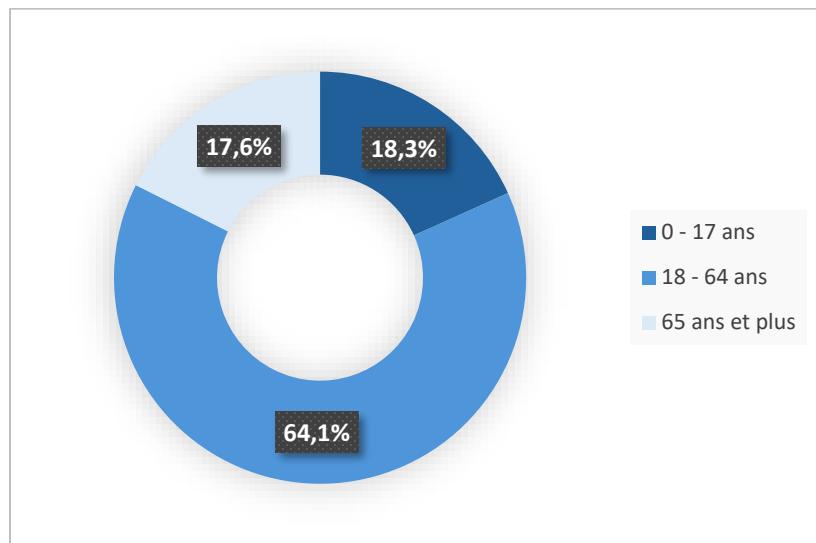


Ces choix organisationnels ont été évoqués dans les entrevues du volet qualitatif du projet de recherche. Plusieurs circonstances les ont influencés telles que les besoins populationnels et du réseau local, les mandats négociés avec les partenaires externes, les possibilités d'offres de soins selon la composition des équipes, les mécanismes de réorientation existants avec certaines cliniques ou organismes ou encore les difficultés de référencement ou de collaboration avec les urgences pour réajuster les trajectoires.

2.1.2.3.2 Âge du patient (P1.3)

Sur l'ensemble des huit cliniques participantes, 17,6% des consultations concernent des patients de 65 ans et plus, et 18,3% des consultations sont réalisées auprès d'une clientèle pédiatrique. Ces proportions varient entre les cliniques de 7,6% à 34,8% pour les consultations pour des patients 65 ans et plus, et de 5,1% à 38% pour la pédiatrie (Figure 8).

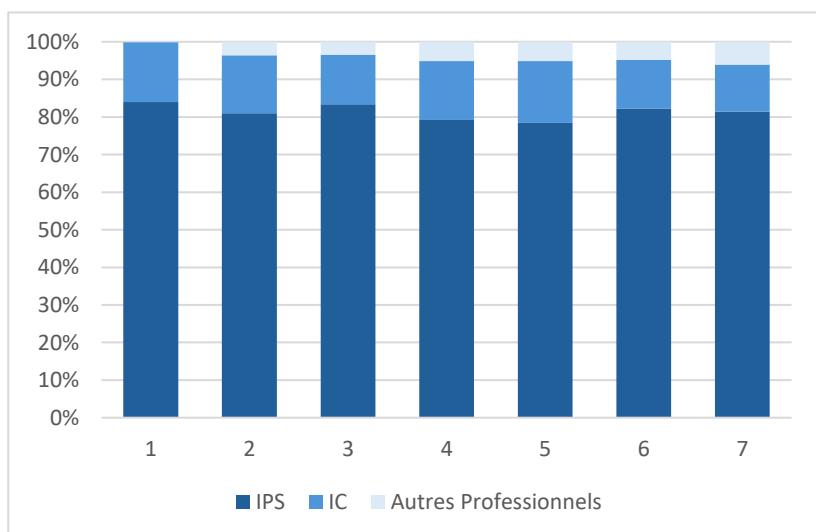
Figure 8 : Âge des patients lors de la consultation (septembre 2023-mai 2025)



2.1.2.4 Type d'intervenant vu (P5)

Dans les cliniques IPS participantes, la grande majorité (81,2%) des consultations sont réalisées par des IPS (Figure 9). Au fil du temps, la contribution des IC reste stable à un peu moins de 15% des consultations. La contribution des autres professionnels est marginale (moins de 5% des consultations), mais augmente légèrement et en continu.

Figure 9 : Proportion de consultations selon le type de professionnels et selon la période, parmi les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)

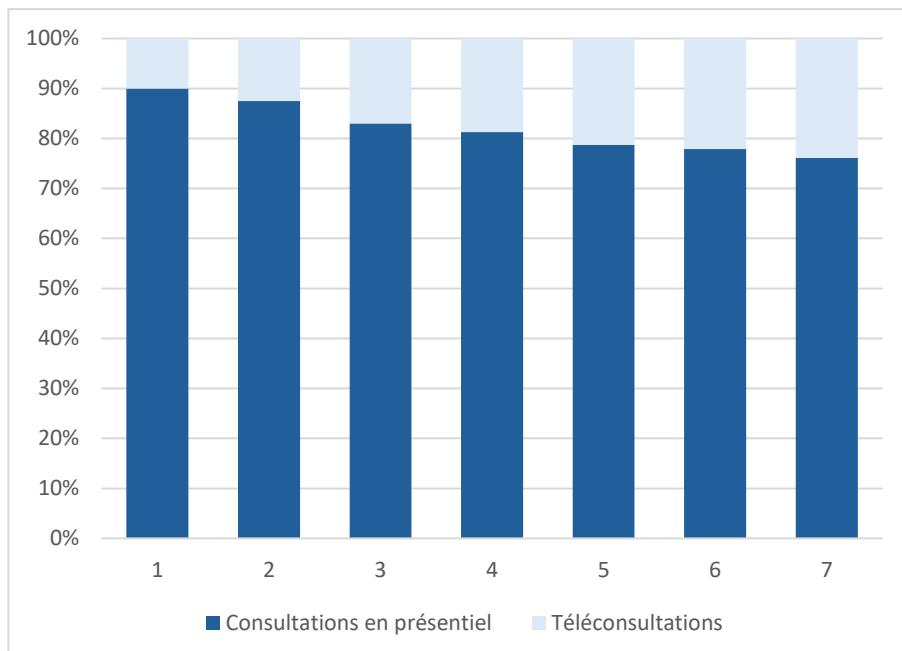


Même si le modèle des cliniques IPS est basé sur une volonté de pratique interdisciplinaire, dans les faits, ces cliniques restent un modèle infirmier avec plus de 95% des consultations réalisées par des infirmières. Tel qu'exposé dans le rapport de recherche précédent (Poitras et al., 2025), l'intégration des autres professionnels semble limitée et deux principales raisons ont été soulevées par les milieux : des difficultés de recrutement à même les cliniques IPS et un manque important de disponibilité de locaux pour l'agrandissement des équipes.

2.1.2.5 Modalité de la consultation (P6)

Dans les cliniques participantes, près d'un quart des consultations offertes par les IPS sont réalisées au téléphone ou via un système de téléconsultation (Figure 10). La part des consultations en téléconsultation augmente légèrement et en continu.

Figure 10 : Proportion des consultations selon la modalité et selon la période pour les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mai 2025)



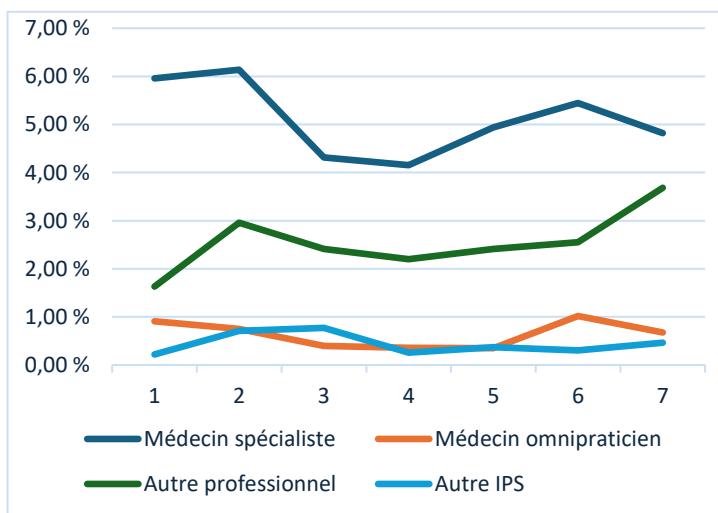
D'après les informations recueillies dans les cliniques IPS, les téléconsultations sont comptabilisées seulement si le patient a un rendez-vous, et des rendez-vous sont donnés seulement

pour des suivis qui prennent 15 minutes ou plus. Cet indicateur n'inclut donc pas d'appel téléphonique court, comme pour communiquer des résultats de laboratoire. De plus, d'après les informations recueillies dans les milieux, sauf cas particulier, les téléconsultations sont surtout utilisées pour des suivis. Leur augmentation peut donc être le reflet d'une plus grande prise en charge de patients.

2.1.2.6 Nombre et type de références effectuées (P7)

Dans près de 90% des cas, les IPS complètent la consultation sans référer le patient (Figure 11) et nous avons constaté peu de variations entre les cliniques. Les IPS sont donc très autonomes et n'ajoutent pas une étape dans le parcours de soins des patients, d'autant plus que les IPS nous ont rapporté recevoir des patients avec des situations complexes, qui n'ont parfois pas consulté depuis plusieurs années.

Figure 11 : Proportion de consultations entraînant un référencement vers un autre professionnel parmi les 8 cliniques IPS participantes (septembre 2023-mars 2025)



* n = 58 703 consultations, septembre 2023 – mars 2025

Les référencements ne peuvent pas être totalement éliminés puisqu'ils attestent dans une certaine mesure de la qualité des soins offerts. Lorsque la condition de la personne le requiert, les IPS

veillent ainsi à orienter vers les spécialités selon des critères formels de référencement (p. ex. Centre de répartition des demandes de services (CRDS)), et vers d'autres professionnels (p. ex. autre IPS, travailleur social), attestant de leur travail en collaboration. D'après les milieux, les référencements vers une autre IPS sont dans la grande majorité des cas tournés vers les IPS en santé mentale (IPS-SM). Les référencements pourraient être imputables en partie aux limites légales du rôle des IPS (p. ex. santé mentale).

2.2 Indicateurs issus de mesures de santé et d'expérience de soins autorapportées par les patients – PaRIS-Canada

2.2.1 Contexte et méthode

PaRIS-Canada a été mis en œuvre en collaboration avec l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) et 19 autres pays afin d'évaluer l'expérience et les résultats de santé des personnes consultant en soins primaires (de Boer et al., 2022). Les détails relatifs au processus, au cadre méthodologique, à l'élaboration de l'outil (Valderas et al., 2025) et aux résultats de l'étude sont présentés ailleurs (OECD, 2025). En résumé, l'outil de mesure de PaRIS comprenait 121 items visant à mesurer, de manière auto rapportée, l'expérience de soins (PREMs, p. ex. l'accès, la globalité, la continuité et la coordination des soins) ainsi que les résultats de santé (PROMs, p. ex. la qualité de vie et le fonctionnement physique et mental) des patients consultant dans une clinique de soins primaires. La collecte de données PaRIS-Canada a eu lieu entre juin et décembre 2023.

Dans le cadre de l'évaluation de l'implantation des cliniques IPS au Québec, nous avons utilisé la méthodologie développée lors de l'étude PaRIS-Canada afin de mesurer les PREMs et PROMs dans ce type de clinique. Nous avons collecté des données dans six cliniques IPS, mais une clinique

avait 2 points de service, pour un total de 7 sites de collecte. La collecte a été réalisée entre le 8 mai et le 29 décembre 2024. Les cliniques avaient le choix de distribuer des cartons d'invitation avec un code QR menant au questionnaire en ligne, ou encore d'envoyer des invitations par courriel via la plateforme de marketing CyberImpact (<https://www.cyberimpact.com/fr/>). Le Tableau 3 présente le portrait de la collecte de données dans les cliniques participantes.

Tableau 3: Portrait de la collecte de données dans les cliniques participantes

Site de collecte	Courriel	Cartons et code QR	Nb. de cartons remis/courriels envoyés	Nb. de questionnaires reçus	Nb. de questionnaires complets	Taux de réponse
2406	x		1628	64	45	4%
2411		x	250	10	6	4%
2412		x	0	4	1	NA
2413		x	150	25	13	17%
2415		x	267	22	12	8%
2421	x	x	3221	142	86	4%
2422	x		840	40	22	5%
Total			6356	307	185	7%

2.2.2 Analyse des données

Des analyses descriptives ont été réalisées. Nous avons sélectionné 33 variables selon les thèmes identifiés lors de la phase qualitative du projet de recherche, pour lesquelles nous avons comparé les cliniques IPS avec les autres cliniques formant l'échantillonnage de clinique de PaRIS-OECD au Québec (les GMF et les Groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U)). Le seuil de significativité corrigée a été établie à $p = ,0015$.

2.2.3 Résultats et Interprétation

2.2.3.1 Description de l'échantillon

Un total de 307 personnes provenant des cliniques IPS a répondu au questionnaire. La majorité de ces personnes sont des femmes (70,1 %), 65,6 % sont âgées de 45 ans et plus, 14,4 % sont nées à l'extérieur du Canada et 82 % vivent en milieu urbain. Ce sont 67,9 % des répondants qui détiennent un diplôme collégial ou universitaire. L'échantillon majoritairement composé de femmes et de personnes scolarisées correspond à ce qui est retrouvé dans la littérature et les grandes enquêtes en soins primaires (Becker, 2022; Reinikainen et al., 2018; Smith, 2008). L'échantillonnage de la présente étude est cependant supérieur à la proportion de Québécois détenant un diplôme postsecondaire (59,1 % en 2024) (Institut de la statistique Québec, 2025). Le Tableau 4 présente l'ensemble des caractéristiques autorapportées des répondants.

Tableau 4 : Caractéristiques autorapportées des répondants

Variables	Cliniques IPS	GMF-U*	GMF*	Tous
Taille de l'échantillon	307	1277	312	1927
Sexe (%)				
Femme	70,1	60,7	69,1	63,3
Âge (%)				
44 ans et moins	34,6	1,5	34,6	12,2
45-54	17,7	19,4	20,2	19
55-64	19,3	28,6	19,8	25,5
66-74	21,2	34,8	16,4	29,1
75 et plus	7,3	15,7	10	13,2
Scolarité (%)				
Diplôme d'études secondaires ou moins	20,7	17,9	20,9	17,4
Diplôme collégial ou équivalent et plus	67,9	73,8	79,3	73,9
Né à l'extérieur du Canada (%)	14,4	9	20,9	11,4
Habite en milieu rural (%)	18	10,9	9,4	12,1
Consommation de tabac en ce moment (%) (Excluant le vapotage et la cigarette électronique)	17	8,4	17,2	11,2
Consomme 10 médicaments ou plus (%)	4,1	8,5	4,4	7,6
Considère sa situation financière comme « très serrée » ou « serrée » (%)	22,5	11,9	21,7	14,9
Nombre de maladies chroniques	1,55	1,87	1,81	1,81

*Dans le cadre de la collecte de données dans les GMF et GMF-U, les personnes devaient être âgées de 45 ans et plus pour être admissibles à l'étude. Le pourcentage élevé de personnes âgées de 44 ans et moins dans le type GMF s'explique par l'envoi du questionnaire à des patients non admissibles par l'équipe administrative d'une clinique. Il a été décidé de conserver ces données pour le présent rapport.

2.2.3.2 Consommation des services

Parmi les personnes ayant consulté dans une clinique IPS, 18,2 % n'avaient pas vu de médecin de famille depuis plus d'un an, comparativement à 2,4 % dans les GMF-U et 5,4 % dans les GMF (Figure 12), ($p = ,00031$). Les personnes répondantes ayant consulté dans une clinique IPS ont rapporté en plus haute proportion ne pas consulter une seule et même personne pour leurs problèmes de santé (Figure 13), ($p = ,0005$).

Figure 12 : Temps écoulé depuis la dernière consultation en médecine de famille

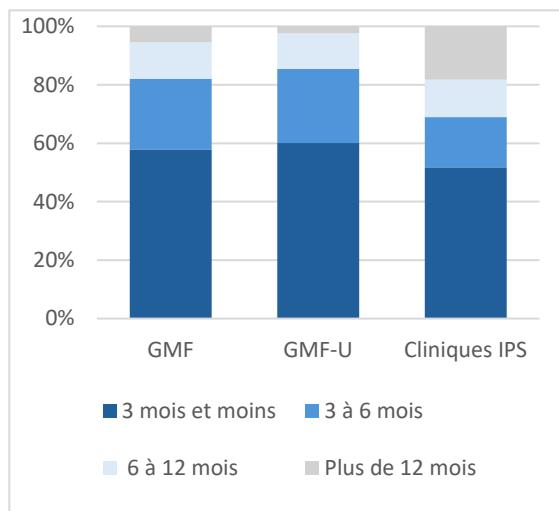
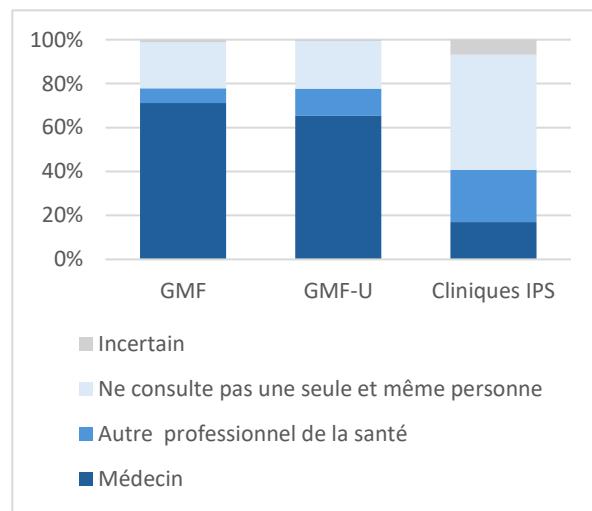


Figure 13 : Personne habituellement consultée pour les problèmes de santé



Lorsque les répondants disaient consulter habituellement un seul professionnel, et que c'était un médecin de famille, la proportion de ceux qui l'avaient vu une seule fois ou pas du tout était plus élevée dans les cliniques IPS que dans les autres types de cliniques. Le type de clinique où les personnes consultent ne semble pas influencer les visites à l'urgence ($p = ,045$).

2.2.3.3 Perception de l'expérience de soins (PREMs)

Parmi les personnes consultant en clinique IPS, 62 % évaluent les soins reçus dans les 12 derniers mois comme « excellents » ou « très bons », comparativement à 81 % pour les GMF-U et 71 % pour les GMF tel qu'illustré dans la Figure 14 ($p < ,0001$).

Toutefois, la qualité perçue de la dernière consultation (Figure 15) est similaire entre les trois types de cliniques (différence non statistiquement significative). De plus, les personnes répondantes ont majoritairement exprimé avoir une absolue confiance envers le professionnel de la santé dernièrement consulté (Cliniques IPS :80,6 %; GMF :82,2 %; GMF-U :87 %), que celui-ci avait passé suffisamment de temps avec elles (Cliniques IPS :74,4 %; GMF :72,6 %; GMF-U :84,8 %) et que les choses leur avaient été expliquées d'une manière facile à comprendre (Cliniques IPS :77,7 %; GMF :84 %; GMF-U : 89,1 %).

Figure 14 : Satisfaction générale des soins reçus dans les 12 derniers mois

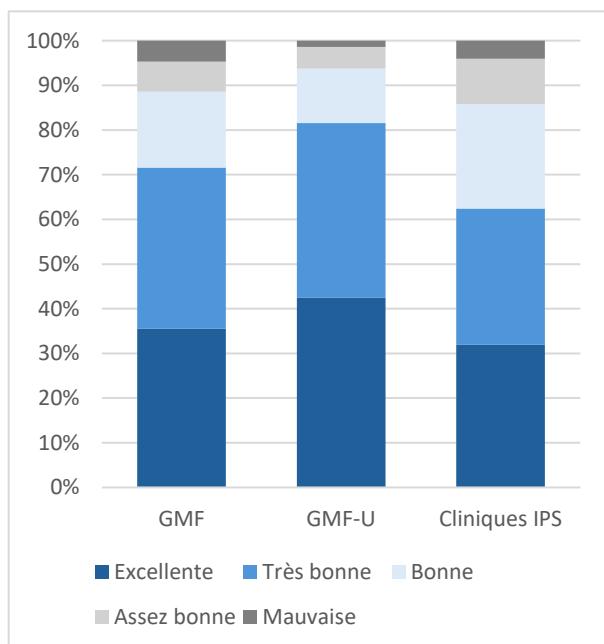
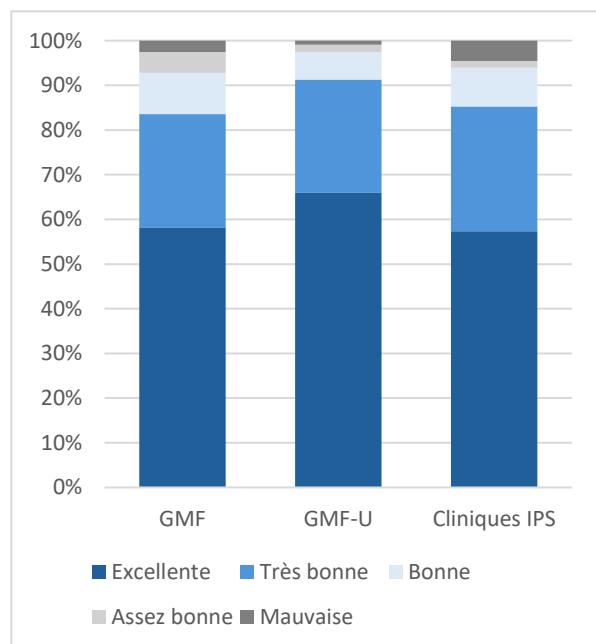


Figure 15 : Qualité perçue de la consultation



Les répondants ont moins souvent perçu que la prise de décision était toujours partagée dans les cliniques IPS (31,1 % comparativement à 50,9 % en GMF et 55,2 % en GMF-U ($p < ,0001$), (Figure 16). Une tendance similaire est observable pour les soins centrés sur la personne puisque 48,2 % des personnes ayant consulté en cliniques IPS ont répondu être « toujours » considérée comme une personne à part entière et non réduite à une maladie ou un problème de santé, comparativement à 60,7 % en GMF et 67,4 % en GMF-U ($p < ,0001$), (Figure 17).

Figure 16 : Perception du niveau d'implication dans les décisions concernant les soins

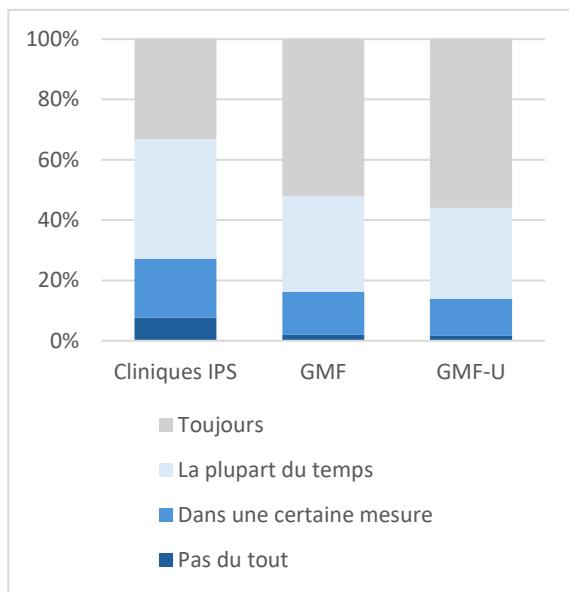
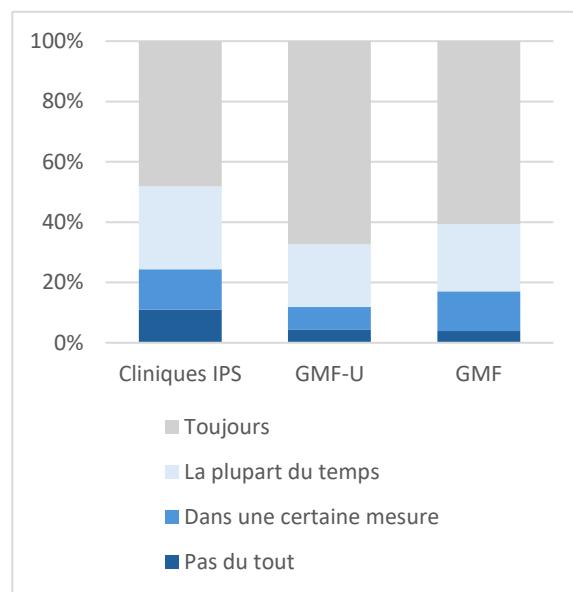


Figure 17 : Perception d'être considérée comme une personne à part entière dans le cadre des soins



2.2.3.4 Accès

Bien que les personnes ayant consulté en cliniques IPS aient rapporté avoir attendu moins longtemps pour obtenir un rendez-vous, cette différence n'est pas statistiquement significative. Par contre, ce délai a été un problème pour davantage de personnes en cliniques IPS (30,1%) comparativement à 14,7% en GMF et 10,3% en GMF-U ($p < ,0001$).

Il est nécessaire de mentionner que l'outil de mesure ne permettait pas de savoir s'il était pertinent d'obtenir cette consultation dans un délai court, ni ce qui était perçu comme un délai acceptable pour le patient. Comme le montre la Figure 18, les consultations en clinique IPS concernent plus souvent un « premier contact pour un nouveau problème ». Cela suggère qu'il s'agissait de motifs ponctuels nécessitant une réponse rapide, ce qui pouvait rendre le délai d'attente plus problématique.

Les personnes ayant consulté en cliniques IPS sont également plus nombreuses à avoir renoncé à obtenir des soins en raison de difficultés à se rendre à la clinique (Figure 19) ($p < ,0001$). La nature de cette difficulté n'a pas été explorée dans le cadre de la présente étude.

Figure 18 : Raison de la consultation

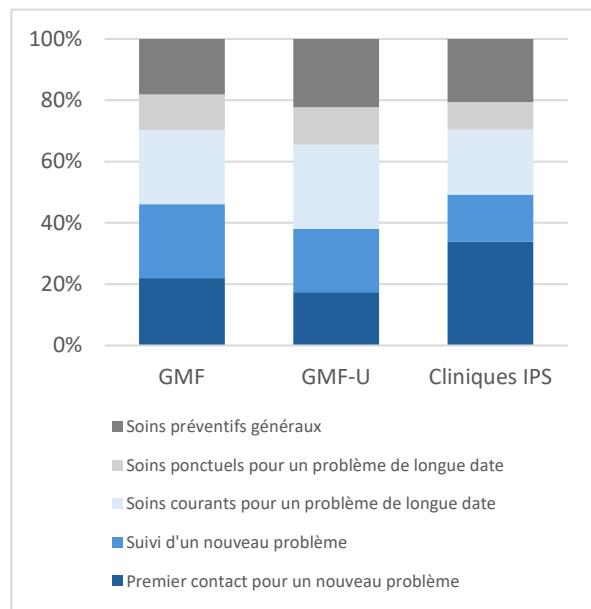
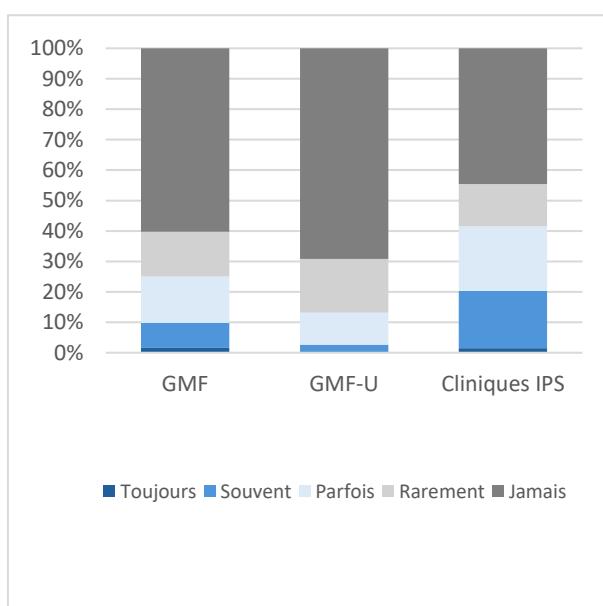


Figure 19 : Fréquence de renonciation aux soins



Au niveau de la perception de la coordination des soins, il semble que les personnes ayant consulté dans une clinique IPS soient moins satisfaites. Près de 50 % des personnes répondantes provenant des cliniques IPS ont mentionné qu'elles doivent « absolument » ou « dans une certaine mesure » répéter de l'information qui devrait se trouver à leur dossier médical, comparativement à 34 % pour

les GMF et 30 % pour les GMF-U (Figure 20, $p < ,0001$). Elles sont également plus nombreuses à rapporter un problème de communication entre les professionnels de la santé (40 %) comparativement à 26 % en GMF et 31 % en GMF-U mais cette différence n'est pas statistiquement significative. À ce stade du développement des cliniques IPS, il est probable que plusieurs répondants n'y reçoivent pas de suivi régulier et ont consulté pour un problème ponctuel. Le questionnaire interrogeait également les patients sur leur perception d'avoir vécu une situation dans les 12 derniers mois qui aurait pu leur causer du tort. Cette question n'était pas en lien spécifique avec la consultation en clinique IPS mais avec l'ensemble de l'expérience vécue par le patient. Les personnes ayant consulté en cliniques IPS semblent plus nombreuses à rapporter avoir « toujours » ou « souvent » vécu une situation qui aurait pu leur causer du tort dans les 12 derniers mois (27 % comparativement à 16 % en GMF et 6 % en GMF-U ($p < ,0001$)). Pour 75 % de ces personnes, « Ne pas obtenir de rendez-vous lorsque c'est nécessaire » est la situation problématique identifiée également vécue dans les 12 derniers mois. Ce qui est comparable aux GMF (77 %) et au GMF-U (66 %) (Figure 21).

Figure 20 : Nécessité perçue de répéter l'information concernant leur santé

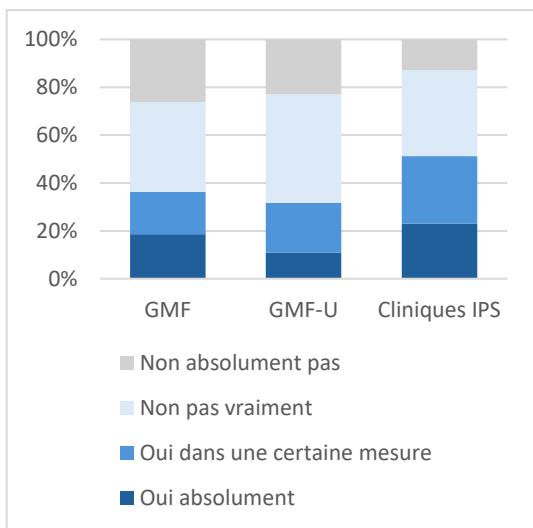
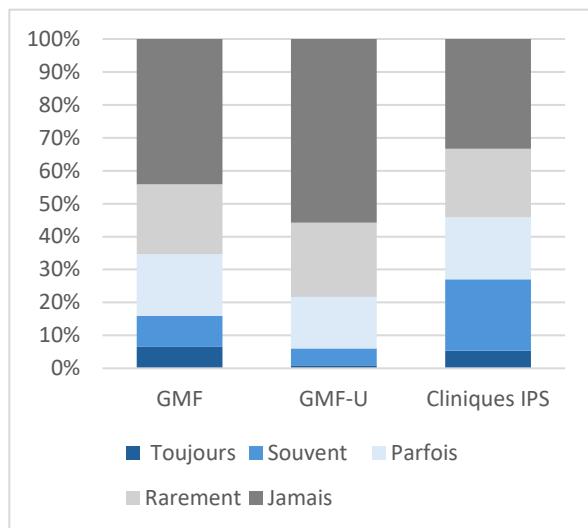
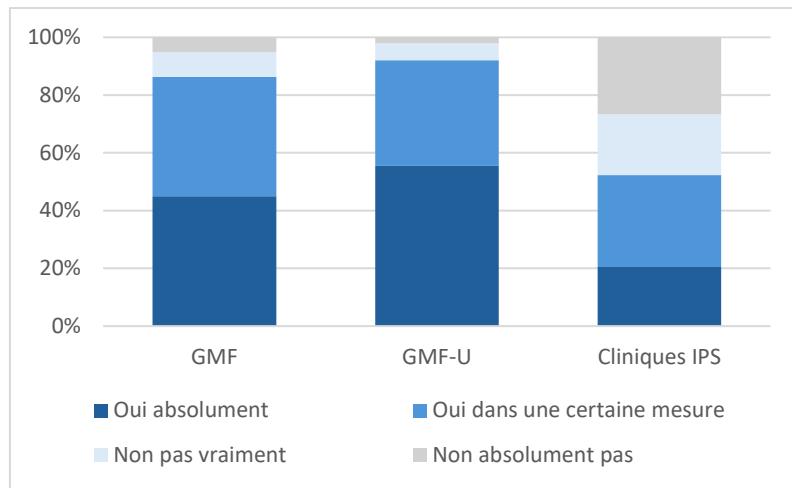


Figure 21 : Expérience rapportée d'une situation perçue comme pouvant causer du tort dans les 12 derniers mois (non exclusif aux cliniques IPS)



Les patients ayant consulté en clinique IPS présentent une expérience plus négative comparativement aux deux autres types de cliniques par rapport à l'organisation générale de leurs soins (Figure 22) ($p < ,0001$). Cette question portant sur la perception globale de soins reçus, et non seulement dans les cliniques IPS, cette différence pourrait être attribuable au fait de ne pas être attaché à un professionnel de première ligne et à une certaine errance dans le système de santé depuis une période indéterminée.

Figure 22 : Appréciation du patient par rapport à l'organisation globale de ses soins de santé dans les 12 derniers mois (non exclusif aux cliniques IPS)



2.2.3.5 Contextualisation des résultats et des différences observées entre clinique IPS, GMF et GMF-U à ce stade de maturité des cliniques IPS

À ce stade d'implantation et de maturation des cliniques IPS, il importe de contextualiser adéquatement les différences observées dans les résultats présentés aux figures 21 et 22. Les questions portaient sur l'expérience globale de soins vécue dans les 12 derniers mois par les patients. Les patients devaient donc répondre en considérant l'ensemble des expériences de soins vécues, incluant la consultation en clinique IPS, mais non exclusivement celle-ci.

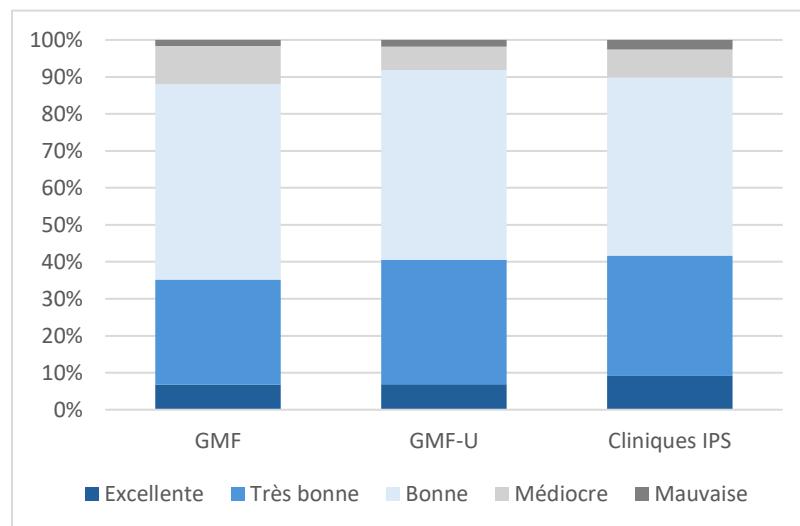
Les patients ayant fréquenté les cliniques IPS se caractérisent majoritairement par une absence d'affiliation médicale, c'est-à-dire qu'ils ne disposent ni d'un médecin de famille ni d'une IPS attitrée, depuis une période indéterminée. Ils présentent, pour la plupart, des problèmes de santé aigus ou chroniques nécessitant une prise en charge immédiate ou un suivi. Dans ce contexte, il est plausible, sur une période de 12 mois, que l'absence d'un professionnel de référence, conjuguée à la complexité ou à la persistance de leurs problèmes de santé, ait influencé négativement leur perception globale de l'expérience de soins. Ainsi, les perceptions moins favorables observées ne sauraient être interprétées comme le reflet direct de la qualité de la consultation avec l'IPS. Elles

traduisent plutôt l'effet contextuel d'une situation d'« orphelinat médical », marquée par un sentiment de discontinuité, de précarité dans la relation thérapeutique et, possiblement, de vulnérabilité face au système de soins.

2.2.3.6 Perception de la santé (PROMs)

Les personnes ayant consulté dans une clinique IPS rapportent un nombre moyen de maladies chroniques de 1,55 comparativement à 1,87 et 1,81 pour les GMF-U et GMF respectivement ($p < ,01$). Les analyses semblent démontrer que les personnes ayant consulté en clinique IPS perçoivent leur santé de façon comparable aux personnes ayant consulté en GMF et GMF-U. La perception de la santé globale, présentée à titre d'exemple à la Figure 23, de même que la santé physique et la santé mentale sont similaires pour les trois types de cliniques. Il en est de même pour la qualité de vie, le niveau de fatigue et la perturbation des activités quotidiennes par des problèmes émotionnels ou de la douleur (données non présentées dans le présent rapport).

Figure 23 : Perception de la santé globale



Discussion

Les résultats tirés des données de GESTRED démontrent l'évolution des cliniques IPS vers un modèle organisationnel plus mature, en termes de volume de services et d'atteinte des mandats.

Les données PREMs et PROMs permettent de constater que dans l'ensemble, les résultats de santé perçus et d'expérience de soins des personnes ayant consulté en cliniques IPS semblent similaires à ceux des personnes ayant consulté en GMF ou en GMF-U.

Ces résultats doivent être interprétés à la lumière de plusieurs facteurs contextuels susceptibles de les influencer. Alors que les soins primaires visent une approche globale, centrée sur la continuité et l'accessibilité, les cliniques IPS, à leur création, effectuaient principalement des consultations ponctuelles de type « sans rendez-vous ». L'inscription de patients au nom des IPS et la prise en charge de patients inscrits se sont faites pendant la période de collecte de données. Ainsi, la relation clinicien-patient et les pratiques cliniques et organisationnelles dans ce modèle organisationnel sont relativement nouvelles et peuvent ne pas correspondre aux attentes préalables des patients en matière de communication ou de prise de décision partagée. Le rôle de l'IPS, encore en développement et parfois méconnu du public, peut créer des incertitudes ou une méfiance initiale. À cela s'ajoute la réalité d'une main-d'œuvre souvent jeune et encore peu expérimentée, qui se forme dans un environnement clinique en émergence et en constante transformation (Ljungbeck et al., 2025). Avant d'intégrer une approche centrée sur le patient ou une prise de décision partagée, les IPS novices doivent, entre autres, maîtriser leurs compétences techniques et paramédicales (Cheng et al., 2022). La littérature affirme que les personnes ayant consulté une infirmière en soins primaires perçoivent positivement leur expérience de soins et leur santé (Lukewich et al., 2022; McMenamin et al., 2023). Ainsi, les différences observées au niveau de l'expérience de soins sont

probablement dues au contexte spécifique de l'implantation des cliniques IPS, des services qui y étaient offerts pendant la collecte de données, plutôt qu'à la nature de la pratique en elle-même.

Enfin, les cliniques IPS en sont encore à leurs premières phases de développement, tant sur le plan organisationnel que sur le plan de la consolidation des pratiques cliniques et relationnelles. Dans ce cadre, il est déjà prometteur que les résultats semblent montrer une évolution positive sur certains indicateurs et des résultats d'expérience de soins comparables à ceux des GMF, modèle qui est en place depuis plus de 20 ans. Les données recueillies révèlent des résultats intéressants qui témoignent d'un fort potentiel, malgré les défis inhérents à tout développement d'innovation. Le fait d'avoir atteint un niveau d'acceptabilité et d'appréciation positif dans un système en construction est en soi un indicateur encourageant, qui souligne la pertinence et la viabilité du modèle (Glenngård, 2013).

Cette étude présente certaines limites. La mesure d'indicateurs à partir de GESTRED se base sur des données autorapportées par les cliniques IPS de façon hebdomadaire et peut être soumise à un biais de mémoire. Toutefois leur collecte est systématique et encadrée par un guide, ce qui assure une certaine fiabilité. L'échantillon pour les analyses PREMs et PROMs amène certaines limites à l'étude. Tout d'abord, la période de collecte de données de mai à décembre 2024 dans les cliniques IPS était légèrement différente des cliniques GMF-U (juillet 2023 à septembre 2024). La population cible était aussi différente puisque seules les personnes de 45 ans et plus étaient ciblées bien que le questionnaire ait pu être acheminé à des personnes de moins de 45 ans dans certaines cliniques. Enfin, les données collectées dans le site 2421 comptent pour 46 % de l'échantillon total. De plus, les patients ayant répondu au questionnaire pourraient avoir formulé leurs impressions en se basant sur une expérience globale de soins reçue dans les 12 derniers mois. En effet, les personnes consultant dans les cliniques IPS consomment une diversité de services afin de pallier

l'absence d'un médecin de famille (Gard Marshall et al., 2024; Mathews et al., 2024). Par conséquent, les réponses obtenues ne reflètent peut-être pas exclusivement l'expérience vécue dans les cliniques IPS, mais plutôt une vision amalgamée de l'ensemble du parcours de soins. Il est aussi plausible que les répondants aient été plus critiques dès le départ, du fait de leur situation de vulnérabilité dans le réseau de la santé. N'étant souvent pas suivis par un médecin de famille, ces patients sont souvent dirigés vers les services via le GAP ou le 811, ce qui peut générer une expérience de soins défavorable face à un système perçu comme fragmenté ou difficile d'accès (Crooks et al., 2012; MAP Center for Urban Healt Solutions, 2024). Cette expérience négative du système de la santé en général pourrait a pu teinter leur expérience et de leur perception de santé lors de cette enquête (Glenngård, 2013).

Références

- Becker, R. (2022). Gender and Survey Participation An Event History Analysis of the Gender Effects of Survey Participation in a Probability-based Multi-wave Panel Study with a Sequential Mixed-mode Design [Application/pdf]. *Methods, Data, Analyses*, 16, 29 Pages. <https://doi.org/10.12758/MDA.2021.08>
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators : A Systematic Review. *PLoS ONE*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Cheng, J.-F., Wang, T.-J., Huang, X.-Y., & Han, H.-C. (2022). First-year experience of transitioning from registered nurse to nurse practitioner. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(8), 978-990. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000750>
- Crooks, V. A., Agarwal, G., & Harrison, A. (2012). Chronically ill Canadians' experiences of being unattached to a family doctor : A qualitative study of marginalized patients in British Columbia. *BMC Family Practice*, 13(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-69>
- de Boer, D., Van Den Berg, M., Ballester, M., Bloemeke, J., Boerma, W., De Bienassis, K., Groenewegen, P., Groene, O., Kendir, C., Klazinga, N., Porter, I., Sunol, R., Thomas, L., Valderas, J. M., Williams, R., & Rijken, M. (2022). Assessing the outcomes and experiences of care from the perspective of people living with chronic conditions, to support countries in developing people-centred policies and practices : Study protocol of the International Survey of People Living with Chronic Conditions (PaRIS survey). *BMJ Open*, 12(9), e061424. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061424>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Gard Marshall, E., Murphy, A., Mathews, M., Ashcroft, R., Dufour, E., Breton, M., McDougall, E., Renaud, L., Morrison, B., Ryan, D., & McCarthy, L. (2024). Patient experiences using primary care wait lists in Canada : A qualitative study. *Health care services, delivery, and financing*, 6101. <https://doi.org/10.1370/afm.22.s1.6101>
- Garrity, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Glenngård, A. H. (2013). Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, 38(3), 317-333. <https://doi.org/10.1017/S1744133112000333>
- Institut de la statistique Québec. (2025). *Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint, la région administrative, l'âge et le sexe, Québec, 1990-2024*. [Ensemble de données]. https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/3012#tri_tertr=5004000000000000&tri_genre=1&tri_age=365&tri_stat=8403

Ljungbeck, B., Carlson, E., & Sjögren Forss, K. (2025). Nurse Practitioners' Experiences of Transitioning to and Working in the Pioneering Nursing Role : An Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 81(7), 3987-3999. <https://doi.org/10.1111/jan.16560>

Lukewich, J., Martin-Misener, R., Norful, A. A., Poitras, M.-E., Bryant-Lukosius, D., Asghari, S., Marshall, E. G., Mathews, M., Swab, M., Ryan, D., & Tranmer, J. (2022). Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 740. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07866-x>

Mainz, J. (2003a). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>

Mainz, J. (2003b). Developing evidence-based clinical indicators : A state of the art methods primer. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(90001), 5i-11. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg084>

MAP Center for Urban Healt Solutions. (2024). *Les soins primaires ont besoin de NosSoins : Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires*. Toronto, Canada.

https://issuu.com/dfcm/docs/les_soins_primaire_ont_besoin_de_nossoins_le_rap?fr=xKAE9_zU1NQ

Mathews, M., Ryan, D., Deslauriers, V., Moritz, L. R., Xiao, J., Breton, M., Green, M. E., Isenor, J. E., Marshall, E. G., Buote, R., Meredith, L., Smithman, M. A., Ashcroft, R., Bowles, S., Guénette, L., Lawrence, L., Martin-Misener, R., McCarthy, L. M., McDougall, B., ... Stringer, K. (2024). Care-seeking experiences of unattached patients in the Canadian health care system : Qualitative study. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 70(6), 396-403. <https://doi.org/10.46747/cfp.7006396>

McMenamin, A., Turi, E., Schlak, A., & Poghosyan, L. (2023). A Systematic Review of Outcomes Related to Nurse Practitioner-Delivered Primary Care for Multiple Chronic Conditions. *Medical Care Research and Review*, 80(6), 563-581. <https://doi.org/10.1177/10775587231186720>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS)—Cadre de référence pour les établissements de santé et de services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-945-06W.pdf>

Newman, S. D., Andrews, J. O., Magwood, G. S., Jenkins, C., Cox, M. J., & Williamson, D. C. (2011). *Community Advisory Boards in Community-Based Participatory Research : A Synthesis of Best Processes*. 8(3).

OECD. (2025). *Does Healthcare Deliver? : Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>

Poitras, M-E., Rioux-Dubois, A., Duhoux, A., Fauteux Duarte, A., Lalonde, P., Gabet, M., Côté, N., Karam, M., Dufour, E. et Sourial, N. (mars 2025). Les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne au Québec: constats et recommandations suite à la phase initiale d'implantation. Rapport collaboratif. Université de Sherbrooke, Université de Montréal et Université du Québec en Outaouais.

Reinikainen, J., Tolonen, H., Borodulin, K., Härkänen, T., Jousilahti, P., Karvanen, J., Koskinen, S.,

Kuulasmaa, K., Männistö, S., Rissanen, H., & Vartiainen, E. (2018). Participation rates by educational levels have diverged during 25 years in Finnish health examination surveys. *European Journal of Public Health*, 28(2), 237-243. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx151>

Smith, W. (2008). *Does Gender Influence Online Survey Participation? A Record-Linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior* (ED501717; ERIC Document Reproduction Service).

Valderas, J. et al. (2025). The International Survey of People Living with Chronic Conditions: development of the PaRIS Patient Questionnaire (PaRIS-PQ). *BMJ Quality & Safety* [En revision].

