

Université de Montréal

La description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la
trajectoire de soins en oncologie

par

Karine Bilodeau

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en Sciences infirmières

Mars, 2014

© Karine Bilodeau, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

La description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la
trajectoire de soins en oncologie

présentée par :

Karine Bilodeau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Johanne Goudreau, Présidente-rapporteuse et

représentante du doyen de la FESP

Sylvie Dubois, Directrice de recherche

Jacinthe Pepin, Co-directrice de recherche

Marie-Claire Richer, Membre du jury

Manon Lemonde, Examinatrice externe

Résumé

Les orientations ministérielles du Québec encouragent une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP), au cours de la trajectoire de soins, pour soutenir les patients diagnostiqués d'un cancer. Cette pratique assure une meilleure communication entre les professionnels et la sécurité des patients, et améliore les soins et l'accès aux services (Santé Canada, 2010). Cependant, les études rapportent généralement les perceptions des professionnels en regard des soins et des services et informent sur les facteurs organisationnels, procéduraux et relationnels liés à cette pratique. Considérant l'importance de celle-ci, il semble nécessaire de la documenter selon les perceptions de patients, de proches et de professionnels dans un contexte réel de soins. L'étude avait pour but de décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie. Pour soutenir cette description, l'adaptation du cadre de référence *Person centred nursing framework* (PCNF) de McCormack et McCance (2010) a été réalisée en incluant l'interprofessionnalité, telle que définie par Couturier (2009) et utilisée.

Une étude qualitative de cas multiples a été réalisée auprès de deux équipes interprofessionnelles d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. L'échantillon (N=31) était composé de 8 patients, 3 proches, 18 professionnels et 2 gestionnaires. Vingt-huit entrevues ont été réalisées ainsi que 57,6 heures d'observation d'activités cliniques auxquelles participait le patient (ex., rendez-vous, traitement). Les résultats suggèrent que la pratique ICP des équipes est empreinte d'un dualisme de cultures (culture centrée sur le traitement versus culture davantage centrée sur le patient). De plus, les équipes étudiées ont présenté une pratique ICP fluctuante en raison de l'influence de nombreux facteurs tels le « fonctionnement de l'équipe », l'« environnement physique » et le « positionnement » des patients et des professionnels. Les résultats ont aussi suggéré que le déploiement des équipes de soins se fait à intensité variable au

cours de la trajectoire. Il a été soulevé que les patients ont pu faire l'expérience d'une pratique ICP changeante, de bris dans la continuité des soins et de transition difficile entre les différentes périodes de la trajectoire. De plus, la description d'une pratique ICP souhaitée par les patients, leurs proches et les professionnels propose un accompagnement respectant le rythme du patient, sans prédominance des valeurs du professionnel ainsi qu'une assiduité dans la collaboration des membres de l'équipe.

Cette étude suggère que les sciences infirmières peuvent ajouter aux connaissances interprofessionnelles actuelles en utilisant une perspective centrée sur le patient, perspective cohérente avec ses valeurs disciplinaires. De plus, de nombreuses pistes de réflexion sont proposées pour la pratique, la recherche, la gestion et la formation.

Mots-clés : Pratique interprofessionnelle, soins centrés le patient, équipe interprofessionnelle, oncologie, trajectoire de soins, perspective du patient, étude de cas, étude qualitative

Abstract

The ministerial orientations drawn up by the Quebec government promote the concept of interprofessional patient-centred practice (IPPC) throughout the care trajectory to support patients who have been diagnosed with cancer. That form of practice improves communication between professionals and patients' sense of security, as well as improving care and access to services (Health Canada, 2010). However, studies generally report professionals' perceptions of care and services and provide information on organizational, procedural and relationship factors connected to that practice. It is necessary to document this important practice based on the perceptions of patients, family members and professionals in a real context of care. This study was designed to describe IPPC practice throughout the trajectory of oncology care. The *Person Centred Nursing Framework* (PCNF) of McCormack and McCance (2010) was adapted by integrating interprofessionality, as defined by Couturier (2009), and used to support that description.

A qualitative study of multiple cases was conducted with two interprofessional teams at a teaching hospital in the Montreal region. The sampling (N=31) consisted of 8 patients, 3 family members, 18 professionals and 2 managers. Twenty-eight interviews were conducted, as well as 57.6 hours of observation of clinical activities in which patients were participating (e.g. appointments, treatments). The results suggest that the teams' IPPC practice reflected a duality of cultures (treatment-centred culture versus patient-centred culture). In addition, the IPPC practice of teams in the study fluctuated due to the influence of many factors, such as "how the team works," "the physical environment" and the "stance" of patients and professionals. The results further suggested that the deployment of healthcare teams varied in intensity over the trajectory. The point was raised that patients experienced a variable IPPC practice, breakdowns in continuity of care, and difficult transitions between different periods in the trajectory. In addition, the

description of the IPPC practice that patients, their family members and professionals would like to see suggests a form of accompaniment that would follow the patient's own pace, without imposing professionals' values, with assiduous collaboration from members of the team.

This study suggests that nursing could advance current interprofessional knowledge by taking a patient-centred perspective, a perspective consistent with values in this discipline. In addition, many avenues for further reflection are put forward in terms of practice, research, management and training.

Keywords: Interprofessional practice, patient-centred care, interprofessional team, oncology, care trajectory, patient's perspective, case study, qualitative study

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Résumé..... | i |
| Abstract..... | iii |
| Liste des abréviations..... | x |
| Remerciements..... | xii |
| Introduction..... | 1 |
| Chapitre 1 Le problème de recherche..... | 3 |
| La problématique..... | 4 |
| Le but de la recherche..... | 13 |
| Les questions de recherche..... | 13 |
| La position épistémologique..... | 14 |
| Le constructivisme..... | 14 |
| La pratique interprofessionnelle..... | 15 |
| Chapitre 2 La recension des écrits..... | 17 |
| L’interprofessionnalité et la pratique interprofessionnelle..... | 18 |
| L’interprofessionnalité..... | 18 |
| La pratique interprofessionnelle..... | 20 |
| La pratique centrée sur le patient..... | 27 |
| Le contexte clinique..... | 34 |
| L’introduction à l’article I..... | 39 |
| Article I: Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels..... | 41 |
| Abrégé..... | 41 |
| Abstract..... | 41 |
| Introduction..... | 42 |
| Savoirs entourant la pratique interprofessionnelle..... | 44 |
| Pratique centrée sur le patient : expertise des sciences infirmières..... | 48 |
| Pratique interprofessionnelle inspirée des valeurs infirmières..... | 49 |
| Conclusion..... | 52 |
| Références..... | 54 |
| Chapitre 3 La méthode..... | 62 |
| Le devis : l’étude qualitative de cas multiples..... | 63 |

| | |
|--|-----|
| Le contexte de l'étude..... | 64 |
| L'échantillon..... | 65 |
| Le recrutement..... | 67 |
| Le recrutement des équipes interprofessionnelles..... | 67 |
| Le recrutement des professionnels..... | 68 |
| Le recrutement des gestionnaires..... | 68 |
| Le recrutement des patients..... | 69 |
| Le recrutement des proches..... | 69 |
| La collecte des données..... | 70 |
| Le questionnaire sociodémographique..... | 70 |
| L'entrevue semi-dirigée..... | 70 |
| L'observation..... | 71 |
| Le déroulement de la collecte des données..... | 74 |
| La méthode d'analyse des données..... | 74 |
| Le déroulement de l'analyse des données..... | 79 |
| Les critères de rigueur scientifique..... | 81 |
| Les considérations éthiques..... | 82 |
| Chapitre 4 Les résultats..... | 84 |
| Les caractéristiques des participants..... | 85 |
| L'introduction aux articles II et III..... | 90 |
| Article II : Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: utopia or reality?..... | 92 |
| Abstract..... | 92 |
| Introduction..... | 93 |
| Method..... | 94 |
| Results..... | 97 |
| Discussion..... | 108 |
| Conclusion..... | 110 |
| Declaration of interest..... | 111 |
| References..... | 111 |
| Article III : La trajectoire de soins au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie : perspectives de patients et de proches..... | 115 |
| Abrégé..... | 115 |

| | |
|--|-------|
| Introduction | 115 |
| Méthode..... | 118 |
| Résultats | 120 |
| Discussion..... | 127 |
| Implication pour la pratique et la recherche | 130 |
| Références | 131 |
| Chapitre 5 La discussion..... | 135 |
| Comment des équipes exercent-elles la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?..... | 137 |
| Quels sont les facteurs favorisant ou limitant la pratique ICP aux différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?..... | 139 |
| Comment devrait s'exercer la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie selon les patients, les familles et les professionnels..... | 142 |
| L'adaptation du PCNF..... | 144 |
| Les considérations méthodologiques et les limites de l'étude..... | 145 |
| Les retombées pour la pratique..... | 148 |
| Les retombées pour la recherche | 150 |
| Les retombées pour la gestion | 151 |
| Les retombées pour la formation | 152 |
| Conclusion | 154 |
| Références..... | 157 |
| Appendice A Person centred nursing framework | i |
| Appendice B Certificat d'éthique | ii |
| Appendice C Formulaires d'information et de consentement | vi |
| Appendice D Aide-mémoire pour le recrutement des patients | xxvii |
| Appendice E Lettre de présentation de l'étude | xxvii |
| Appendice F Questionnaires sur les données sociodémographiques..... | xxix |
| Appendice G Guides d'entrevues pour les patients/proches, les professionnels de la santé et les gestionnaires | xxxv |
| Appendice H Grille d'observation | xliv |
| Appendice I Fiche synthèse | xlvii |
| Appendice J Dépliant d'informations sur l'étude | xlix |

Liste des tableaux

| | | |
|-----------|---|----|
| Tableau 1 | Échantillon de l'étude | 67 |
| Tableau 2 | Description des entrevues | 71 |
| Tableau 3 | Durée des observations | 72 |
| Tableau 4 | Exemple d'un segment du tableau d'analyse d'un patient/proche | 77 |
| Tableau 5 | Caractéristiques des patients | 87 |
| Tableau 6 | Caractéristiques des proches | 88 |
| Tableau 7 | Caractéristiques des professionnels | 89 |

Article III

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tableau 1 | Caractéristiques des participants | 119 |
|-----------|---|-----|

Liste des figures

| | | |
|----------|--|----|
| Figure 1 | Schématisation de la méthode d'analyse des données. | 75 |
| Figure 2 | Schématisation des données d'analyse d'un patient/proche. | 78 |
| Figure 3 | Synthèse de l'analyse de l'équipe A et B. | 80 |

Article I

| | | |
|----------|---|----|
| Figure 1 | Adaptation du PCNF de McCormack et McCance (2010) à la pratique ICP. | 53 |
|----------|---|----|

Article II

| | | |
|----------|---|-----|
| Figure 1 | Conducting the study. | 96 |
| Figure 2 | Current IPPC practice of oncology teams. | 98 |
| Figure 3 | Desired IPPC practice in oncology teams. | 106 |

Article III

| | | |
|----------|--|-----|
| Figure 1 | Implication des équipes interprofessionnelles selon la trajectoire de soins en oncologie. | 121 |
|----------|--|-----|

Liste des abréviations

| | |
|--------------|--|
| BFEP | Bureau facultaire de l'expérience du patient partenaire |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CIHC | <i>Canadian interprofessional health collaborative</i> |
| CLCC | Centre lutte contre le cancer |
| CLSC | Centres locaux de services communautaires |
| DLCC | Direction de la lutte contre le cancer (Québec) |
| DQC | Direction québécoise de la lutte contre le cancer |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux |
| IOM | <i>Institute of Medicine</i> |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PCCC | Partenariat canadien contre le cancer |
| PCNF | <i>Person centred nursing framework</i> |
| Pratique ICP | Pratique interprofessionnelle centrée sur le patient |
| RUIS | Réseau universitaire intégré de santé |

À Colette et Jean-Noël

Remerciements

J'ai souvent entendu « Tu fais un doctorat en sciences infirmières, t'es donc bien motivée ». Je ne crois pas que cela soit de la motivation, mais plutôt une réelle passion des soins infirmiers et cette passion m'a occupée totalement au cours des cinq dernières années.

J'aimerais souligner la générosité des participants de mon étude. Ils m'ont accordé de leur temps et, pour certains, ils ont même partagé le quotidien entourant leur expérience du cancer. Cela a été un véritable privilège de vous rencontrer. Je souhaite par cette occasion offrir mes plus sincères condoléances aux proches et aux familles de participants décédés depuis la tenue de cette étude. Je tiens à vous dire que j'ai rencontré des personnes remarquables.

Pour m'accompagner, j'ai eu une merveilleuse équipe de direction. Mesdames Sylvie Dubois et Jacinthe Pepin ont un véritable plaisir à travailler ensemble et cela se ressentait à chaque rencontre. J'aimerais tout d'abord remercier Sylvie pour sa constante disponibilité, sa rigueur et son souci du détail et de la synthèse. Quant à Jacinthe, j'aimerais la remercier pour son écoute, sa précision et son amour inconditionnel de la discipline infirmière. Toutes deux ont su me faire avancer au cours de ces années.

Merci à mes formidables collègues et amies du CHUM! Vous êtes si inspirantes! J'aimerais aussi souligner le soutien de mesdames Danielle Fleury et Céline Corbeil de la Direction des soins infirmiers qui ont cru à mon retour aux études. De plus, je ne peux passer sous silence le travail de madame Nathalie Folch, conseillère à la recherche, qui m'a donné de nombreux coups de main lors de mes multiples demandes de bourses. Merci!

Un grand merci à ma famille et mes amies qui m'ont épaulée, écoutée et encouragée au cours des dernières années. Merci à Stéphane qui a eu le courage d'avoir une « blonde au doctorat ». Merci de m'avoir soutenue au cours de ce périple!

J'aimerais sincèrement remercier tous mes collègues qui sont passés au 7100. Aussi nommé le « bunker », ce local a été un lieu de rencontre, de réconfort, de réciprocité et d'encouragement.

Enfin, je souhaite remercier les organismes subventionnaires suivants sans lesquels je n'aurais pas pu me consacrer à temps complet à mes études doctorales : la Fondation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), la Direction des soins infirmiers du CHUM, le Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports du Québec (MELS), la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal, la Faculté des études supérieures et post doctorales (FESP) de l'Université de Montréal, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), le centre de recherche du CHUM (CRCHUM) et l'Association canadienne des infirmières en oncologie (CANO-ACIO).

Introduction

Cette thèse doctorale a pour principale préoccupation la pratique interprofessionnelle centrée sur patient (ICP). Elle s'intéresse plus particulièrement à la description de cette pratique au cours de la trajectoire de soins en oncologie. Comme l'étudiante chercheuse a exercé de nombreuses années en tant qu'infirmière spécialisée dans le secteur de l'oncologie et a participé à la création et la consolidation d'équipes interprofessionnelles, un vif intérêt était déjà présent quant à ce sujet et cette clientèle.

La présentation choisie pour cette thèse est par articles. D'abord, le chapitre 1 expose le problème de recherche. Par la suite, le chapitre 2 présente une recension des écrits ainsi que l'article I, qui a été publié dans la revue *Recherche en soins infirmiers* en 2013. Cet article soulève une réflexion théorique quant à la contribution des sciences infirmières aux savoirs interprofessionnels. Ensuite, le chapitre 3 détaille la méthode. Quant aux articles II et III, ils sont présentés au chapitre 4. L'article II rapporte les principaux résultats décrivant la pratique ICP et a été publié en 2014 par le *Journal of Interprofessional Care*. Pour l'article III, il détaille spécifiquement les résultats documentant le contexte de la pratique ICP en oncologie et a été accepté par le *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue Canadienne de Soins infirmiers en Oncologie*. Enfin, au chapitre 5, une discussion générale de la thèse est proposée. Des retombées pour la pratique, la recherche, la gestion et la formation y sont aussi soulevées.

Chapitre 1
Le problème de recherche

La problématique

Depuis deux décennies, des initiatives entourant la formation interprofessionnelle (Barker, Bosco, & Oandasan, 2005; Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2010; Casimiro, MacDonald, Thompson, & Stodel, 2009; Curran, Deacon, & Fleet, 2005; Trojan, Suter, Arthur, & Taylor, 2009) et la pratique interprofessionnelle (Côté, Lauzon, & Kyd-Strickland, 2008; Hall, Weaver, Gravelle, & Thibault, 2007; Mann et al., 2009; Soubhi et al., 2008; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009) ont été recensées au Canada et ailleurs dans le monde. Pour Santé Canada (2010), il est primordial de reconnaître la valeur d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP). Selon cet organisme, la pratique ICP favorise une meilleure communication entre les professionnels de la santé et améliore les soins offerts aux patients, l'accès aux services de santé et la sécurité des patients. D'ailleurs, la pratique ICP est une composante importante du modèle de formation de Santé Canada (2005) intitulé « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » et du « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme » (Canadian interprofessional health collaborative, 2010). De plus, des auteurs affirment qu'il est cohérent d'exercer une pratique interprofessionnelle parce que celle-ci permet d'offrir des soins de qualité et centrés sur le patient (Cashman, Reidy, Cody, & Lemay, 2004; Reeves, Zwarenstein, et al., 2009)

À la lumière d'une recension des écrits portant sur la formation et la pratique interprofessionnelles, force est de constater qu'il est difficile d'obtenir une description de la notion « centré sur le patient » (Dubois, Pepin, & Bilodeau, 2009). En effet, sur 89 articles,

seulement quatre (Armitage, Connolly, & Pitt, 2008; Lindblom, Scheja, Torell, Astrand, & Fellander-Tsai, 2007; Mann et al., 2009; Reeves & Freeth, 2002) rapportent des résultats ou des interventions en lien avec le patient. De plus, malgré les nombreuses initiatives pancanadiennes quant à la pratique ICP, cette pratique semble demeurer abstraite quant à son application clinique par les professionnels de la santé. En effet, lors du congrès *Interprofessional education (IPE)* en Ontario en 2010 (Collaborative Ontario Interprofessionnel Health, 2010), les conférenciers et les participants ont soulevé la difficulté d'intégrer les modèles proposés à leur pratique clinique surtout en ce qui a trait à la pratique ICP. De plus, les étudiants qui reçoivent une formation sur l'interprofessionnalité la décrivent comme non représentative de la réalité des milieux de soins (Rosenfield, Oandasan, & Reeves, 2011). Il semble exister une dissonance entre ce qui est proposé par les modèles de pratique ICP et la réalité des milieux de soins.

Des écrits théoriques soulignent que la notion d'interprofessionnalité est représentée comme une nécessité pragmatique de travailler en équipe et est reliée à l'efficacité des équipes de soins (Cody & Mitchell, 2002; Couturier, 2001; Klein, 1996; Lenoir, 2001). D'ailleurs, des ouvrages (Freeth, 2007; Littlechild & Smith, 2013; Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010; Spector, 2010), des résultats de recherche (Camiré, 2005; Ferrada Videla, 2002; Lepage, 2008; San Martin Rodriguez, 2007; Zahreddine, 2010) et des politiques gouvernementales (Direction québécoise de cancérologie, 2013; Dubois et al., 2009; Santé Canada, 2004) présentent la pratique interprofessionnelle comme une solution favorisant l'efficacité des soins. Ce discours teinte également certaines définitions de la pratique interprofessionnelle comme celle du Consortium pancanadien pour un interprofessionnalisme en santé (CPIS-CIHC) qui propose que la pratique interprofessionnelle peut, entre autres, influencer positivement le temps d'attente, les ressources humaines, la salubrité des lieux de travail, la gestion des maladies chroniques et la sécurité des patients (CIHC, 2009). D'autres auteurs remarquent que les connaissances composant la pratique

interprofessionnelle se construisent à l'aide de théories explorant des facteurs relationnels (ex., interaction entre les professionnels), procéduraux (ex., partage des tâches), organisationnels (ex., organisation des équipes) et contextuels (ex., soins hospitaliers) du travail d'équipe (Reeves, et al., 2010). Par ailleurs, des écrits sur l'interprofessionnalité présentent que la notion « centrée sur le patient » accentue le pouvoir et la participation du patient au sein de l'équipe de soins (Canadian interprofessional health collaborative, 2009; D'Amour & Oandasan, 2005; Orchard, 2010; Santé Canada, 2005). Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a exploré spécifiquement la pratique ICP.

Quant à la notion « pratique centrée sur le patient », des écrits issus de diverses disciplines de la santé, dont les sciences infirmières, la présentent selon une perspective humaniste. Par exemple, la recension des écrits de Brooker (2004) propose quatre composantes de la pratique centrée sur le patient soit: 1) la reconnaissance de la valeur humaine, 2) l'approche individualisée, 3) la compréhension du monde à partir de la vision du patient, 4) la reconnaissance d'un environnement social encourageant le bien-être. Dans le même ordre d'idées, Slater (2006) affirme dans son analyse conceptuelle de « centré sur le patient », qu'en reconnaissant la personne comme un individu, le professionnel est en mesure d'offrir des soins centrés sur l'individualité de la personne. L'auteur ajoute qu'en considérant la personne comme un « être dans le monde », le professionnel peut contextualiser l'expérience passée et présente du patient, en lien avec ses préoccupations et sa santé (mentale, émotionnelle et physique). Diverses disciplines de la santé (sciences infirmières, médecine, ergothérapie) soutiennent qu'une pratique centrée sur le patient doit considérer la personne comme un tout avec des besoins biologiques, psychologiques et sociaux (Bensing, 2000; Hobbs, 2009; Lauver et al., 2002; Law, 1998; Mead & Bower, 2000; Michaels & Orentlicher, 2004). La pratique centrée sur le patient peut aussi être considérée comme une obligation morale. Duggan, Geller, Cooper, et Beach (2006) expliquent qu'offrir une telle

pratique est moralement nécessaire en raison de son évidence empirique quant à l'amélioration de la qualité des soins et de sa justification par des normes éthiques tels le respect de la personne, la reconnaissance du patient comme une « personne » et le partage de la prise de décision. Les écrits présentés précédemment montrent ainsi la dimension humaniste d'une pratique centrée sur le patient, au cœur des sciences infirmières. Néanmoins, à notre connaissance, aucune étude n'a traité exclusivement de la pratique ICP selon une perspective disciplinaire infirmière.

Les sciences infirmières se sont toujours intéressées à la pratique centrée sur le patient (Hobbs, 2009). Les écrits de Nightingale de 1859 témoignent de cet intérêt en mentionnant qu'offrir des soins infirmiers centrés sur le patient est le point central de la discipline (Lauver et al., 2002). De nos jours, la discipline infirmière développe encore des connaissances sur ce sujet. Par exemple, le cadre de référence infirmier *Person-centred nursing framework* (PCNF) de McCormack et McCance (2010) illustre que la pratique des soins infirmiers centrée sur le patient est un processus dynamique entre l'infirmière et le patient qui est influencé par le milieu clinique et les compétences de l'infirmière. Ainsi, l'essence des soins infirmiers réside essentiellement dans la reconnaissance que les soins infirmiers sont des activités professionnelles centrées sur le patient (Kitson, 1999), d'où la pertinence de s'intéresser à cette pratique dans un contexte interprofessionnel. D'autres auteurs affirment que la discipline infirmière est en mesure d'assumer un leadership en ce qui a trait aux initiatives interprofessionnelles en raison de la nature de ses principes et de ses valeurs (Hood, Leddy, & Pepper, 2006; Lindeke & Block, 1998; Sommerfeldt, 2013). Lindeke et Block (1998) ajoutent que certaines valeurs disciplinaires sont à partager avec les autres professionnels comme le respect de l'autodétermination du patient, la prise de décision partagée, le respect de l'être humain, l'*advocacy*, la nécessité de prendre soin et l'obligation de s'engager moralement avec la personne, la famille et la communauté. Cody et Mitchell (2002) proposent ainsi que la discipline infirmière se base sur son expertise afin de s'impliquer dans le

développement interprofessionnel en créant des modèles de pratique centrée sur le patient. Les infirmières peuvent donc apporter une perspective unique à la pratique interprofessionnelle en articulant une perspective disciplinaire distincte, fondée sur ses philosophies, ses théories, ses buts et ses objectifs. Les auteurs ajoutent également que les initiatives interprofessionnelles doivent s'appuyer sur un dénominateur commun soit l'intérêt des patients et non le désir d'efficience des soins. Il est alors essentiel pour une étude infirmière de cibler une clientèle qui bénéficierait de telles initiatives.

Au Canada, deux personnes sur cinq auront un diagnostic de cancer au cours de leur vie (Comité direction de la Société canadienne du cancer, 2013). Cette clientèle est, entre autres, visée par des orientations ministérielles, autant canadiennes que provinciales, promouvant l'accompagnement de la personne atteinte de cancer, du diagnostic aux soins palliatifs (Action cancer Ontario, 2013; Direction québécoise de cancérologie, 2013; Partenariat canadien contre le cancer, 2013). Plusieurs d'entre elles encouragent une perspective de soins de santé centrée sur le patient et un suivi interprofessionnel comme le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) qui insiste à l'effet de rendre compte de l'expérience du patient afin d'adapter les ressources en santé (Partenariat canadien contre le cancer, 2013).

Au Québec, depuis 1998, des équipes interprofessionnelles en oncologie ont été créées ou consolidées, afin d'offrir à la personne atteinte de cancer et à ses proches une gamme de soins et services généraux et spécialisés (Direction de lutte contre le cancer, 2007). Ces équipes doivent fournir des services relatifs au dépistage, à l'investigation, au traitement et à la réadaptation, en plus de communiquer de l'information pertinente et d'apporter un soutien psychologique, social et spirituel. Les professionnels de la santé participant à ces équipes interprofessionnelles varient selon les besoins de la clientèle soit : infirmière, infirmière pivot en oncologie, conseillère en soins

spécialisés, oncologue, chirurgien, travailleur social, pharmacien, psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute, intervenant en vie spirituelle, nutritionniste (Direction de la lutte contre le cancer, 2005). La Direction québécoise en cancérologie (DQC)¹ réaffirme la place que doit occuper la personne malade, soit au centre des préoccupations des professionnels de la santé et des soins. Cette direction réclame donc que les soins s'adaptent aux personnes et non l'inverse. En effet, pour la DQC, la qualité des soins passe par le travail interprofessionnel, centré sur la personne, qui se veut un élément de solution à la complexité des soins en oncologie.

Considérant que les soins pour la personne atteinte de cancer peuvent être limités s'ils sont fragmentés et non faits en continuité (Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein, & Dick, 2001; Wagner & Groves, 2002), exercer une pratique ICP semble être une nécessité. Par la pratique interprofessionnelle, les diverses expertises et les contributions de chaque professionnel permettent de présenter à la personne atteinte de cancer une vision intégrée et non morcelée de l'ensemble de sa situation (Legault, 2003). Les résultats de l'étude quantitative de San Martin-Rodriguez, D'Amour et Leduc (2008) chez une clientèle espagnole atteinte de cancer, montrent que la collaboration interprofessionnelle a des effets bénéfiques sur la satisfaction des soins, la réduction de l'incertitude et la gestion de la douleur. Quant à la pratique centrée sur le patient, Sidani (2008) remarque que celle-ci est souvent synonyme de qualité lorsque les patients sont interrogés dans le cadre d'études qualitatives. À cet effet, plusieurs auteurs associent la pratique centrée sur le patient à la qualité des soins lorsque ceux-ci respectent les besoins individuels et les valeurs du patient, leur participation aux soins et leur apport à la prise de décision (Attree, 2001; Glynn et al., 2008; Kitson, Marshall, Bassett, & Zeitz, 2013; Kvarnstrom, Willumsen, Andersson-Gare, & Hedberg, 2012; Larrabee & Bolden, 2001; Oermann, 1999; Radwin, Cabral, & Wilkes, 2009; Staniszevska

¹ La DQC était autrefois la Direction de lutte contre le cancer (DLCC). L'appellation de cette direction s'est modifiée

& Ahmed, 1999; Suhonen, Välimäki, Katajisto, & Leino-Kilpi, 2007). Par conséquent, le regard sur ces résultats justifie l'intérêt d'étudier la pratique ICP, notamment en oncologie à partir de la perspective des patients et des professionnels.

Trois études considérant les perceptions des patients en oncologie sur les soins ont été répertoriées. L'étude phénoménologique de Kvale et Bondevik (2008) s'est intéressée à l'importance d'une pratique centrée sur le patient pour des patients ayant été hospitalisés sur une unité d'oncologie en Norvège. Les résultats de l'étude rapportent qu'une attitude ouverte et respectueuse de l'équipe interprofessionnelle est essentielle pour répondre aux besoins du patient et que ce dernier désire participer aux soins. Les auteurs ont souligné que les perceptions des patients peuvent varier selon la culture de l'environnement de soins et le stade de la maladie. De leur côté, Sinfield, Baker, Agarwal et Tarrant (2008) ont conduit une étude qualitative en Irlande ayant pour but de comprendre l'expérience du soin et d'identifier les aspects les plus importants du soin chez des patients atteints de cancer de la prostate et leurs conjointes. De façon générale, les participants se disaient satisfaits de leurs soins. Cependant, l'information qui ne répondait pas à leurs besoins et l'absence de prise de décision partagée ont été rapportées comme des aspects négatifs de l'expérience du soin. Les chercheurs de cette étude qualifient d'important la reconnaissance des désirs et des attentes du patient et ses proches dans l'expérience du soin. Les auteurs soulignent que de futures études devraient s'attarder aux différents moments de la trajectoire de soins en oncologie et à la perception des partenaires. Enfin, l'étude qualitative de Leon-Carlyle, Spiegle, Schmocker, Gagliardi, Urbach et Kennedy (2009) traite de la prise de décision partagée qui est un élément recensé d'une pratique ICP. Cette étude canadienne avait pour but d'explorer l'intérêt des patients atteints de cancers colorectaux et de médecins en regard

au cours des années.

de la prise de décision partagée. Les résultats soulignent plusieurs facteurs influençant la prise de décision partagée tels les caractéristiques des patients (sexe, âge, niveau d'éducation, perception de l'urgence d'une situation, confiance envers le médecin, réseau de soutien), les caractéristiques des médecins (sexe, âge, spécialité, formation suivie quant à la communication, attitudes/croyances, utilisation de ressources/informations) et certains éléments du contexte clinique d'une clientèle atteinte d'un cancer colorectal (antécédent de radiothérapie, présence d'une stomie, complication postopératoire). Les résultats indiquent qu'il est possible de dégager des données riches quant à la prise de décision partagée à partir des perceptions de professionnels et de patients. Ces trois études soutiennent l'importance de décrire la pratique ICP et ses facteurs d'influence (ex. : trajectoire de soins, famille, environnement) dans le contexte clinique de l'oncologie à l'aide des patients et des professionnels.

L'état actuel des connaissances informe quant aux éléments d'une pratique professionnelle centrée sur le patient (Epstein, Fiscella, Lesser, & Stange, 2010; Kitson et al., 2013; McCormack, Karlsson, Dewing, & Lerdal, 2010; Pelzang, 2010), aux facteurs influents (Sumsion, 2005; Sumsion & Smyth, 2000) et à l'impact du contexte clinique (Kvale & Bondevik, 2008; Leach, Cornwell, Fleming, & Haines, 2009; Sinfield, et al., 2008). Par contre, à notre connaissance, aucune étude ne traite spécifiquement de la pratique ICP dans un contexte clinique en oncologie au Québec. Rappelons ici la volonté ministérielle d'assurer la pérennité de la pratique ICP notamment dans ce secteur d'activités. La recherche infirmière doit donc contribuer au développement des connaissances en lien avec la pratique ICP, afin de guider une approche de soins favorisant une pratique ICP en oncologie. Favoriser une pratique interprofessionnelle pour améliorer les soins de santé doit être alors considéré comme une préoccupation sociétale qui concerne tous les professionnels de la santé (Hassmiller & Goodman, 2011). Il importe aux sciences infirmières de participer à cette vision pour la mise en place d'une pratique contemporaine ancrée dans le

contexte qui se questionne sur la condition humaine, sur la vie, sur la société et sur la santé (Litchfield & Jonsdottir, 2008). Décrire la pratique ICP en oncologie au cours de la trajectoire de soins renseignerait sur la pratique ICP actuelle de même que sur les facteurs la favorisant ou la limitant, ainsi que sur la pratique souhaitée par les patients, leurs proches et les professionnels de la santé. Cette description permettrait à la discipline infirmière et aux autres disciplines de la santé d'avoir une compréhension approfondie d'une pratique ICP de même que de contribuer au raffinement des modèles de pratique interprofessionnelle existants et d'inspirer de nouvelles stratégies d'implantation de cette pratique en milieu clinique. Étant donné les travaux réalisés à ce jour dans le domaine de l'oncologie et considérant que peu est connu sur ce sujet, il nous apparaît indispensable de décrire la pratique ICP dans le cadre d'une étude de type qualitatif en sciences infirmières.

Pour soutenir la description de la pratique ICP, une adaptation du *Person centred nursing framework* (PCNF) de McCormack et McCance (2010) par l'ajout de la définition de l'interprofessionnalité de Couturier (2009) a été utilisée comme cadre de référence. L'adaptation du PCNF (Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2013) propose de considérer la pratique ICP selon les quatre composantes du modèle original: les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique ICP et les résultats. Quant à Couturier (2009), il explique que l'interprofessionnalité provoque la transformation des disciplines puisqu'elle ne se limite pas à coordonner les activités, mais elle fait plutôt en sorte que l'action de l'une soit en partie reprise dans l'action de l'autre. L'auteur présente que l'*inter*, c'est-à-dire, ce qui est entre, se conçoit alors comme un espace de rencontres, caractérisé par le mouvement. C'est à l'intérieur d'espaces de rencontres interprofessionnelles que la pratique ICP sera étudiée. Cette conceptualisation de la pratique ICP permet de remarquer et de décrire les manifestations de cette pratique. Enfin,

l'adaptation du PCNF (Bilodeau et al., 2013 précise comment une pratique professionnelle est centrée sur le patient tout en tenant compte du patient, du contexte de soins et des professionnels.

L'étude qualitative de cas multiples proposée par Stake (1995, 2005, 2008) est le devis de cette étude. Dans ce type d'étude, plusieurs cas sont utilisés pour étudier un phénomène. Les cas jouent un rôle secondaire parce qu'ils permettent d'accéder au phénomène qui est distinctif, unique et délimité par des frontières (Stake, 2005). Le chercheur qui réalise une étude de cas multiples s'intéresse à un phénomène général plus qu'à une population (Stake, 2006, 2008). L'étude de cas multiples se concentre alors sur les savoirs expérientiels émergeant du cas et sur l'influence des contextes sociaux, politiques et autres (Stake, 2008). L'auteur souligne que le choix de l'étude de cas multiples n'est pas un choix méthodologique, mais le choix de ce qui doit être étudié en l'occurrence le phénomène. L'étude de cas multiples offre ainsi une description riche, complexe et holiste d'un phénomène (Guba & Lincoln, 1994; Stake, 1978). Pour cette étude, le phénomène est la pratique ICP et les cas sont deux équipes interprofessionnelles en oncologie centrées sur un patient à différentes périodes de la trajectoire de soins.

Le but de la recherche

Décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie.

Les questions de recherche

- Comment des équipes exercent-elles la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?
- Quels sont les facteurs favorisant ou limitant la pratique ICP aux différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?

- Comment devrait s'exercer la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie selon les patients, les familles et les professionnels?

La position épistémologique

La pratique interprofessionnelle se réalise dans un espace commun d'échanges où la pratique de différents professionnels se transforme au contact des autres pour construire une intervention commune. Cette vision de la pratique interprofessionnelle permet d'étudier la pratique ICP comme un processus où les professionnels doivent s'engager auprès du patient et de ses proches, travailler avec les croyances et les valeurs de ces derniers, avoir une présence empathique, partager la prise de décision et offrir des soins holistiques. Afin que cette pratique soit centrée sur le patient, les professionnels doivent également être compétents et l'environnement de soins doit être propice à une pratique ICP. Les prochaines sections explicitent le constructivisme et la pratique interprofessionnelle.

Le constructivisme

Ce projet se situe dans le paradigme de recherche du constructivisme. Dans ce paradigme, les réalités sont multiples, construites et co-construites et les résultats d'études sont créés à l'aide des participants (Guba & Lincoln, 2005). Selon Guba et Lincoln, les réalités existent à l'intérieur d'un cadre de référence construit. C'est pourquoi les phénomènes prennent du sens dans leur contexte social (Mucchielli, 2004). L'ontologie i.e., la nature et l'essence même d'un phénomène, est alors relativiste. Les réalités existent sous forme de constructions mentales multiples qui sont influencées par le contexte de la personne (Guba, 1990). Levy (1994) souligne que la réalité vue sous un angle constructiviste est construite à travers, parmi et avec le contexte social, individuel, culturel et environnemental. D'où l'importance de considérer la pratique ICP selon différents

contextes, différents acteurs et différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie. Quant à l'épistémologie, elle est subjective et transactionnelle, le chercheur et le sujet s'engageant dans un processus de création du savoir (Guba, 1990). Le savoir développé est alors le résultat ou une conséquence de l'activité humaine parce que le savoir est une construction de l'homme (Guba, 1990). C'est pourquoi cette étude utilisera les descriptions des patients et de leurs proches et de professionnels de la santé d'une équipe interprofessionnelle en oncologie afin de construire une compréhension de la pratique ICP. Il sera d'ailleurs essentiel de documenter le contexte de la pratique ICP qui est influencée par des réalités co-construites.

La pratique interprofessionnelle

La définition de l'interprofessionnalité de Couturier (Couturier, 2001; Couturier, Gagnon, Carrier, & Etheridge 2008; Couturier, 2009) est celle utilisée dans cette thèse parce qu'elle permet de considérer la pratique professionnelle comme un espace où une pratique ICP a lieu. Pour Couturier (2009), il y a nécessité de travailler ensemble, mais l'auteur considère également que cette nécessité est une condition de la pratique interprofessionnelle. Ainsi, travailler en interprofessionnalité fait partie et est une obligation de la pratique professionnelle de tous les professionnels de la santé. L'auteur ajoute que l'*inter* est considéré comme un espace qui ne peut être comblé, un espace de transition. L'auteur précise que l'interprofessionnalité demande au professionnel de se transformer à travers un engagement avec l'autre. Cette perspective de l'interprofessionnalité permet ainsi de s'attarder aux formes naturelles de la pratique interprofessionnelle et d'être attentif aux manifestations de celle-ci (Couturier, et al., 2008). L'auteur souligne que l'interprofessionnalité est comme « un *état du travail* sur le social analysable par l'observation des conditions empiriques des pratiques » (Couturier, 2001, p.17). Cette représentation de l'interprofessionnalité est cohérente avec un paradigme de recherche

constructiviste parce qu'elle tient compte de l'influence mutuelle des professionnels dans un espace commun d'échanges. La pratique interprofessionnelle se réalise alors au contact d'autres professionnels et est influencée par ces derniers. C'est à l'intérieur des espaces de rencontre que la pratique ICP sera étudiée. Ainsi, la pratique ICP est perceptible lorsque les professionnels sont en contact entre eux, parce que ce sont des moments d'échange, de création et de transformation permettant des interventions communes. L'adaptation du PCNF, intégrant cette vision de la pratique interprofessionnelle, servira de cadre de référence pour remarquer les manifestations de cette pratique. Ce cadre sera présenté au chapitre 2.

Chapitre 2
La recension des écrits

Ce chapitre vise à décrire l'état actuel des connaissances en lien avec le projet de recherche. Dans un premier temps, l'interprofessionnalité et la pratique interprofessionnelle sont présentés. Cette section aborde des conceptualisations et des études sur l'interprofessionnalité et la pratique interprofessionnelle. Par la suite, des écrits traitant de pratique centrée sur le patient sont explicités. Une recension des écrits issus de différentes disciplines² de la santé de même que des études en lien avec la pratique centrée sur le patient sont exposées. Par la suite, le contexte clinique de la pratique centrée sur le patient est détaillé et plus précisément, le contexte de l'oncologie. Enfin, l'article I de la thèse, intitulé « Contribution des sciences infirmières aux savoirs interprofessionnels », est présenté. Cet article positionne, entre autres, le projet doctoral selon une perspective disciplinaire et justifie l'adoption d'un cadre de référence inspirée d'une pratique infirmière centrée sur le patient.

L'interprofessionnalité et la pratique interprofessionnelle

L'interprofessionnalité

De la même façon que les disciplines professionnelles se sont développées, les professions se sont définies par la fragmentation des connaissances disciplinaires. D'Amour et Oandassan (2005) expliquent que chaque profession a sa propre juridiction de pratique où les responsabilités sont partagées. Pour les auteurs, la notion d'interprofessionnalité est utile pour diriger l'attention sur l'émergence d'une approche plus cohésive et moins fragmentée de la pratique interprofessionnelle. L'interprofessionnalité n'implique pas le développement de nouvelles professions, mais plutôt un

² Une discipline est un domaine d'investigation complexe marqué d'une perspective unique, i.e., une façon distincte de voir les phénomènes. (Pepin et al., 2010) qui se sont inspirées de Donaldson et Crowley (1978).

moyen par lequel les professionnels peuvent exercer dans une plus grande collaboration ou de manière intégrée (D'Amour & Oandassan, 2005).

De son côté, Couturier (2009) précise que l'interprofessionnalité provoque la transformation des disciplines puisqu'elle ne se limite pas à coordonner les activités, mais elle fait plutôt en sorte que l'action de l'un soit en partie reprise dans l'action de l'autre. L'auteur présente que l'*inter*, c'est-à-dire, ce qui est entre, se conçoit alors comme un espace de rencontres, caractérisé par le mouvement plutôt que par la stabilisation disciplinaire. Une telle rencontre engage un déséquilibre (condition de mouvement), la tolérance au risque (condition de la rencontre) et l'incertitude relative (condition de l'innovation). L'espace de l'*inter* ne peut être comblé, puisqu'il est un espace de translation d'un monde à l'autre, puisqu'il est un lieu de passage (Couturier, 2009). L'auteur ajoute que tant pour des raisons épistémologiques que pragmatiques, il importe de travailler ensemble, pour un « mieux » tout aussi indéniable que nécessaire (Couturier, 2004). L'appel à la collaboration se conçoit alors comme une condition pratique du travail, comme une condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels (Couturier & Chouinard, 2003). L'auteur rapporte qu'il n'y a pas formellement de différence entre l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité, à savoir que l'un et l'autre cherchent à concevoir des rapports de métissage entre des objets et des acteurs d'où l'effacement complet de l'écart entre ces deux concepts.

Étant donné que la discipline est constituée d'une profession, d'un système de formation et d'une capacité de recherche, des enjeux spécifiques existent comme par exemple les termes de protection des domaines d'intervention (Couturier & Chouinard, 2003). Les professionnels travaillant en interprofessionnalité doivent alors décloisonner leurs savoirs et leurs champs d'interventions. Par ailleurs, la proximité conceptuelle entre discipline et profession peut alors faire en sorte qu'une difficulté vécue dans l'espace interprofessionnel incrimine à tort l'interprofessionnalité (Couturier, 2009). Pour cet auteur, les professionnels peuvent travailler en interprofessionnalité, mais ceux-ci

peuvent avoir l'impression du contraire si des conflits interprofessionnels subsistent. La relation interprofessionnelle, i.e la relation avec les collègues, doit donc se distinguer du travail en interprofessionnalité. Enfin, les écrits de Couturier mettent l'accent sur le fait que la compréhension de l'interprofessionnalité ne nécessite pas un « nouveau savoir », mais plutôt une « façon d'être ».

La pratique interprofessionnelle

Plusieurs appellations sont attribuées à la pratique interprofessionnelle. Les écrits évoquent une « pratique en collaboration », une « pratique en collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient » ou le « travail interdisciplinaire ». Lorsque l'on consulte le *Medical Subject Headings* (MeSH), c'est l'appellation *interprofessional relations* qui est utilisée depuis 1965 pour indexer les articles en lien avec l'interprofessionnalité. Étant donné la polysémie de ce concept, quelques définitions entourant la pratique interprofessionnelle sont présentées.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la « pratique en collaboration » est possible lorsque différents professionnels offrent leurs services en travaillant de pair avec les patients, les familles et la communauté afin d'offrir des soins de qualité supérieure tout au long de la trajectoire de soins (Organisation mondiale de la santé, 2010). Il est précisé qu'une « pratique » inclut les activités cliniques et non cliniques telles que le diagnostic, la surveillance, les communications, la gestion et les activités sanitaires. L'appellation choisie par l'OMS n'intègre pas « interprofessionnel », mais la définition inclut la présence de différents professionnels.

Au Canada, Santé Canada (2009) parle de « pratique en collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient » qui permet de promouvoir :

(...) la participation active de plusieurs spécialistes de disciplines et professionnels du domaine de la santé. Elle renforce des valeurs et des objectifs axés sur le patient, sa famille et sa communauté, fournit des mécanismes de communication continue entre les professionnels de la santé, optimise la participation du personnel à la prise de décisions

cliniques (intra et interdisciplinaires) et favorise le respect des contributions de chacun. (p.ii)

La pratique en collaboration interprofessionnelle contribue, entre autres, à l'amélioration de la santé de la population et les soins offerts aux patients; à faciliter l'accès aux soins; à assurer une meilleure communication entre les professionnels de la santé favorisant la sécurité des patients, à utiliser plus efficacement les ressources humaines en santé; à favoriser une satisfaction plus accrue chez les patients et les professionnels de la santé (Santé Canada, 2009).

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS-CIHC) a été créé en 2006 dans le but de mettre en place un cartel national de partenaires dédiés à la promotion de la pratique en collaboration et à la formation interprofessionnelle. Le CPIS propose quelques définitions pour inspirer les initiatives quant à l'interprofessionnalisme. Pour le CPIS (CIHC, 2009), on parle de « pratique en collaboration » lorsque les professionnels travaillent de concert avec les autres membres de leur profession ou d'autres professions ainsi que les patients et leurs proches. Il est également précisé que les professionnels doivent poursuivre un but commun afin de mieux analyser les problèmes des patients et d'y trouver des solutions. Les retombées bénéfiques soulevées par la pratique en collaboration sont l'utilisation d'un langage approprié entre les professionnels et les patients/proches, une compréhension de la contribution de chaque professionnel à l'équipe, le développement d'un climat de respect et de confiance au sein de l'équipe, l'amélioration de l'accueil des nouveaux intervenants et le recours à des collègues pour trouver de nouvelles solutions et une solidarité entre les professionnels.

Pour ce qui est de la « pratique en collaboration centrée sur le patient », le CPIS utilise la définition d'Orchard, Curran et Kabene (2005) :

Un partenariat entre une équipe soignante et un patient où ce dernier détient le contrôle de ses soins et peut, grâce à l'accès au savoir et aux compétences des membres de l'équipe,

proposer un plan de soins réaliste partagé avec l'équipe et avoir accès aux ressources qui lui permettront de mettre le plan à exécution (CIHC, 2010, p.13).

Au Québec, la DQC privilégie l'appellation « interdisciplinarité » et opte pour la définition d'Hébert (1997):

Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. (p.26)

La DQC parle également de la synergie du travail interdisciplinaire où la juxtaposition de l'expertise de chacun permet un bénéfice plus grand que celui produit de l'addition des contributions individuelles de chacun (Direction de la lutte contre le cancer, 2005). En consultant les références des documents de la DQC, il apparaît que cette direction n'adhère pas, pour le moment, au courant canadien entourant l'interprofessionnalité. Par exemple, elle ne cite pas les travaux réalisés par Santé Canada (2004). En résumé, les différentes définitions proposées présentent la pratique interprofessionnelle comme un travail d'équipe où participent plusieurs professionnels de différentes disciplines. La notion de synergie est également omniprésente et constitue souvent une caractéristique des équipes interprofessionnelles (Wacheux & Asmar, 2007). Certaines définitions ajoutent également de l'information quant aux tâches de l'équipe (but commun, prise de décision partagée) ou aux caractéristiques de l'équipe (respect, confiance). Lorsque la notion « centré sur le patient » est jointe à la notion « pratique interprofessionnelle », il semble qu'elle accentue le pouvoir du patient et sa participation au sein de l'équipe de soins. Ce constat a été soulevé aussi par d'autres auteurs qui parlent de mettre le patient au centre des soins afin d'améliorer les services de santé (Reeves et al., 2010).

Lorsque l'on regarde les études explorant la pratique interprofessionnelle, il est possible de constater que les écrits sur la formation interprofessionnelle sont en grand nombre. Ce sont les connaissances sur les curriculums de formation et l'évaluation des programmes de formation qui ont

été les plus développées (Christler-Tourse et al., 2008; Cooper, Spencer-Dawe, & McLean, 2005; Curran & Sharpe, 2007; Oandasan & Reeves, 2005a; Reeves, Goldman, & Oandasan, 2007; Russell, Nyhof-Young, Abosh, & Robinson, 2006). Beaucoup d'efforts ont été mis en place pour assurer une relève de professionnels adoptant une pratique interprofessionnelle. Par contre, d'un côté, des chercheurs rappellent que la formation interprofessionnelle n'est pas forcément garante d'une pratique interprofessionnelle en raison de la transition difficile des étudiants vers la vie professionnelle (Clark, 2011; Curran, Sharpe, Flynn, & Button, 2010; Pelling, Kalen, Hammar, & Wahlstrom, 2011; Pollard & Miers, 2008; Rosenfield et al., 2011). D'un autre côté, des auteurs soutiennent que les professionnels dans les milieux cliniques ont besoin d'être formés à la pratique interprofessionnelle parce que réunir les professionnels en équipe n'est pas suffisant pour qu'ils collaborent (Carpenter & Dickinson, 2011; Sargeant, Loney, & Murphy, 2008). Il importe alors de préparer les milieux de soins à une pratique interprofessionnelle et d'explorer leur particularité.

Plus particulièrement, l'équipe interprofessionnelle a également été étudiée. Celle-ci est représentée comme une entité à la fois statique et dynamique parce que le personnel et le lieu demeurent les mêmes et que les attitudes entre les membres évoluent dans le temps (Jones & Jones, 2011). Des écrits rapportent des facteurs contribuant à une équipe interprofessionnelle réussie comme : la proximité physique des membres, une structure d'équipe appropriée, une composition adéquate de l'équipe, un soutien organisationnel; une communication efficace, de la confiance entre les membres, une appropriation de son rôle professionnel, la connaissance et l'acceptation des autres rôles professionnels (Baxter & Brumfitt, 2008; Cashman et al., 2004; Clark, 2011; Cook, Gerrish, & Clarke, 2001; Dieleman et al., 2004; Gerrish, 1997; Jackson, 2008; Kitto, 2011; McCallin, 2001; Mickan & Rodger, 2005; Molyneux, 2001; Reina, Reina, & Rushton, 2007; Sargeant et al., 2008; Xyrichis & Lowton, 2008). Une équipe interprofessionnelle efficace peut alors influencer positivement la satisfaction au travail, la reconnaissance de la contribution au travail et la santé des

professionnels (Kitto, 2011). Les connaissances en lien avec les équipes interprofessionnelles sont nombreuses, mais ne rapportent pas comment l'équipe peut exercer une pratique ICP.

En sciences infirmières, des études ont exploré la pratique interprofessionnelle. Le « Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle » (D'Amour, 1997) a été utilisé pour guider certaines études (Camiré, 2005; Ferrada Videla, 2002; Lepage, 2008; San Martin Rodriguez, 2007; Zahreddine, 2010). Ce modèle propose quatre dimensions qui s'influencent mutuellement soit : la formalisation de la collaboration interprofessionnelle, la délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle, l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle et la finalisation de la régularisation de la collaboration interprofessionnelle. La prochaine section présente des études infirmières ayant utilisé ce modèle.

Ferrada Videla (2002) a présenté une étude de cas d'une équipe interprofessionnelle dédiée à la négligence infantile d'un Centre local de services communautaires (CLSC) québécois. Le but de l'étude était d'améliorer la compréhension du processus de collaboration. Les données recueillies provenaient de six entrevues avec six professionnels de disciplines différentes, de l'observation de neuf discussions cliniques et de l'analyse documentaire. Les résultats présentaient que la collaboration interprofessionnelle semblait se concrétiser difficilement dans les interventions cliniques. La collaboration entre les professionnels et les patients se situaient davantage au niveau de l'échange d'informations. Les professionnels interviewés étaient conscients de la place du patient au cœur des soins, mais confinaient ce dernier à un rôle d'observateur passif. Ferrada Videla rapportait que les professionnels préféraient collaborer avec les familles qui étaient ouvertes au changement. Du point de vue des professionnels, une famille qui était déjà considérée comme « problématique » constituait un obstacle à la collaboration entre le professionnel et le patient. Cette étude renseignait sur la collaboration interprofessionnelle et détaillait la réalité clinique de cette équipe interprofessionnelle à l'aide des points de vue des professionnels. Il aurait été intéressant

d'interviewer également les patients pour nuancer la compréhension de la collaboration interprofessionnelle.

Camiré (2005) a conduit une étude de cas d'une équipe de soins en gériatrie au Québec. L'étude avait pour but d'analyser les dynamiques favorisant l'émergence et le maintien de la collaboration. Neuf entrevues auprès de professionnels de la santé issus de six disciplines différentes, l'observation de six rencontres interprofessionnelles et l'analyse documentaire ont constitué les données d'analyse. Les résultats exposaient que les familles n'étaient pas présentes lors des rencontres interprofessionnelles, et ce, à leur demande. Les professionnels racontaient que les familles préféraient être informées s'il y avait certains changements en ce qui avait trait à l'état de santé de leur proche, car le langage des professionnels était qualifié de trop « médical ». Camiré (2005) a remarqué que sur cinq observations de plans d'interventions, seulement trois considéraient les attentes de la famille. De plus, il a été soulevé que les professionnels ne précisent pas à qui revenait la responsabilité de communiquer le plan d'intervention au patient et à ses proches. Pour Camiré (2005), cette situation restreignait la qualité du plan d'intervention et des ajustements à y apporter. Les professionnels interviewés rapportaient que la collaboration professionnelle permettait d'individualiser les soins et les services parce qu'il y avait une mise en commun de plusieurs visions disciplinaires. Il était possible de remarquer une divergence entre les données des observations et les éléments soulevés en entrevue. Par exemple, l'équipe mentionnait offrir des soins individualisés, cependant les séances observation présentaient le contraire. Encore une fois, cette étude rapportait uniquement une perspective professionnelle.

San Martin-Rodriguez (2007) a conduit une étude corrélationnelle ayant pour but d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle chez des professionnels et des patients atteints de cancer d'un centre hospitalier espagnol. Le modèle *Quality of health outcomes model* (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998) a été utilisé en plus du modèle de D'Amour (1997) pour guider l'étude.

L'échantillon se composait de 41 professionnels et de 312 patients. Les résultats montraient que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle avait des effets positifs sur la satisfaction des professionnels et des patients, le niveau d'incertitude et la qualité du soulagement de la douleur des patients. Par contre, les résultats indiquaient aussi que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle n'avait pas d'effet sur l'engagement des professionnels auprès de l'établissement et la durée de séjour des patients. Cette étude permettait de décrire les effets positifs de la collaboration interprofessionnelle sur les soins des patients.

Lepage (2008) a proposé une étude de cas qui avait pour but de comprendre les mécanismes de collaboration entre les infirmières et les médecins d'une unité de soins intensifs au Québec et l'influence de la collaboration interprofessionnelle sur la communication des professionnels. Les données recueillies étaient issues d'entrevues avec deux gestionnaires, six médecins, six infirmières et dix patients. De plus, deux tournées interprofessionnelles ont été observées. L'analyse des données présentait que les patients et les familles désiraient rencontrer des professionnels ouverts qui possédaient des talents de communicateur et des qualités interpersonnelles. Il était aussi soulevé que les professionnels devaient faire preuve de transparence, prendre le temps d'offrir des explications vulgarisées et proposer aux patients et aux familles de poser des questions. L'introduction des patients et de leurs familles ajoutait à la richesse de la description des déterminants de la collaboration interprofessionnelle.

Zahreddine (2010) a fait une étude qualitative exploratoire qui avait pour but d'explorer la perception de l'interdisciplinarité des infirmières travaillant en gériatrie dans un centre hospitalier québécois. Sept entrevues semi-dirigées et une discussion de groupe ont été réalisées. Les résultats présentaient que l'interdisciplinarité était un processus d'équilibre difficile entre le désir d'affirmer son identité professionnelle et le désir de travailler en synergie avec les autres professionnels. Les participantes soulignaient aussi l'apport privilégié de l'infirmière à l'équipe de soins parce que cette

dernière était disponible et à proximité du patient. La communication était rapportée comme un élément déterminant d'une collaboration interprofessionnelle réussie. Le respect, le leadership, l'expérience professionnelle ont également été identifiés comme contribuant à la collaboration interprofessionnelle. Cette étude présentait une perspective intradisciplinaire de l'interprofessionnalité et renseignait sur des déterminants de la collaboration interprofessionnelle.

Les dernières études présentées ne proposent pas de description de la pratique ICP. Les déterminants identifiés sont pour la plupart en lien avec les professionnels de la santé. Même si ces études ont recueilli des données à l'aide de l'observation, peu de détails sont offerts quant au contexte clinique. Pour ces études en sciences infirmières, il est possible de dégager des préoccupations concernant le patient comme l'absence du patient et de ses proches dans le processus de collaboration, le rôle passif du patient et les étiquettes négatives apposées au patient et aux proches. Il est possible de croire en la pertinence d'aborder la pratique ICP en sciences infirmières. Une telle étude est cohérente avec la préoccupation principale des sciences infirmières qui est de mettre le patient au centre des soins.

La pratique centrée sur le patient

Plusieurs conceptualisations de la pratique centrée sur le patient sont offertes par les sciences infirmières, la médecine, l'ergothérapie et les écrits interprofessionnels. Pour les sciences infirmières, Lauver et al. (2002) expliquent qu'une pratique centrée sur le patient est une mission de la discipline. Les écrits en sciences infirmières présentent globalement le patient comme une personne entière ayant des besoins non satisfaits, des valeurs, des préférences, des préoccupations, des attentes, des croyances et des volontés (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006; Hobbs, 2009; Kelly, 2007; McKeon, Norris, Cardell, & Britt, 2009; Mitchell, Bournes, & Hollett, 2006; Sidani, Epstein, & Miranda, 2006; Wolf et al., 2008). L'infirmière est présentée comme possédant une attitude empreinte d'empathie, de *caring*, de respect et qui s'engage dans une

démarche centrée sur le patient (Bidmead & Cowley, 2005; Redman & Lynn, 2004). La pratique centrée sur le patient est un processus d'engagement thérapeutique entre le patient et l'infirmière où une participation du patient est nécessaire, de même qu'une négociation (Baron, 2009; Bidmead & Cowley, 2005; Hobbs, 2009; Hook, 2006; Kelly, 2007; Mitchell et al., 2006; Redman & Lynn, 2004; Sahlsten, Larsson, Sjostrom, & Plos, 2008; Sidani et al., 2006; Splaine Wiggins, 2008; West, Barron, & Reeves, 2005) et un équilibre des pouvoirs et des savoirs (Baron, 2009; Hook, 2006; Wolf et al., 2008). En plus de communiquer de l'information, l'infirmière doit aussi coordonner les soins du patient et assurer la continuité des soins (Splaine Wiggins, 2008; West et al., 2005). Les avantages d'une telle pratique sont des interventions « sur mesure » (Lauver et al., 2002; Redman & Lynn, 2004) qui favorisent chez le patient la satisfaction des besoins (Hobbs, 2009). Pour les infirmières, les conséquences d'une pratique centrée sur le patient sont des soins plus efficaces, mais requérant plus de temps et de ressources financières (Hobbs, 2009; Hook, 2006; Splaine Wiggins, 2008).

Quant à la médecine, Mead et Bower (2000a) remarquent que depuis 30 ans, plusieurs définitions d'une pratique centrée sur le patient ont été proposées. En 1969, Balint expliquait qu'une pratique centrée sur le patient implique la reconnaissance de l'unicité de l'être humain (Balint, 1969). Byrne et Long, en 1976, présentaient la notion « être centré sur le patient » comme un style de consultation où le médecin utilise le savoir et l'expérience du patient (Byrne & Long, 1976). En 1989, McWhinney rapportait qu'un médecin « centré sur le patient » doit comprendre la maladie à travers les yeux du patient (McWhinney, 1989). Par ailleurs, les sciences biomédicales ont été influencées par les sciences sociales qui ont démontré que la qualité de la relation médecin-patient est aussi importante que la technologie médicale en ce qui a trait aux résultats thérapeutiques (Hughes, Bamford, & May, 2008). Trois tendances émergent des modèles de pratique centrée sur le patient proposés par les sciences sociales, soit la communication médecin-patient, l'inclusion du patient dans

la prise de décision et le partage des responsabilités entre le professionnel et le patient (Hughes, et al., 2008).

Les écrits en médecine décrivent aussi le processus de la pratique centrée sur le patient comme une alliance thérapeutique où le médecin et le patient partagent le pouvoir et les responsabilités (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005; Eckman, 2001; Mead & Bower, 2000b; Sandman & Munthe, 2009). Pour ce faire, les habiletés de communication du médecin sont nécessaires à la réussite de sa relation avec le patient parce qu'elles permettent l'exploration des dimensions psychosociales du patient (Bensing, 2000; Haidet et al., 2006; Kjeldmand, Holmstrom, & Rosenqvist, 2006; Mallinger, Griggs, & Shields, 2005; Sinfield, Baker, Agarwal, & Tarrant, 2008; Taylor, 2009; Zandbelt, Smets, Oort, & De Haes, 2005). Considérant les besoins du patient, le médecin doit également offrir de l'information « sur mesure » (Kidd, Marteau, Robinson, Ukoumunne, & Tydeman, 2004; Moore & Wasson, 2006). La prise de décision est aussi un enjeu de la relation entre le médecin et le patient (Eckman, 2001; Sandman & Munthe, 2009), mais elle est expliquée sommairement. Quant aux conséquences d'une pratique centrée sur le patient, des auteurs rapportent une amélioration de l'accessibilité aux soins (Berry, Seiders, & Wilder, 2003), une amélioration de la qualité de vie des patients (De Haes & Koedoot, 2003), une plus grande satisfaction des patients (Kidd et al., 2004; Little et al., 2001; Mallinger et al., 2005) et une plus grande efficacité du traitement médical et de la performance du médecin (Kirschner & Barr; Little et al., 2001; Mallinger et al., 2005; Moore & Wasson, 2006).

Parallèlement, la notion de « patient partenaire » ou de « patient expert » émerge des écrits en médecine. Cette appellation est utilisée afin d'affirmer un rôle plus actif pour le patient (Jouet, Flora, & Las Vergnas, 2010; Karazivan, 2011; Tyreman, 2005). L'utilisation de cette notion est rapportée comme une stratégie essentielle pour modifier l'approche médicale jusqu'alors qualifiée de paternaliste (Jouet et al., 2010; Karazivan, 2011) et pour faire évoluer les approches de soins et de

services de santé vers un nouveau paradigme (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013; Vanier et al., 2013). D'ailleurs, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a établi un Bureau facultaire de l'expérience patient partenaire (BFEP) qui a pour mandat de redéfinir la relation patient-médecin autour d'un partenariat de soins où ces deux acteurs collaborent au cours du processus de soins (Jean-Baptiste, 2011).

En lien avec l'ergothérapie, l'expression « centré sur le patient » a été répertoriée la première fois en 1983, mais aucune définition n'a été disponible avant 1995 (Wilkins, Pollock, Rochon, & Law, 2001). La définition de Law (1998) est celle maintenant adoptée au Canada et parle d'un partenariat entre l'ergothérapeute et le patient qui est au centre de l'intervention et de l'évaluation des résultats. Pour cette discipline, le but d'une philosophie « centrée sur le client » est de créer un environnement de *caring*, de dignité et d'*empowerment* où le patient dirige le cours de ses soins et utilise ses ressources internes pour accélérer sa guérison (Matheis-Kraft, George, Olinger, & York, 1990). La pratique centrée sur le patient est un processus dynamique (Moats, 2007) où le patient et le professionnel interagissent pour la prise de décision (négociation et partage des pouvoirs) quant aux choix de traitements ((Michaels & Orentlicher, 2004; Mortenson & Dyck, 2006; Restall & Ripat, 2008; Sumsion, 2005; Sumsion & Smyth, 2000) tout en tenant compte des besoins, des désirs et des préférences du patient (Law, 1998; Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville, & Morris, 2009; Wilkins et al., 2001). La pratique centrée sur le patient a un impact positif sur les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique du patient (Stark, et al., 2009). De plus, les coûts reliés aux soins et le temps de soins auprès du patient sont moindres (Stark, et al., 2009).

En outre, les écrits sur l'interprofessionnalité montrent que le travail d'équipe est un enjeu majeur (Hall et al., 2007; Herbert, 2005; Sevin, Moore, Shepherd, Jacobs, & Hupke, 2009). Plusieurs écrits décrivent le processus d'une pratique centrée sur le patient comme une interaction entre le patient et l'équipe de soins (Canadian interprofessional health collaborative, 2010; Herbert, 2005;

Legare et al., 2008; Sevin et al., 2009). Lors de ces interactions, l'équipe tient compte des besoins et des perspectives du patient pour ajuster leurs offres de soins et faire participer ce dernier à la prise de décision. Les conséquences d'une pratique centrée sur le patient sont rapportées comme favorisant l'efficacité de l'équipe, la satisfaction des professionnels et l'expérience de soins du patient (Santé Canada, 2009; Sevin et al., 2009).

La participation aux soins des patients et de leurs familles est décrite également comme un élément d'une pratique centrée sur le patient (Glynn et al., 2008; Kitson et al., 2013; Kvarnstrom et al., 2012; Martin & Finn, 2011; Thorarinsdottir & Kristjansson, 2014). Au Canada, plus précisément en Ontario, des initiatives encourageant la participation des patients sont recensées tel la « Mise à contribution des survivants du cancer pour améliorer les expériences des patients atteints de cancer » (Conseil canadien de la santé, 2010). Au Québec, plusieurs centres hospitaliers, dont certains du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal, endossent plutôt une approche dite « patient partenaire » ou de « partenariat de soins ». Le patient est considéré comme membre à part entière de l'équipe de soins où les savoirs expérientiels de ce dernier sont reconnus et ses compétences en regard des soins sont développées avec les professionnels de l'équipe (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013).

Les différentes conceptualisations de la pratique centrée sur le patient présentent des éléments communs. Pour les sciences infirmières, la médecine, l'ergothérapie et les écrits interprofessionnels, la pratique centrée sur le patient comprend la reconnaissance du patient comme une personne entière qui a des besoins, des préoccupations, des valeurs et un vécu, un processus de soins, un partage de la prise de décision et la mise en œuvre d'interventions sur mesure et la satisfaction des patients. Des particularités quant à la pratique centrée sur le patient ont été remarquées comme l'emphasis mise sur le travail d'équipe dans les écrits sur l'interprofessionnalité et le développement d'une expertise quant aux habiletés de communication en médecine. Il est à noter que les sciences infirmières et

l'ergothérapie sont les disciplines ayant détaillé le plus la notion de « participation du patient » aux soins. De plus, dans sa recension des écrits de la santé publique, de la médecine et des sciences infirmières, Kitson et al. (2013) ont aussi identifié la participation et l'engagement du patient comme un thème commun aux disciplines pour décrire la pratique centrée sur le patient. Enfin, comme le soulignent Lauver et al. (2002), il est possible de remarquer que les composantes de la pratique centrée sur le patient sont bel et bien décrites par les disciplines, mais elles ne font pas l'objet de recherche portant sur leur efficacité.

Des articles dénombrés, la plupart présentaient des recensions des écrits ou des discussions théoriques quant à la pratique centrée sur le patient. Les articles offrant une description ou une définition de la pratique centrée sur le patient ont été ciblés. Il a été possible de dégager 17 études, dont sept qualitatives, dix quantitatives et une mixte. Les études quantitatives et mixtes avaient pour but d'identifier des barrières de la pratique centrée sur le patient (Restall & Ripat, 2008; Sumsion & Smyth, 2000; West et al., 2005), d'évaluer les compétences de professionnels quant à la pratique centrée sur le patient (McKeon et al., 2009; Zandbelt et al., 2005), d'identifier les préférences des patients quant à une pratique centrée sur le patient (Little, et al., 2001), d'évaluer la satisfaction des patients quant à la pratique centrée sur le patient (Mallinger, et al., 2005), de valider des instruments (Kjeldmand, et al., 2006) et d'évaluer des interventions centrées sur le patient (Kidd, et al., 2004; Stark, et al., 2009; Wolf, et al., 2008). Les outils utilisés pour plusieurs de ces études étaient des questionnaires de type sondage ou des questionnaires utilisant des éléments d'une pratique centrée sur le patient préétabli. Il est à souligner que les études évaluant des interventions en lien avec la pratique centrée sur le patient présentaient des résultats décevants. Les chercheurs expliquaient que la pratique centrée sur le patient était complexe et multidimensionnelle ce qui compliquait l'évaluation quantitative. Par exemple, Kidd et al. (2004) avaient calculé le nombre de questions répondues par le médecin pour évaluer l'efficacité d'une consultation médicale centrée sur le patient. Les auteurs ont

remis en cause ce type de mesure et ont suggéré d'étudier plus en profondeur la consultation médicale.

De façon générale, les devis qualitatifs ont exploré la pratique centrée sur le patient et leurs barrières (Leach, Cornwell, Fleming, & Haines, 2009; Moats, 2007; Mortenson & Dyck, 2006; Sinfield et al., 2008; Sumsion, 2005). L'entrevue semi-dirigée a été la méthode de collecte de données privilégiée. De plus, les données des études répertoriées ont été analysées par thèmes. Plusieurs de ces études avaient pour but d'explorer la pratique centrée sur le patient en lien avec le contexte clinique sans pour autant utiliser l'observation participante. Par exemple, Mortenson et Dyck (2006) ont analysé des notes d'observation d'ergothérapeutes et ont conduit des entrevues auprès de ces derniers pour explorer les relations de pouvoir influençant la pratique centrée sur le patient. À la suite de cette étude, les auteurs ont suggéré d'utiliser l'étude de cas ou l'ethnographie pour de futures études sur le sujet. Des études recensées, seulement deux ont exposé leur épistémologie de recherche. Kvale et Bondevick (2008) ont expliqué l'approche phénoménologique telle que proposée par Giorgi (1985). Par contre, Sinfield et al. (2008) sont demeurés discrets quant au réalisme critique et son influence sur la construction de leur devis. Enfin, la rigueur méthodologique des études est discutable malgré l'effort de certains auteurs d'utiliser la triangulation, la validation interjuge et la variation de l'échantillon. Il semble alors pertinent de conduire une étude qualitative ancrée dans un paradigme de recherche tel que le constructivisme et d'utiliser plusieurs méthodes de collecte de données pour documenter la pratique ICP et le contexte clinique.

Quant aux participants, quatre études présentant des perspectives de patients ont renseigné sur les aspects importants et aux préférences relatifs à la pratique centrée sur le patient (Kvale & Bondevik, 2008; Little et al., 2001; Sinfield et al., 2008; Sumsion, 2005). Pour ce qui est des professionnels, sept études ont reflété leurs points de vue pour documenter l'expérience d'une pratique centrée sur le patient et pour cibler les facteurs favorables et défavorables d'une pratique

centrée sur le patient (Kjeldmand, et al., 2006; Leach et al., 2009; Moats, 2007; Mortenson & Dyck, 2006; Sumsion & Smyth, 2000; West et al., 2005; Wilkins et al., 2001). Les barrières à une pratique centrée sur le patient ne sont pas mentionnées par les patients et leurs proches. Il s'avère donc indiqué de développer des connaissances sur la pratique ICP selon une perspective de recherche qui considère l'apport de multiples réalités de patients, de ses proches et de professionnels d'un même contexte clinique interprofessionnel.

Somme toute, la pratique professionnelle centrée sur le patient est rapportée par plusieurs disciplines de la santé. Cependant, les études quantitatives évaluant et décrivant cette pratique présentent des résultats décevants. Comme la pratique centrée sur le patient est multidimensionnelle et complexe, il est possible de croire que le devis qualitatif semble plus approprié. En effet, les études qualitatives recensées encouragent l'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données et d'un échantillon composé de patients, de proches et de professionnels. La recension des écrits soulève que peu d'études qualitatives mentionnent leurs bases philosophiques et présentent un processus de recherche rigoureux. Il est alors approprié de proposer une étude qualitative de cas multiples qui est situé dans un paradigme de recherche constructivisme pour décrire la pratique ICP.

Le contexte clinique

Quelques études ont été répertoriées présentant l'influence du contexte clinique sur la pratique centrée sur le patient en réadaptation, en santé mentale et en oncologie. D'abord, les études en réadaptation et en santé mentale seront exposées. Par la suite, la trajectoire de soins en oncologie sera décrite de même que des études en lien avec ce contexte clinique.

L'étude qualitative australienne de Leach et al. (2009) avait pour but de décrire la pratique professionnelle en réadaptation à partir des perspectives de professionnels de la santé. Le milieu de soins avait adopté une approche centrée sur le patient où des patients ayant subi un accident

vasculaire cérébral prenaient part à l'élaboration des objectifs de traitement. Un total de huit professionnels de la santé (physiothérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) ont participé à l'étude. Les résultats ont permis de décrire trois approches centrées sur le patient par les professionnels (le professionnel contrôlant, le professionnel guidant, le professionnel centré sur le patient). De plus, les participants ont identifié des facteurs facilitants et contraignants d'une pratique centrée sur le patient comme la motivation du patient, l'utilisation plus efficace du temps auprès du patient, la possibilité de mésentente entre le patient et le professionnel quant aux buts des traitements, la difficulté pour le patient aphasique de participer aux discussions, le manque de connaissances des patients/proches quant à la réadaptation, les préoccupations des patients quant aux handicaps physiques et le manque d'autocritique des patients quant à leur condition. Cette étude contribue à la compréhension de la complexité d'une pratique centrée sur le patient, de la particularité du contexte clinique de la réadaptation (ex : aphasie chez les patients) et des facteurs facilitants et contraignants d'une pratique centrée sur le patient.

Ensuite, Sumsion (2005) a réalisé une étude qualitative auprès de neuf patients britanniques provenant d'un milieu communautaire en santé mentale ayant pour but de déterminer les facteurs facilitants et contraignants d'une pratique centrée sur le patient. Les résultats présentent que les patients apprécient une pratique centrée sur le patient et se disaient plus motivés et mieux informés. Il est possible de remarquer la particularité du contexte clinique de la santé mentale par l'inclusion dans les résultats d'un sous-thème intitulé « la sévérité de la maladie ». Ce sous-thème proposait que les variations de l'état de santé de certains patients puissent compromettre leur capacité à participer aux soins et à prendre des décisions. Il apparaît que la pratique centrée sur le patient est influencée par le milieu clinique où des variantes de cette pratique sont observées dépendamment des clientèles. D'ailleurs, Sumsion suggère de répéter cette étude avec un échantillon plus grand et d'autres milieux cliniques. Les dernières études présentent des nuances quant à la pratique centrée sur le patient en lien

avec le contexte clinique. Étant donné que l'étude proposée se fera dans un contexte clinique oncologique au Québec, le contexte québécois et la trajectoire de soins en oncologie sont présentés dans les prochains paragraphes.

Depuis le début des années 2000, le cancer est devenu la première cause de mortalité au Québec, surpassant ainsi les maladies cardiovasculaires. Par exemple, en 2004, 32,6 % de tous les décès survenus au Québec ont été causés par le cancer contre 27,8 % pour les maladies cardiovasculaires (Ministère de la santé et des services sociaux, 2013). D'ailleurs, le Québec présente le troisième plus haut taux de mortalité relié au cancer au Canada, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes (Comité direction de la Société canadienne du cancer, 2013). Le Gouvernement du Québec a donc créé le « Programme québécois de lutte contre le cancer » (Comité consultatif sur le cancer, 1998). Ce programme fait appel à un effort concerté de tous les partenaires issus du réseau de la santé et des services sociaux et de la population. Il s'articule autour d'un continuum d'interventions centré sur la personne atteinte de cancer et ses proches et ciblant aussi la population.

Pour la DQC, toutes les personnes atteintes de cancer ont des besoins multiples d'ordre physique, psychosocial, matériel et spirituel (DLCC, 2011). La réponse à ces nombreux besoins exige une attention particulière de la part des professionnels et des intervenants œuvrant en interprofessionnalité. Cette complexité dans la lutte contre le cancer justifie ainsi la présence de professionnels aux expertises variées, jouant chacun un rôle bien précis au regard de l'interprofessionnalité (DLCC, 2011). Le travail en équipe interprofessionnelle est alors jugé comme un incontournable pour répondre adéquatement aux besoins variés des personnes atteintes de cancer. La DQC a donc mis en place des actions spécifiques touchant l'ensemble des aspects de la trajectoire de soins en oncologie et de services (DLCC, 2007).

La DQC présente la trajectoire de soins en oncologie selon quatre périodes soit : l'investigation, le diagnostic, les traitements et le suivi (DLCC, 2011). La période de l'investigation est caractérisée

par l'apparition des symptômes du cancer ainsi que l'attente des résultats des tests de dépistage et d'investigation. Quant au diagnostic, cette période représente l'annonce d'un diagnostic de cancer et l'attente pour commencer les traitements. Par la suite, la période des traitements se distingue par le début des traitements. Pendant cette période, le patient peut avoir un congé de l'hôpital. Un suivi étroit est offert pour évaluer si des modifications au traitement sont nécessaires ou si le cancer récidive. S'il y a échec des traitements, des soins de fin de vie peuvent être entrepris. Enfin, le suivi représente la fin des traitements et la transition vers la survivance. Lors du suivi, un suivi médical et des examens de surveillance sont assurés.

Des études en oncologie font part de l'influence de la trajectoire de soins sur les perceptions d'une pratique centrée sur le patient. L'étude phénoménologique de Kvale et Bondevik (2008) s'est intéressée à l'importance d'une pratique centrée sur le patient auprès de patients hospitalisés sur une unité en oncologie en Norvège. Les auteurs ont remarqué que les professionnels de la santé et les membres de la famille insistent pour que le patient participe aux soins. Cependant, certains patients sont mal en point en raison des changements physiques, des interventions médicales, de la détresse émotionnelle et de la douleur et ne peuvent pas participer aux soins comme ils le voudraient. Cette situation est propre à l'expérience du cancer où la fatigue et la douleur sont des effets secondaires fréquents qui peuvent miner une pratique centrée sur le patient. Kvale et Bondevik précisent que les perceptions des patients en regard d'une pratique centrée sur le patient peuvent varier selon la culture du milieu de soins et le stade de la maladie.

Quant à Sinfield et al. (2008), ils ont conduit une étude qualitative en Irlande ayant pour but de comprendre et d'identifier les aspects les plus importants du soin selon la perspective de patients atteints de cancer de la prostate et leurs conjointes. Les auteurs ont remarqué des variations considérables entre les expériences des patients en raison des différents soins et services reçus comme la présence d'une infirmière spécialisée en urologie. Les auteurs mentionnent également que plus

d'attention devrait être accordée aux partenaires qui ont un impact significatif sur l'expérience du soin et sur la satisfaction en regard des résultats de soins du patient. Il est à noter que les proches font partie de l'expérience du cancer et qu'il est normal de voir les patients accompagnés de leurs proches dans un contexte de soins oncologiques.

Par ailleurs, l'étude canadienne qualitative de Leon-Carlyle et al. (2009) avait pour but d'explorer l'intérêt de patients atteints de cancers colorectaux et de médecins en regard de la prise de décision partagée. Les résultats décrivent que le contexte clinique d'une clientèle atteinte d'un cancer colorectal (antécédent de radiothérapie, présence d'une stomie, complication postopératoire) influence la prise de décision partagée. Ainsi, l'exploration exclusive de la clientèle atteinte d'un cancer colorectal renseigne sur les facteurs contextuels et sur la particularité de cette population quant à la prise de décision partagée.

En résumé, le contexte clinique influence la description d'une pratique centrée sur le patient. Chez une clientèle atteinte de cancer, des facteurs influents sont identifiés tels que la trajectoire de soins, le milieu de soins et les perceptions des proches. Le contexte particulier du Québec où des initiatives gouvernementales sont notées vient ajouter à la complexité de la pratique ICP. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la pratique centrée sur le patient et la pratique ICP dans le contexte de l'oncologie au Québec. Il est donc essentiel de considérer l'expérience unique du cancer et le contexte québécois dans le cadre d'une étude ayant pour but de décrire la pratique ICP.

La prochaine section présente l'article I de la thèse qui est précédé d'une introduction.

L'introduction à l'article I

Le premier article de la thèse présente une réflexion théorique quant à la contribution des sciences infirmières aux savoirs interprofessionnels. Il été publié en 2013 dans *Recherche en soins infirmiers*. L'étudiante chercheuse est la première auteure de cet article. Elle a réalisé la recension des écrits et l'écriture de l'article. Quant aux co-auteurs, soit les directrices de recherche de l'étudiante, elles ont collaboré activement à l'écriture et à la révision de l'article. De plus, elles ont accepté que cet article soit intégré à la présente thèse.

Depuis plus de vingt ans, de nombreuses initiatives ont vu le jour pour introduire ou faciliter une pratique interprofessionnelle dite « centrée sur le patient » (Santé Canada, 2004; Soubhi et al., 2008). Cependant, malgré cette préoccupation, les études, les écrits et les politiques détaillent plutôt le travail en équipe (Lindblom et al., 2007; Reeves et al., 2010; San Martin Rodriguez, 2007) et évaluent l'efficacité des équipes de soins (Kitto, 2011). Ces thèmes orientent alors les savoirs interprofessionnels vers une perspective pragmatique (Klein, 1996; Lenoir, 2001).

L'expertise infirmière peut contribuer à guider la conceptualisation d'une pratique ICP. Les valeurs humanistes de la discipline infirmière englobent la participation du patient ainsi que le partage du pouvoir et du savoir avec le patient, éléments d'une pratique infirmière centrée sur le patient (Hobbs, 2009; Lauver et al., 2002; Nightingale, 1970). Il est alors justifié de revoir la pratique ICP selon une optique infirmière (Cody & Mitchell, 2002). C'est pourquoi un cadre de référence sur la pratique ICP inspirée des valeurs infirmières est présenté. Le *Person centred nursing framework* (McCormack et McCance, 2010), présenté à l'appendice A, et la définition de l'interprofessionnalité de Couturier (2009) ont été retenues. L'adaptation du PCNF propose de considérer la pratique ICP selon les quatre composantes du modèle original: les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique ICP et les résultats. Notons que selon ce cadre, le processus d'une pratique

ICP inclut les activités suivantes : travailler avec les valeurs et les croyances du patient, avoir une attitude empathique, partager la prise de décision, s'engager et offrir des soins holistiques. Quant à Couturier (2009), il explique que l'*inter* se conçoit comme un espace de rencontres, caractérisé par un mouvement. Ainsi, une pratique ICP se réalise dans un espace commun d'échanges entre les professionnels et les patients.

L'article I a pour but de présenter la contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. Il présente également une recension des écrits exhaustive quant à la pratique interprofessionnelle et l'expertise des sciences infirmières en regard de la pratique centrée sur le patient. Enfin, cet article met en lumière le travail préalable afin de positionner ou définir le projet d'études doctorales selon une perspective disciplinaire et de justifier l'adoption d'un cadre de référence inspirée d'une pratique infirmière centrée sur le patient.

Article I : Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels³

Karine Bilodeau, inf. PhD (c), Sylvie Dubois inf. PhD et Jacinthe Pepin, inf. PhD

Abrégé

Les professionnels de la santé sont appelés à travailler en interprofessionnalité pour assurer une qualité des soins aux patients. Plusieurs études explorent la pratique et la formation interprofessionnelles. Cependant, les connaissances développées portent surtout sur le travail d'équipe et le contexte organisationnel. Certains cadres de référence incluent la notion « centré sur le patient » pour mettre en évidence la contribution du patient, mais son apport à la pratique interprofessionnelle y est peu détaillé. Considérant que les sciences infirmières possèdent une solide expertise quant à une pratique professionnelle centrée sur le patient, il est possible de croire que ce savoir disciplinaire puisse influencer les nouvelles approches collaboratives. L'article a pour but de faire état des connaissances quant à la pratique interprofessionnelle et à la pratique infirmière centrée sur le patient. Nous mettons en évidence la contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels, cohérents avec une pratique centrée sur le patient et donc inspirés des valeurs infirmières.

Abstract

Health professionals have to work together to ensure quality patient care. There are many studies exploring interprofessional education and practice. However, interprofessional knowledge is related to teamwork and organizational context. Some frameworks include "patient-centered" concepts to highlight the contribution of the patient but descriptions of the patient's contribution to

³ Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en Soins Infirmiers*(113), 43-50.

the interprofessional practice are limited. Nursing professionals develop extensive expertise as a patient-centered professional practice and their experience can inspire new collaborative approaches. This article aims to summarize the state of knowledge regarding interprofessional practice and patient-centered nursing expertise. We also highlight the contribution of nursing in developing this approach and the ways in which nursing contributes to the development of interprofessional knowledge that is consistent with its values.

Mots clefs : pratique interprofessionnelle, soins infirmiers centrés sur le patient, sciences infirmières, développement de savoirs interprofessionnels

Keywords: Interprofessional practice, patient-centered nursing, nursing science, interprofessional knowledge development.

Remerciements

Nous tenons à remercier le professeur Brendan McCormack, *PhD, Director of Nursing Research and Development, University of Ulster/Royal Hospitals, Belfast, Northern Ireland, UK* qui a généreusement accepté que nous adaptions son illustration du « *Person centred nursing framework* ».

Introduction

Depuis deux décennies, les professionnels de la santé sont appelés à exercer une pratique interprofessionnelle appelée aussi pratique collaborative. Des initiatives entourant la pratique interprofessionnelle (Mann et al., 2009; Soubhi et al., 2008; Zwarenstein et al., 2009) et la formation à la collaboration interprofessionnelle (Curran et al., 2010; Trojan et al., 2009) ont été recensées au Canada et ailleurs dans le monde. La pratique interprofessionnelle est présentée comme une option susceptible de relever les défis rencontrés par les systèmes de santé. Par exemple, au Canada, Santé Canada (2004) encourage cette pratique par des politiques de santé, car elle contribue notamment à l'amélioration des soins offerts aux patients, à l'accessibilité et à la sécurité tout en favorisant une meilleure communication entre les professionnels de la santé. Aux États-Unis, l'*Institute of Medicine* (IOM) considère que la pratique interprofessionnelle est une compétence indispensable au 21^e siècle

(Institute of Medicine, 2003). De plus, les modèles de pratique interprofessionnelle mettent en évidence la notion « centré sur le patient ». À cet effet, la pratique interprofessionnelle ICP est une composante importante du *National Interprofessional Competency Framework* (Canadian interprofessional health collaborative, 2010) et du modèle proposé par Santé Canada (2005) (D'Amour & Oandasan, 2005), « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient ». Par contre, une recension des écrits portant tant sur la formation que sur la pratique interprofessionnelle souligne qu'il est difficile d'obtenir une description de la notion « centré sur le patient » (Dubois et al., 2009). En effet, des 89 articles recensés, seulement quatre articles (Armitage et al., 2008; Lindblom et al., 2007; Mann et al., 2009; Reeves & Freeth, 2002) rapportent des résultats ou des interventions en lien avec cette notion.

Les sciences infirmières se sont, depuis toujours, intéressées à cette notion de « centré sur le patient ». Les écrits de Nightingale en font foi soulignant qu'offrir des soins infirmiers centrés sur le patient est un point central de la discipline (Lauver et al., 2002). Considérant que l'essence des soins infirmiers réside dans le fait qu'ils sont centrés sur le patient (Horton, Tschudin, & Forget, 2007), s'intéresser à une pratique interprofessionnelle qui est centrée sur le patient est alors pertinente. De plus, Hood, Leddy et Pepper (2006) et Wright et Brajtman (Wright & Brajtman, 2011) affirment que la discipline infirmière est en mesure d'assumer un leadership quant aux initiatives interprofessionnelles en raison de la nature de ses principes et de ses valeurs et qu'ils pourraient être partagés à d'autres disciplines (ex., le respect de l'autodétermination du patient, la prise de décision partagée, le respect de l'être humain, l'*advocacy*, la nécessité de prendre soin et l'obligation de s'engager moralement avec la personne, la famille et la communauté). Les infirmières doivent s'impliquer dans le développement interprofessionnel par le biais de modèles de pratique qui reflètent leur discipline professionnelle (Cody & Mitchell, 2002). Cette discipline peut donc apporter une perspective unique à la pratique interprofessionnelle en articulant une perspective disciplinaire

distincte fondée sur ses philosophies, ses théories, ses buts et ses objectifs (Cody & Mitchell, 2002; Wright & Brajtman, 2011).

Le présent article a donc pour but de présenter la contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. L'état des connaissances entourant la pratique interprofessionnelle sera d'abord détaillé. Par la suite, l'expertise en sciences infirmières quant à la pratique centrée sur le patient sera présentée. Finalement, l'adaptation d'un cadre de référence infirmier pour le contexte interprofessionnel sera proposée.

Savoirs entourant la pratique interprofessionnelle

De la même façon que les disciplines professionnelles se sont développées, les professions se sont définies par la fragmentation des connaissances disciplinaires (D'Amour & Oandassan, 2005). Les auteurs expliquent que chaque profession a sa propre juridiction de pratique où les responsabilités sont partagées. Pour ces auteurs, l'interprofessionnalité n'implique pas le développement de nouvelles professions; il est plutôt un moyen par lequel les professionnels peuvent pratiquer dans une plus grande collaboration ou de manière intégrée. La notion d'interprofessionnalité est alors utile pour favoriser l'émergence d'une approche plus cohésive et moins fragmentée de la pratique interprofessionnelle (D'Amour & Oandassan, 2005).

Des écrits théoriques soulignent que la pratique interprofessionnelle est représentée comme une nécessité pragmatique de travailler en équipe et est reliée à l'efficacité des équipes de soins (Couturier et al., 2008; Klein, 1996; Lenoir, 2001). D'ailleurs, des résultats de recherche (Lepage, 2008; San Martin Rodriguez, 2007; Zahreddine, 2010) et d'autres écrits comme des livres de référence (Freeth, 2007; Reeves et al., 2010; Spector, 2010), des rapports et des politiques gouvernementales (Direction de la lutte contre le cancer, 2005; Dubois et al., 2009; Santé Canada, 2004) présentent la pratique interprofessionnelle comme une solution favorisant l'efficacité des soins. D'autres auteurs rapportent que les connaissances entourant la pratique interprofessionnelle se

construisent à l'aide de théories explorant des facteurs relationnels (ex., interaction entre les professionnels), procéduraux (ex., partage des tâches), organisationnels (ex., organisation des équipes) et contextuels (ex., soins hospitaliers) du travail en équipe (Reeves, et al., 2010). De plus, les connaissances en lien avec la pratique interprofessionnelle sont plus développées pour la formation interprofessionnelle. Les écrits sur la formation à la pratique interprofessionnelle renseignent notamment sur les facteurs liés aux institutions, à l'enseignement et aux apprenants. Ces écrits explorent le partenariat entre les établissements d'enseignement et les milieux de soins (Christler-Tourse et al., 2008; Russell et al., 2006), le contexte d'apprentissage (Oandasan & Reeves, 2005b; Reeves et al., 2007) et le développement curriculaire (Cooper et al., 2005; Curran & Sharpe, 2007). Il apparaît que le corpus de connaissances quant à la formation interprofessionnelle est en explosion et qu'une relève de professionnels formés à la collaboration interprofessionnelle veut être assurée.

Quant aux connaissances tacites sur la pratique interprofessionnelle, elles se sont développées en milieu clinique autour du processus de la collaboration interprofessionnelle. Il a été proposé que la pratique de collaboration interprofessionnelle ait lieu lors de rencontres planifiées (ex. : réunions interprofessionnelles) et d'interactions informelles (ex., discussions se déroulant dans les corridors) (Jones & Jones, 2011; Lewin & Reeves, 2011). Ces interactions informelles permettent aux professionnelles de collaborer plus facilement parce que les frontières et les rôles sont ouvertement négociés et convenus (Ellingson, 2005). Ainsi, la pratique interprofessionnelle serait influencée par la qualité des relations entre les professionnels, la capacité de négociation, les lieux et le temps (Ellingson, 2005; Lewin & Reeves, 2011; Reeves, Rice, et al., 2009). À cet effet, l'équipe interprofessionnelle a également été étudiée par plusieurs chercheurs. Jones et Jones (2011) la représentent comme une entité à la fois statique et dynamique, parce que le personnel et le lieu demeurent les mêmes et que les attitudes entre les membres évoluent dans le temps. D'autres chercheurs rapportent des facteurs favorisant le succès soit : la proximité physique des membres, une

structure d'équipe appropriée, une composition adéquate de l'équipe, un soutien organisationnel, une communication efficace, de la confiance entre les membres, une appropriation de son rôle professionnel et la connaissance et l'acceptation des autres rôles professionnels (Kitto, 2011; Sargeant et al., 2008). Kitto (2011) souligne que l'efficacité d'une équipe interprofessionnelle pourrait aussi influencer positivement la satisfaction des professionnels au travail, la reconnaissance de la contribution au travail et leur santé (Kitto, 2011). On constate que les écrits sur les équipes interprofessionnelles sont nombreux, mais à notre connaissance, aucun ne rapporte comment l'équipe se centre sur le patient.

Certains cadres de référence ont été proposés pour mettre en relation divers éléments de la pratique ou de la formation interprofessionnelle. Par exemple, le modèle « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » (D'Amour et al., 2005) présente les déterminants et les processus influençant cette pratique dans un système de santé. Il est présenté que le processus de la pratique est influencé par des facteurs organisationnels (gouverne, règle pour structurer l'équipe) et interactionnels (partages des buts/visions, sentiments d'appartenance). Ces facteurs sont en interrelation avec les professionnels, la complexité de l'activité et le patient, qui est schématiquement au centre des soins. Cependant, cette représentation ne détaille pas l'exercice de la pratique, soit le comment. Ce modèle a d'ailleurs guidé la stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (Santé Canada, 2004). Quant au « Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle » (D'Amour, Sicotte, & Levy, 1999), il propose une compréhension de la collaboration interprofessionnelle inspirée de l'approche organisationnelle de Friedberg (1997). Cette approche repose sur une sociologie de l'action permettant une construction de l'action collective (Friedberg, 1997). Le modèle de structuration comprend donc, quatre dimensions qui s'influencent mutuellement soit : la formalisation de la collaboration interprofessionnelle (coordination de l'intervention, modalité d'interaction), la

délégation lors de la collaboration (caractère endogène et exogène, effet d'intégration et d'extériorisation), l'intériorisation (processus d'interconnaissance, établissement d'une relation de confiance, partage des territoires professionnels) et la finalisation de la régularisation (conceptions variées de la collaboration interprofessionnelle, intérêts divergents, transactions des acteurs et intégration des résultats). Le processus de collaboration est donc divisé en deux dimensions soit les relations entre les professionnels et le contexte organisationnel. Ce modèle s'attarde ainsi aux interactions entre les professionnels et décrit des éléments de la collaboration interprofessionnelle. Par contre, le travail de collaboration avec le patient n'est pas détaillé. Des chercheurs en sciences infirmières qui ont exploré la pratique interprofessionnelle ont utilisé le modèle de structuration (Lepage, 2008; San Martin Rodriguez, 2007; Zahreddine, 2010). Les connaissances infirmières développées portent sur l'identification des déterminants de la pratique interprofessionnelle en lien avec les professionnels de la santé. Notons que dans ces études le patient et ses proches sont absents du processus de collaboration ou s'ils sont présents, leur rôle est passif. En somme, ces cadres de références mettent en évidence que la pratique interprofessionnelle est complexe et multidimensionnelle. Toutefois, cette pratique est abordée selon des angles professionnels et organisationnels où la contribution du patient est discrète.

Suite à cette recension, force est de constater que les connaissances sur la pratique interprofessionnelle ont été développées à partir du désir d'efficacité des équipes de soins. Pour ce faire, les professionnels de la santé ont été nombreux à réaliser des études et des initiatives de collaboration interprofessionnelle dans leurs milieux respectifs, en mettant l'accent sur leur pratique en équipe et sur le contexte organisationnel. Toutefois, la notion « centré sur le patient » est comprise dans certains cadres de références, ce qui permet d'accentuer le pouvoir de décision et la participation du patient au sein de l'équipe de soins (D'Amour & Oandasan, 2005; Orchard, 2010; Santé Canada, 2005). Il est justifié de croire en la pertinence de revoir la pratique interprofessionnelle centrée sur le

patient (ICP) à partir de l'expertise développée en sciences infirmières quant à la pratique centrée sur le patient.

Pratique centrée sur le patient : expertise des sciences infirmières

Dès l'époque de Nightingale, les soins infirmiers étaient décrits comme différents des soins médicaux et centrés sur le patient (Lauver et al., 2002; Nightingale, 1970). Lauver et al. (2002) remarquent que l'unicité de la personne et la multidimensionnalité de l'existence humaine sont les points communs des philosophies infirmières (Lauver, et al., 2002). Par exemple, dans les années 1950, les infirmières, bouleversées par l'arrivée des technologies, d'équipements sophistiqués et d'activités complexes de soins, soutenaient l'importance d'une pratique centrée sur le patient afin que les soins soient orientés vers les besoins et les problèmes de ce dernier (Hobbs, 2009). Du milieu des années quatre-vingt jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, cette période a été marquée par l'introduction des départements spécialisés (laboratoire, imagerie, etc.) et un courant de rentabilisation des soins (Hobbs, 2009). Une pratique centrée sur le patient se voulait spécifique aux infirmières qui voyaient leurs soins se fragmenter (Hobbs, 2009). Il est alors possible de constater que la pratique centrée sur le patient est une composante de l'identité de la discipline infirmière.

Au cours de cette longue période qui a été située dans le paradigme de l'intégration (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010), lorsque la pratique infirmière est détaillée, la notion « centré sur le patient » est explicite. L'infirmière est décrite comme ayant une attitude empreinte d'empathie, de *caring* et de respect s'engageant dans une démarche de soins centrée sur le patient (Bidmead & Cowley, 2005; Redman & Lynn, 2004). Communicatrice de l'information, l'infirmière coordonne les soins du patient et assure leur continuité (Splaine Wiggins, 2008; West et al., 2005). Quant au patient, il est présenté comme une entité ayant des besoins non satisfaits, des valeurs, une autonomie, des préférences, des préoccupations, des attentes, des croyances et des volontés (Hobbs, 2009; Kelly, 2007; Mitchell et al., 2006; Sidani et al., 2006; Wolf et al., 2008). La pratique infirmière est ainsi un

processus d'engagement thérapeutique avec le patient où la participation de ce dernier est nécessaire. Elle inclut également la négociation (Baron, 2009; Bidmead & Cowley, 2005; Hobbs, 2009; Hook, 2006; Kelly, 2007; Mitchell et al., 2006; Redman & Lynn, 2004; Sidani et al., 2006; Splaine Wiggins, 2008; West et al., 2005) de même que le partage de pouvoir et de savoirs (Baron, 2009; Hook, 2006; Wolf et al., 2008). Les avantages d'une telle pratique sont des interventions de soins sur mesure (Lauver et al., 2002; Redman & Lynn, 2004) favorisant la satisfaction des besoins du patient (Hobbs, 2009). Manifestement, le patient est au centre de la pratique infirmière.

Aujourd'hui, la pratique infirmière se situe dans le paradigme de la transformation (Pepin, et al., 2010). Elle est centrée sur le patient et ses proches selon sa vision de la santé, à partir de ses savoirs et en collaboration avec les autres professionnels de la santé (Pepin, et al., 2010). Ce paradigme considère également que le savoir infirmier peut influencer autant les pratiques des autres disciplines que celles des sciences infirmières (Newman, Smith, Pharris, & Jones, 2008). L'ontologie de ce paradigme amène à concevoir de multiples réalités qui sont incarnées dans l'expérience de santé et le contexte (Cody & Mitchell, 2002; Monti & Tinggen, 2006), d'où l'importance de la relation entre l'infirmière et le patient (Newman, et al., 2008). Quant à l'épistémologie, le savoir découle de l'expérience et d'un partage de signification (Newman, et al., 2008). Il importe de proposer une vision de la pratique ICP cohérente avec les valeurs de la discipline infirmière. Afin d'illustrer une vision infirmière de la pratique ICP, le *Person centred nursing framework* de McCormack et McCance (McCormack & McCance, 2010) et la définition de l'interprofessionnalité de Couturier (2009) ont été retenues.

Pratique interprofessionnelle inspirée des valeurs infirmières

Le *Person centred nursing framework* (PCNF) est un cadre de référence infirmier qui met en lumière les éléments d'une pratique centrée sur le patient. Le PCNF a été initialement développé par McCormack et McCance (2006) et est issu d'études s'intéressant à la pratique centrée sur la personne

âgée (McCormack, 2003) et à l'expérience du soin lors de soins infirmiers (McCance, 2003). Le PCNF représente l'importance de l'expérience, des désirs et des volontés de la personne qui sont uniques. Selon le PCNF, les caractéristiques du professionnel de même que certains éléments à l'intérieur de l'environnement de soins contribuent à un processus de soins infirmiers centrés sur le patient qui apportent des résultats positifs tant chez le patient que chez le professionnel de la santé. De plus, les éléments du processus de soins infirmiers centrés sur le patient mettent l'emphase sur les interactions avec le patient et le contexte de soins. McCormack et McCance (2010) précisent que les éléments du processus de soins infirmiers centrés sur le patient ne sont pas mutuellement exclusifs, mais entremêlés dans le soin du patient. Le PCNF comprend quatre composantes qui sont interreliées : les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique de soins infirmiers centrés sur le patient et les résultats. Pour illustrer l'interrelation entre les composantes, McCormack et McCance expliquent que les prérequis du professionnel font en sorte qu'il a les habiletés nécessaires pour gérer un environnement de soins, qui est en retour nécessaire pour offrir des soins efficaces à l'aide d'un processus de soins infirmiers centrés sur le patient (McCormack, McCance, 2010). Le PCNF permet alors de décrire une pratique centrée sur le patient. Par contre, ce cadre de référence ne tient pas compte explicitement du contexte interprofessionnel et c'est pourquoi les auteurs proposent une adaptation de ce dernier.

Afin d'adapter le PCNF pour le contexte interprofessionnel, la définition de l'interprofessionnalité de Couturier a été utilisée (Couturier, 2009). Pour cet auteur, l'interprofessionnalité provoque la transformation des disciplines puisqu'elle ne se limite pas à coordonner les activités, mais elle fait plutôt en sorte que l'action de l'un soit en partie reprise dans l'action de l'autre. L'auteur présente que l'*inter*, c'est-à-dire, ce qui est entre, se conçoit alors comme un espace de rencontres, caractérisé par le mouvement plutôt que par la stabilisation disciplinaire. Une telle rencontre engage un déséquilibre, la tolérance au risque et l'incertitude. L'*inter* est

considéré comme un espace qui ne peut être comblé, soit un espace de transition. L'auteur précise que cette pratique demande au professionnel de se transformer à travers un engagement avec l'autre. La pratique interprofessionnelle se réalise au contact d'autres professionnels et est influencée par ces derniers. Il est alors à considérer que c'est à l'intérieur de ces espaces de rencontre que la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP) peut être possible.

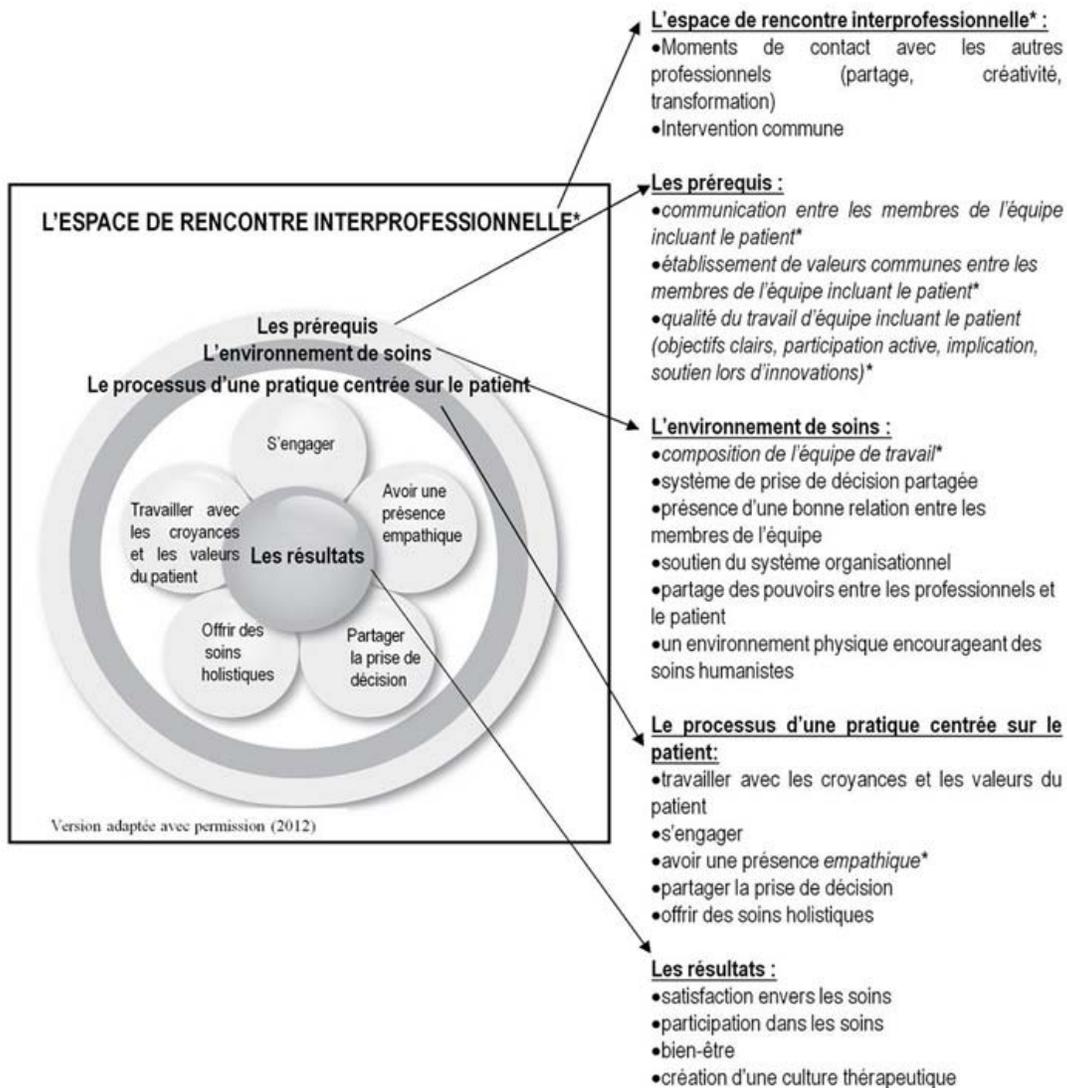
L'adaptation du PCNF à la pratique ICP représente l'intégration d'une vision infirmière de soins centrés sur patient à la pratique ICP (voir Figure 1). On considère que la pratique ICP a lieu à l'intérieur d'un espace de rencontre interprofessionnelle (Couturier, 2009). Cet espace constitue des moments de rencontre qui permettent aux professionnels de partager entre eux, d'user de créativité et de transformer leur pratique. Une intervention commune devrait ainsi se développer. Dans le cadre de l'adaptation du PCNF, les éléments des quatre composantes (les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique centrée sur le patient et les résultats) ont été actualisés pour le contexte interprofessionnel. Suite à l'adaptation, les prérequis sont la communication entre les membres de l'équipe, l'établissement de valeurs communes entre les membres de l'équipe et la qualité du travail d'équipe (objectifs clairs, participation active, implication, soutien lors d'innovations). L'environnement de soins s'ajoute donc aux prérequis et il présente le contexte où les soins sont dispensés. Afin que l'environnement de soins soit favorable à une pratique ICP, l'environnement physique doit encourager des soins humanistes. L'environnement de soins se compose d'un système de soins qui facilite la prise de décision partagée, de la présence d'une bonne relation entre les membres de l'équipe, du soutien du système organisationnel et d'un partage des pouvoirs entre les différents professionnels et le patient. Par la suite, le processus d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient est constitué de plusieurs actions telles que travailler avec les croyances et les valeurs du patient, s'engager, avoir une présence empathique, partager la prise de décision et offrir des soins holistiques. Ensuite, les résultats, la composante centrale du cadre de référence, indique

l'importance de l'efficacité du processus de soins interprofessionnels centrés sur le patient. Ces résultats sont la satisfaction en regard des soins, la participation dans les soins, un sentiment de mieux-être et la création d'une culture thérapeutique, autant pour les patients que pour les professionnels. Tel qu'illustré par le schéma, les composantes prérequis et environnement de soins soutiennent le processus de soins interprofessionnels centrés sur le patient. Ainsi, l'adaptation du PCNF offre une vision de la pratique ICP cohérente avec les valeurs infirmières.

L'adaptation du PCNF proposée sert actuellement de perspective théorique à une étude constructiviste en sciences infirmières sur la pratique ICP. Cette étude a pour but de décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie. Ce cadre de référence permet de cibler des facteurs d'ordres professionnels et contextuels d'une pratique ICP. L'adaptation du PCNF à la pratique ICP peut donc contribuer au développement de savoirs sur la pratique ICP qui se réalise dans un espace d'échange commun entre les patients et les professionnels. L'utilisation de ce cadre de référence permet d'observer les manifestations de la pratique ICP.

Conclusion

L'état des connaissances sur la pratique interprofessionnelle suggère la faible intégration de la notion « centré sur le patient ». Ces connaissances se sont davantage construites autour de thèmes en lien avec l'organisation des soins et le travail en équipe. Cependant, l'expertise développée en sciences infirmières quant à la pratique centrée sur le patient est indéniable. La richesse de cette expertise peut guider le développement de nouvelles connaissances sur la pratique ICP. L'adaptation du cadre de référence, le PCNF, est un exemple de contribution des savoirs infirmiers à la compréhension de la pratique ICP. Il est permis de croire que les sciences infirmières peuvent influencer le développement des savoirs interprofessionnels en proposant de nouveaux regards sur la pratique ICP.



*Modifications apportées au PCNF

Figure 1. Adaptation du PCNF de McCormack et McCance (2010) à la pratique ICP.

Références

- Armitage, H., Connolly, J., & Pitt, R. (2008). Developing sustainable models of interprofessional learning in practice--the TUILIP project. *Nurse Education in Practice*, 8(4), 276-282.
- Baron, S. (2009). Evaluating the patient journey approach to ensure health care is centred on patients. *Nursing Times*, 105(22), 20-23.
- Bidmead, C., & Cowley, S. (2005). A concept analysis of partnership with clients. *Community Practitioner*, 78(6), 203-208.
- Bilodeau, A., Dumont, S., Hagan, L., Pare, L., Razmpoosh, M., Houle, N., et al. (2010). Interprofessional education at Laval University: Building an integrated curriculum for patient-centred practice. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 524-535.
- Canadian interprofessional health collaborative. (2010). *National Interprofessional Competency Framework*. Toronto: CIHC.
- Christler-Tourse, R. W., Mooney, J. F., Shindul-Rothchild, J., Prince, J., Pulcini, J. A., Platt, S., et al. (2008). The university/community partnership: Transdisciplinary course development. *Journal of Interprofessional Care*, 22(5), 461-474.
- Cody, W. K., & Mitchell, G. J. (2002). Nursing knowledge and human science revisited: practical and political considerations. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 4-13.
- Cooper, H., Spencer-Dawe, E., & McLean, E. (2005). Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. *Journal of Interprofessional Care*, 19(5), 492-508.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Carrier, S., & Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: a theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 341-351.
- Curran, V. R., & Sharpe, D. (2007). A framework for integrating interprofessional education curriculum in the health sciences. *Education for Health*, 20(3), 1-7.

- Curran, V. R., Sharpe, D., Flynn, K., & Button, P. (2010). A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *Journal of Interprofessional Care, 24*(1), 41-52.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 116-131.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 8-20.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Sante, 17*(3), 68-94.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2005). *Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer: avis*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Dubois, S., Pepin, J., & Bilodeau, K. (2009). *Le contexte clinique d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en santé: Recension des écrits*. Montréal: Centre d'innovation en formation infirmière.
- Ellingson, L. (2005). *Communicating in the clinic: Negotiating frontstage and backstage teamwork*. Cresskill: Hampton Press.
- Freeth, D. (2007). *Interprofessional education*. Edinburgh: Association of the study of medical education.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée* (2e éd. rev. et compl. ed.). Paris: Éditions du Seuil.
- Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research, 58*(1), 52-62.
- Hood, L. J., Leddy, S., & Pepper, J. M. (2006). *Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Hook, M. L. (2006). Partnering with patients--a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133-143.
- Horton, K., Tschudin, V., & Forget, A. (2007). The Value of Nursing: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 14(6), 716-740.
- Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality Available from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10681
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 175-181.
- Kelly, J. (2007). Barriers to achieving patient-centered care in Ireland. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 29-34.
- Kitto, S. (2011). *Sociology of interprofessional health care practice : critical reflections and concrete solutions*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers.
- Klein, J. T. (1996). *Crossing boundaries, knowledge, disciplinarity and interdisciplinarity*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., et al. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 246-255.
- Lenoir, Y. (2001). L'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement: des lectures distinctes en fonction de cultures distinctes. In Y. Lenoir, B. Rey & I. Fazenda (Eds.), *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement* (pp. 19-36). Sherbrooke: Éditions du CRP.
- Lepage, K. (2008). Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille. from <http://hdl.handle.net/1866/2698>
- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Soc Sci Med*, 72(10), 1595-1602.

- Lindblom, P., Scheja, M., Torell, E., Astrand, P., & Fellander-Tsai, L. (2007). Learning orthopaedics: assessing medical students' experiences of interprofessional training in an orthopaedic clinical education ward. *Journal of Interprofessional Care, 21*(4), 413-423.
- Mann, K., McFetridge-Durdle, J., Martin-Misener, R., Clovis, J., Rowe, R., Beanlands, H., et al. (2009). Interprofessional education for students of the health professions: The “Seamless Care” model. *Journal of Interprofessional Care, 23*(3), 224-233.
- McCance, T. V. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice, 17*(2), 101-116.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Studies, 9*(3), 202-209.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing, 56*(5), 472-479.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Oxford: John Wiley and Sons.
- Mitchell, G. J., Bournes, D. A., & Hollett, J. (2006). Practice applications. Human becoming-guided patient-centered care: a new model transforms nursing practice. *Nursing Science Quarterly, 19*(3), 218-224.
- Monti, J. E., & Tinggen, S. M. (2006). Multiple paradigms of nursing science. In W. K. Cody (Ed.), *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (4th ed., pp. 27-41). Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science, 31*(1), E16-27.
- Nightingale, F. (1970). *Notes on nursing*. Princeton N.J.: Brandon/Systems Press.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 39-48.

- Orchard, C. A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 248-257.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e ed.). Montréal: Cheneli  re éducation inc.
- Redman, R. W., & Lynn, M. R. (2004). Advancing patient-centred care through knowledge development. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(3), 117-129.
- Reeves, S., & Freeth, D. (2002). The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 41-52.
- Reeves, S., Goldman, J., & Oandasan, I. (2007). Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings. *Journal of Allied Health*, 36(4), 231-235.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K. L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633-645.
- Russell, L., Nyhof-Young, J., Abosh, B., & Robinson, S. (2006). An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 29-39.
- San Martin Rodriguez, L. (2007). *  valuation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en h  matologie*. Montreal: Université de Montréal.
- Santé Canada. (2004). *Interdisciplinary Education For Collaborative, Patient-Centred Practice: Research and findings report*. Ottawa: Santé Canada.
- Santé Canada. (2005). *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice: Call for proposals*. Ottawa: Santé Canada.

- Sargeant, J., Loney, E., & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4), 228-234.
- Sidani, S., Epstein, D., & Miranda, J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-123.
- Soubhi, H., Lebel, P., Lefebvre, H., Poissant, L., Bouchard, J., Rioux, S., et al. (2008). *Vers la création de milieux exemplaires d'apprentissage et de développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle centrée sur les patients atteints de maladies chroniques par la mise en place de communauté de pratiques*. Montréal: Université de Montréal.
- Spector, N. (2010). Interprofessional collaboration: a nursing perspective. In B. Freshman, L. Rubino & Y. Reid Chassiakos (Eds.), *Collaboration across the disciplines in health care* (pp. 107-132). Missisauga: Jones and Bartlett publishers.
- Splaine Wiggins, M. (2008). The partnership care delivery model: an examination of the core concept and the need for a new model of care. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 629-638.
- Trojan, L., Suter, E., Arthur, N., & Taylor, E. (2009). Evaluation framework for a multi-site practice-based interprofessional education intervention. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 380-389.
- West, E., Barron, D. N., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 435-443.
- Wolf, D., Lehman, L., Quinlin, R., Rosenzweig, M., Friede, S., Zullo, T., et al. (2008). Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *Journal of Nursing Administration*, 38(12), 532-540.
- Wright, D., & Brajtman, S. (2011). Relational and embodied knowing: Nursing ethics within the interprofessional team. *Nursing Ethics*, 18(1), 20-30.

Zahreddine, J. (2010). Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique. from <http://hdl.handle.net/1866/4104>

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).

En résumé, ce chapitre a présenté l'état actuel des connaissances en lien avec l'interprofessionnalité, la pratique interprofessionnelle et la pratique centrée sur le patient. De plus, il a été exposé que le contexte clinique influence la pratique ICP. Des facteurs associés au contexte clinique de l'oncologie ont été soulevés tels que la trajectoire de soins, le milieu de soins et les perceptions des proches. Enfin, l'article I a permis de proposer une perspective disciplinaire quant à la pratique ICP et de justifier l'adoption d'un cadre de référence inspiré d'une pratique infirmière centrée sur le patient.

Chapitre 3
La méthode

Ce chapitre rapporte l'approche méthodologique de la présente étude. L'étude de cas est explicitée et plus précisément, l'étude qualitative de cas multiples (Stake, 1995, 2005, 2008). Le contexte de l'étude est exposé. Les cas et l'échantillon sont également décrits. Ensuite, le recrutement de même que la collecte des données sont présentés. La méthode d'analyse de données est aussi décrite. Les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont par la suite détaillés.

Le devis : l'étude qualitative de cas multiples

L'étude de cas fait généralement référence à l'étude d'un phénomène particulier qui peut être lié au temps (Ragin & Becker, 1992), à des événements ou des activités (Stake, 1995) ou même à un environnement (Merriam, 1998). Le cas est distinctif et peut comprendre des individus, des unités sociales, des groupes d'individus, des communautés, des groupes sociaux, des organismes ou des institutions, des événements ou des rôles (Stake, 2000; Yin, 2009). L'étude de cas est ainsi une méthode de choix pour décrire, explorer et comprendre un phénomène dans son « contexte réel » (Stake, 1995; Yin, 2009). Le résultat de l'étude de cas est une description riche, complexe et holiste d'un phénomène (Guba & Lincoln, 1994; Stake, 1978). Pour être en mesure de décrire le phénomène d'intérêt, plusieurs méthodes de collecte de données ainsi qu'un engagement continu du chercheur sur le terrain sont utilisés pour ainsi mieux comprendre la complexité du cas (Creswell, 2007; Stake, 2008). L'étude qualitative de cas multiples (Stake, 1995, 2005, 2008) est l'approche retenue pour cette étude. Les cas sont utilisés pour accéder au phénomène d'intérêt (Stake, 2005). Le phénomène de la pratique ICP est considéré complexe et intimement lié au contexte clinique (Stake, 1995). C'est par l'étude en profondeur de plusieurs équipes interprofessionnelles en oncologie et par l'immersion dans le milieu que l'étudiante chercheuse a été en mesure de décrire la pratique ICP.

L'étude qualitative de cas multiples est cohérente avec le paradigme de recherche du constructivisme (Appleton & King, 2002; Stake, 1995, 2008). Le chercheur, adoptant une épistémologie constructiviste, demeure curieux quant aux différentes perceptions possibles des divers acteurs et s'assure de décrire une représentation juste du milieu (Stake, 1995). Stake (2008) souligne que le chercheur qualitatif doit supposer que les réalités sont issues des personnes à l'intérieur et à l'extérieur des cas et que ces réalités sont sociales, culturelles, situationnelles et contextuelles. Le chercheur se doit alors de bien décrire le fonctionnement et l'interactivité du contexte. Ce devis s'était donc avéré pertinent pour la présente étude, car il a permis la description du contexte et des éléments d'une pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie.

Le contexte de l'étude

La trajectoire de soins en oncologie est déterminée selon quatre périodes soit : l'investigation, le diagnostic, les traitements (incluant la récurrence) et le suivi (DLCC, 2011). La période d'investigation est caractérisée par l'attente des résultats des tests de dépistage. Quant au diagnostic, cette période représente l'annonce d'un diagnostic de cancer et l'attente pour amorcer les traitements. Par la suite, la période des traitements se distingue par le début de ceux-ci ou par leur modification si le cancer récidive. Enfin, le suivi représente la fin des traitements et la transition vers la survie. Toutes ces périodes se déroulent généralement en centre hospitalier auprès d'équipes interprofessionnelles œuvrant en oncologie sauf pour la période d'investigation.

Cette étude a été réalisée dans un centre hospitalier universitaire (CHU) de la région montréalaise où des soins en oncologie sont offerts à la population. Pour assurer une continuité, un Centre de lutte contre le cancer (CLCC) a été mis sur pied par ce centre hospitalier afin d'accompagner les équipes interprofessionnelles et s'assurer que celles-ci respectent les directives de la DQC. Le centre hospitalier met à la disposition de la population 17 équipes interprofessionnelles en oncologie dédiées à un type de cancer spécifique où 14 d'entre elles ont une désignation

suprarégionale⁴ de la DQC. Ces équipes sont composées d’infirmières soignantes, d’infirmières pivot en oncologie, d’infirmières conseillères en soins spécialisés, d’oncologues, de chirurgiens, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de psychologues, de physiothérapeutes, d’ergothérapeutes, d’intervenants en vie spirituelle et de nutritionnistes tel que préconisé par la DQC (DLCC, 2005). Des rencontres interprofessionnelles sont prévues au moins deux fois par semaine pour discuter de la clientèle, hospitalisée ou à l’ambulatoire, vivant des problématiques complexes.

L’échantillon

Pour cette étude, le type d’échantillonnage a été intentionnel (Patton, 2002). Des critères d’inclusion à l’étude ont été utilisés afin de recruter les équipes interprofessionnelles et les différents participants potentiels. Deux cas ont été sélectionnés afin d’obtenir des données riches empreintes de contextes oncologiques variés. Chaque cas représentait une équipe interprofessionnelle dédiée à un type de cancer distinct qui affecte autant les hommes que les femmes. Chaque cas comprenait des professionnels de la santé, des gestionnaires, des patients et des proches. Les patients ciblés se situaient à une des périodes de la trajectoire de soins suivantes : le diagnostic, les traitements (début des traitements, récurrence), le suivi. La période d’investigation n’a pas été retenue, car l’équipe interprofessionnelle du CHU n’est pas impliquée lors de cette période.

Les critères d’inclusion pour tous les participants (patient, proches, professionnels, gestionnaires) étaient de s’exprimer en français et d’être intéressé à participer à l’étude. Pour les patients, ils devaient être diagnostiqués d’un cancer, se situer à une des périodes de la trajectoire de soins en oncologie soit le diagnostic, les traitements incluant la récurrence et le suivi, avoir une condition physique et mentale jugée stable par les professionnels référents et être traités au centre

⁴ La désignation suprarégionale, attribuée par la DQC, indique que l’équipe interprofessionnelle regroupe des experts (médicaux et professionnels) et offre des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés.

hospitalier de l'étude. Quant aux proches⁵, ils devaient accompagner le patient et être majeurs. Ensuite, les professionnels devaient faire partie de l'équipe interprofessionnelle en oncologie œuvrant auprès d'un patient identifié. Enfin, des gestionnaires devaient faire partie des équipes ciblées.

L'échantillon était composé de 31 participants (Tableau 1). Deux équipes ont ainsi participé; quatre patients par équipe ont été recrutés selon les périodes déterminées de la trajectoire de soins en oncologie (diagnostic, traitement incluant la récurrence, suivi). L'équipe A s'est composée de 10 professionnels et l'équipe B, de huit. D'ailleurs, pour respecter une approche centrée sur le patient, les professionnels recrutés étaient en lien avec les patients identifiés. De plus, un gestionnaire par équipe a été recruté. Seulement trois proches ont participé à l'étude. Les raisons de ce faible recrutement sont nombreuses. Quatre patients recrutés n'ont pas voulu inviter un proche et un proche sollicité a refusé de participer à l'étude parce qu'il ne voulait pas prendre part à une entrevue.

⁵ Conjoint, ami ou membre de la famille

Tableau 1
Échantillon de l'étude (N=31)

| Caractéristiques | n |
|-----------------------------------|---|
| Patient (n=8) | |
| Diagnostic | 2 |
| Traitement | 2 |
| Récidive | 2 |
| Suivi | 2 |
| Proche (n=3) | |
| Diagnostic | 1 |
| Traitement | 0 |
| Récidive | 1 |
| Suivi | 1 |
| Professionnel ⁶ (n=20) | |
| Infirmière | 4 |
| Infirmière auxiliaire | 1 |
| Médecin | 5 |
| Nutritionniste | 1 |
| Psychologue | 1 |
| Pharmacien | 1 |
| Travailleur social | 1 |
| Physiothérapeute | 3 |
| Ergothérapeute | 1 |
| Gestionnaire | 2 |

Le recrutement

Le recrutement des équipes interprofessionnelles

Suite aux approbations scientifique et éthique (Appendice A), les démarches pour le recrutement des équipes potentielles ont été entreprises. De concert avec les directrices de recherche de l'étudiante chercheuse, une rencontre a eu lieu au centre hospitalier avec les gestionnaires de l'oncologie, de la Direction de l'enseignement et de la Direction des soins infirmiers pour présenter le projet d'étude et solliciter leur soutien à l'identification de deux équipes interprofessionnelles en oncologie répondant

⁶ Les professionnels ne sont pas présentés selon leur équipe respective afin de préserver leur anonymat.

aux critères établis⁷ (cancer distinct, clientèle mixte). Ces gestionnaires ont alors invité deux équipes à participer et ces dernières se sont montrées intéressées à l'étude.

Le recrutement des professionnels

En collaboration avec les responsables des équipes identifiées, le projet a été présenté dans le cadre de rencontres de service afin de solliciter la participation des professionnels à l'étude et au recrutement des patients dont ils assuraient le suivi. Lors de cette rencontre, l'étudiante chercheuse sollicitait leur participation à des entrevues individuelles. Il a été mentionné qu'en participant à l'étude, les professionnels acceptaient également l'observation par l'étudiante lors des interactions avec leurs patients et lors de réunions interprofessionnelles. Après avoir répondu à leurs questions sur l'étude, un formulaire d'information et de consentement a été remis aux intéressés (Appendice B). L'étudiante chercheuse a initié un contact, en personne, par courriel ou par téléphone, auprès de ces derniers sept jours après la remise de la documentation, pour valider leur participation et planifier la signature du formulaire de consentement.

Le recrutement des gestionnaires

Initialement, ce groupe n'était pas ciblé par le recrutement. Après la collecte de données du premier cas, il est apparu essentiel d'ajouter des entrevues avec des gestionnaires, des deux équipes étudiées, afin de documenter globalement le contexte des équipes. Cet amendement au protocole a été accepté par le comité d'éthique du CHU de l'étude. Ainsi, deux gestionnaires qui avaient participé aux séances d'information ont été recrutés et ont signé un formulaire de consentement.

⁷ Quatorze équipes répondaient initialement aux critères de sélection.

Le recrutement des patients

Pour le recrutement des patients, les professionnels participant à l'étude ont présenté le projet de recherche à des patients de leur clientèle répondant aux critères d'inclusion. Un aide-mémoire de l'étude avait été remis aux professionnels pour les soutenir dans l'explication du projet au patient (Appendice C). Ceux-ci expliquaient brièvement aux patients ciblés le but de l'étude et prenaient, avec leur accord, leurs coordonnées afin qu'ils puissent être contactés par téléphone. Une lettre de présentation du projet (Appendice D) expliquant le but de l'étude et un formulaire d'information et de consentement étaient remis par le professionnel référent. Dans certains cas, le professionnel référent pouvait inviter l'étudiante chercheuse à rencontrer le patient, si ce dernier acceptait, pour offrir des informations sur l'étude. Après la remise de la documentation, l'étudiante chercheuse contactait les candidats potentiels afin de répondre à leurs questions et de valider s'ils acceptaient de participer à l'entrevue et à l'observation. De plus, il était expliqué qu'il était possible d'inviter un proche à l'étude. Après acceptation du patient, un rendez-vous était fixé pour la signature du formulaire de consentement et pour l'entrevue.

Afin de favoriser le recrutement des patients, l'étudiante chercheuse s'est présentée régulièrement à certaines réunions d'équipe et faisait le point sur les activités de recrutement. De plus, comme les patients qui étaient à la période du diagnostic et du suivi étaient plus difficiles à rejoindre, l'étudiante chercheuse se présentait à certaines cliniques médicales externes. Ces stratégies ont permis de rappeler aux professionnels la tenue du recrutement et de répondre à leurs questions sur l'étude.

Le recrutement des proches

Le patient participant au projet demandait à un proche significatif répondant aux critères d'inclusion d'être recruté. Si le proche acceptait de participer à l'entrevue, le patient avisait l'étudiante chercheuse qui invitait ce proche à l'entrevue. Avant l'entrevue, l'étudiante chercheuse

remettait au proche un formulaire d'information et de consentement et répondait aux questions avant la signature du consentement.

La collecte des données

Stake (1995; 2005) propose d'employer plusieurs sources de données pour bien comprendre la complexité et la particularité du phénomène à l'étude. Un questionnaire sociodémographique, des entrevues et de l'observation ont été utilisés pour chacun des cas.

Le questionnaire sociodémographique

Afin de décrire l'échantillon, un questionnaire sociodémographique a été rempli par l'étudiante avec l'aide du participant avant le début de l'entrevue. Le questionnaire destiné aux patients permettait de documenter leur âge, leur ethnicité, la période de la trajectoire de soins en oncologie, le type de cancer, la maisonnée⁸, leur occupation, la scolarité et le nombre d'années de suivi auprès de l'équipe. Celui des proches informait sur l'âge, l'ethnicité, le lien avec le patient, l'occupation, la maisonnée, la scolarité et la fréquence des accompagnements. Quant à celui des professionnels et des gestionnaires, il renseignait sur l'âge, l'ethnicité, la profession, le nombre d'années d'expérience professionnelle, le nombre d'années d'expérience auprès d'une clientèle en oncologie et le nombre d'années au sein de l'équipe de soins (Appendice E).

L'entrevue semi-dirigée

Selon Stake (1995), l'entrevue semi-dirigée est un moyen pour révéler les multiples réalités des acteurs interagissant dans les cas. Vingt-huit entrevues variant de 45 à 90 minutes ont été réalisées avec les patients/proches, les professionnels de la santé et les gestionnaires (Tableau 2). Pour les patients/proches, ils ont été interviewés ensemble parce que les patients venaient généralement

⁸ Ensemble des personnes vivant dans une même maison.

accompagnés de leur proche. Les patients n'ayant pas invité de proche ont été interviewés seuls de même que les professionnels et les gestionnaires.

Tableau 2
Description des entrevues (N=28)

| Entrevues semi-dirigées | n |
|-------------------------|----|
| Patients | 5 |
| Patients et proches | 3 |
| Professionnels | 18 |
| Gestionnaires | 2 |

Au début de l'entrevue, l'étudiante chercheuse informait les participants qu'il n'y avait aucune mauvaise réponse et qu'ils pouvaient s'exprimer librement. Des guides d'entrevue ont été développés pour orienter les sujets abordés au cours de l'entretien (Appendice F). Ces questions étaient en lien avec les trois questions de recherche de l'étude. Les entrevues ont été également enregistrées à l'aide d'un magnétophone numérique. Comme suggéré par Patton (2002), l'étudiante chercheuse a adopté une attitude le plus neutre possible lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'elle ne montrait pas son accord ou son désaccord quant aux réponses du participant. Pendant l'entrevue, l'étudiante chercheuse portait attention aux aspects verbaux et non verbaux de la communication, faisait preuve d'empathie et utilisait le reflet pour stimuler la conversation au besoin (Boutin, 1997). Des notes de terrain ont également été prises après chaque entrevue exprimant les impressions de l'étudiante chercheuse quant à l'entrevue, les conditions dans lesquelles celle-ci s'était déroulée et les réactions des participants aux questions (Patton, 2002).

L'observation

L'observation est une méthode de choix lors d'une étude de cas étant donné que le phénomène étudié est influencé par un contexte social, culturel, situationnel et contextuel (Stake, 1995). Dans une étude qualitative de cas multiples, le chercheur doit passer beaucoup de temps dans le milieu et être personnellement en contact avec les activités (Stake, 2008). Lors de l'observation, Stake (1995) précise que le chercheur doit demeurer discret pour ne pas perturber les activités du cas. Dans cette étude, le but de l'observation était de décrire comment les patients vivaient l'expérience de la pratique ICP.

L'observation de la pratique ICP a été réalisée au cours des activités cliniques auxquelles le patient participait. Cette stratégie a permis de décrire la pratique ICP au cours de certaines périodes de la trajectoire de soins en oncologie. L'observation a été réalisée pour deux à neuf activités (60-120 minutes/activité) pour chaque patient recruté. Le nombre choisi de périodes d'observation a été inspiré d'études de cas en lien avec l'interprofessionnalité où de deux à neuf rencontres interprofessionnelles étaient observées (Camiré, 2005; Ferrada, 2002; Lepage, 2008). Ainsi, un total de 57.6 heures (3456 minutes) d'observation a été réalisé (Tableau 3). Les activités observées auprès du patient ont été les rencontres avec les professionnels de l'équipe et les périodes de traitements (ex., chimiothérapie, radiothérapie). Des réunions interprofessionnelles, au cours desquelles la situation d'un patient recruté était discutée, ont également été observées.

Tableau 3

Durée des observations

| Patients | Équipe A | | | | Équipe B | | | |
|-----------------------------|----------|-----|-----|----|----------|-----|-----|----|
| | 1A | 2A | 3A | 4A | 1B | 2B | 3B | 4B |
| Total par patient (minutes) | 610 | 765 | 480 | 85 | 940 | 345 | 235 | 0 |
| Total par équipe (minutes) | 1940 | | | | 1520 | | | |

Étant donné que les périodes d'observation se déroulaient dans un CHU et que d'autres professionnels de la santé pouvaient intervenir ponctuellement et exceptionnellement auprès du patient sans avoir au préalable donné leur consentement écrit, un consentement verbal était recueilli et consigné dans les notes de terrain de l'étudiante chercheuse. Des auteurs soutiennent que ce type de consentement est tout à fait approprié dans un contexte hospitalier afin de faciliter la tenue de l'étude et d'éviter de perturber les activités cliniques (Carnevale, Macdonald, Bluebond-Langner, & McKeever, 2008). C'est pourquoi l'étudiante chercheuse rencontrait les professionnels avant le début de l'intervention avec le patient. De cette façon, les professionnels n'ayant pas signé de consentement pouvaient prendre connaissance de l'étude, poser des questions et offrir un consentement verbal. L'étudiante chercheuse s'assurait également que toutes les personnes présentes acceptaient qu'elle prenne en note leurs interactions. De plus, lors des observations, elle se positionnait derrière le professionnel afin que l'attention de ce dernier soit sur le patient.

Afin de guider les observations, une grille a été utilisée pour mieux comprendre le cas et le phénomène à l'étude (Stake, 1995). Cette grille inspirée du *Person-centred nursing framework* (McCormack & McCance, 2010) propose d'observer les acteurs, les activités, le processus de la pratique ICP et le contexte (Appendice G). Pendant les observations, des notes brèves sur les impressions de l'étudiante chercheuse étaient colligées discrètement dans un calepin. Des notes de terrain détaillées étaient écrites après la période d'observation (Patton, 2002). La redondance des observations a permis de finaliser celle-ci (Angrosino, 2007). L'étudiante chercheuse rédigeait aussi ses impressions, ses pensées et ses préoccupations dans un journal réflexif (Patton, 2002).

De plus, tout au long de l'observation, l'étudiante chercheuse rappelait son rôle auprès du patient. Comme un maximum de neuf périodes d'observation était prévu au protocole, l'étudiante effectuait un décompte des périodes d'observation restantes avec le patient après chaque rencontre. Cette stratégie permettait de rappeler la finalité de la relation.

Le déroulement de la collecte des données

Les données ont été recueillies entre mars 2012 et mars 2013. La collecte des données a débuté avec une première équipe (équipe A). Lorsque celle-ci a été terminée, la collecte des données de la deuxième équipe (équipe B) a commencé.

D'abord, l'étudiante chercheuse a interviewé les patients et les proches. Les entrevues se sont déroulées à l'hôpital ou à leur domicile, à la convenance des participants. Suite à l'entrevue, l'étudiante chercheuse communiquait hebdomadairement avec le patient pour cibler des moments pour l'observation. Parallèlement, l'étudiante chercheuse contactait hebdomadairement un professionnel recruté de l'équipe pour valider ou infirmer la présence d'une réunion interprofessionnelle discutant de la situation d'un patient recruté. Si une réunion avait lieu, une période d'observation était prévue. À la fin des observations, les professionnels œuvrant auprès des patients recrutés ont été interviewés.

L'étudiante chercheuse a suivi ce déroulement pour six patients. Il est à noter qu'il n'a pas été possible de réaliser d'abord l'entrevue pour tous les patients à la période du diagnostic en raison des nombreux rendez-vous ou du début imminent des traitements (ex., chirurgie, chimiothérapie). Ces patients acceptaient l'observation, mais préféraient participer à l'entrevue à un moment où ils seraient moins sollicités par l'équipe de soins.

La méthode d'analyse des données

Les données à analyser ont été le verbatim des entrevues et les notes des séances d'observation qui ont été transcrits. Comme suggérée par Stake (1995), une analyse de contenu a été réalisée selon la méthode de Miles et Huberman (2003), qui consiste en un processus itératif comprenant les activités suivantes soit la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration et la

vérification des conclusions (Figure 1). Cette analyse a été assistée par le logiciel QDA Miner⁹ v.4.0.11. Les différentes activités d'analyse sont explicitées dans les prochains paragraphes.

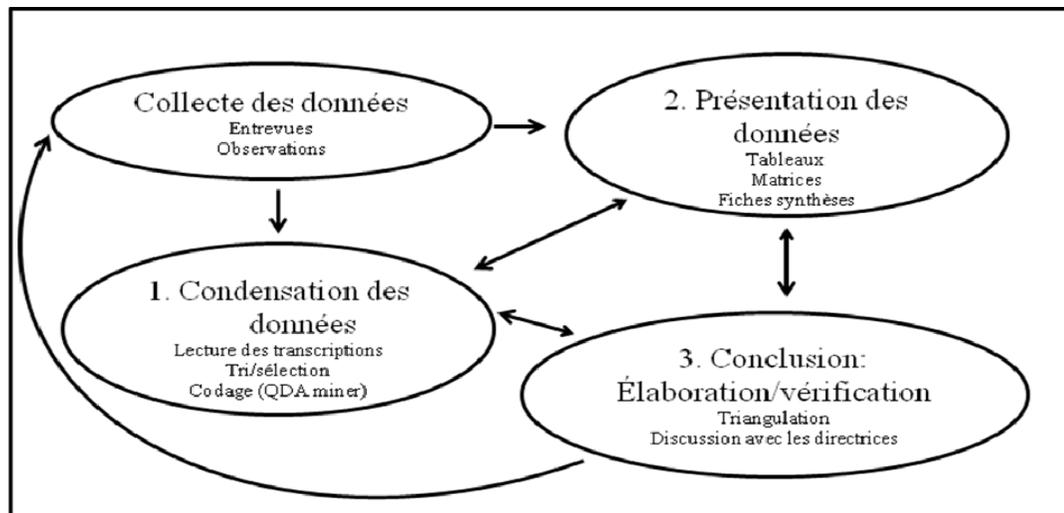


Figure 1. Schématisation de la méthode d'analyse des données.

D'abord, les données des transcriptions (entrevue, observation) ont été lues intégralement pour être en mesure de les sélectionner et les trier selon leur pertinence quant aux questions de recherche. Puis, pour les données de chaque participant, de manière inductive, des codes ont été attribués et identifiés à des sections de transcriptions. Par la suite, ces codes ont été répertoriés selon cinq grandes thématiques qui découlent des questions de recherche: comment s'exerce la pratique ICP, les facteurs facilitants, les facteurs contraignants, le lien avec l'équipe et la position du patient. Parallèlement, pour chaque participant et pour chaque équipe, les données condensées ont été assemblées pour organiser visuellement l'information sous forme de tableaux, de schémas et de fiches synthèses.

Pour présenter les activités d'analyse décrites précédemment (présentation et condensation des données), l'exemple d'un patient/proche est ici détaillé. Le tableau 4 présente un segment du tableau d'analyse d'un patient/proche et rapporte le code « Soins mal organisés -hôpitaux ne pensent

⁹ Le logiciel QDA Miner était disponible gratuitement aux étudiants de l'Université de Montréal.

pas aux patients » qui a été attribué à des sections de transcription (entrevue, observation). Ce code est d'ailleurs inspiré d'un extrait de verbatim. À cette étape de l'analyse, ce code était répertorié sous la thématique « comment s'exerce la pratique ICP ». Ensuite, avec l'aide de ce tableau, un schéma présentant, de manière condensée, les données entourant ce même patient/proche a été réalisé (Figure 2). Des extraits du verbatim et de mémos d'observation sont intégrés pour appuyer les différents liens proposés. Enfin, une fiche synthèse du patient/proche a été créée (Appendice H). Elle résume l'histoire du patient/proche, les contraintes de la collecte des données, l'apport aux questions de recherche et le verbatim à retenir pour illustrer les réponses.

Tableau 4

Exemple d'un segment du tableau d'analyse d'un patient/proche extrait de QDA Miner

| Comment s'exerce la pratique? | | |
|--|---|----------------------------|
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | Lui Je comprends...mais c'est qui le patient? C'est ça que je trouve qu'il manque un peu dans le professionnel des hôpitaux. Ils ne pensent pas assez aux patients. Si j'avais eu 90 ans là...oh la femme, pauvre femme! | Entrevue Patient et proche |
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | À la sortie de la salle, une des techniciennes lui remet un aide-mémoire pour son rendez-vous de demain à 8h00. Le patient demande si c'est l'heure pour toute la semaine. La technicienne dit que ce n'est pas possible pour le moment de lui donner un horaire. Il saura seulement la veille, l'heure du rendez-vous du lendemain. | Observation #1 |
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | Elle Mais ça par contre, moi, je trouve que c'est...c'est...il y a un bémol là : pourquoi donner le rendez-vous pour le lendemain – tu ne peux pas faire ta cédule là...tu ne peux pas comme...bon on arrivait ici, bon ben telle journée, c'est ta fille. Bon ben là je vais appeler ta fille et je vais lui dire que demain à c'est à telle heure. [patient avait besoin d'organiser quotidiennement son transport pour ses traitements à l'hôpital] | Entrevue Patient et proche |
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | Le lieu de l'examen est difficile à trouver. Des directions sont demandées en cours de route. Le patient et son proche arrivent à la réception du département qui correspond au numéro de porte donné par l'employé de radio-oncologie. Une employée explique qu'il faut d'abord s'inscrire dans l'autre corridor. | Observation #8 |
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | Elle À 8 heures et quart, on est arrivée [à la clinique] Lui On s'en est retourné, il était 2 heures, je pense. Elle Ouais. On tournait en rond. On ne savait pas. Ils nous disaient d'aller pour des prises de sang. On ne l'avait pas fait. (...) mais on n'avait pas de rendez-vous pour les prises de sang...on n'avait pas de rendez-vous pour le scan...on n'avait pas de rendez-vous pour rien. | Entrevue Patient et proche |
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | Elle Mais ça c'est une erreur qu'ils ont fait, eux, parce que durant sa période, son mois de congé, il devait y avoir une personne qui nous appelle pour lui donner un rendez-vous pour aller passer un scan. Ça ne devait pas se faire cette journée-là. C'aurait dû être bien avant... | Entrevue Patient et proche |
| Soins mal organisés- « hôpitaux ne pensent pas aux patients » | Elle Pis là ben t'sais il y a eu des personnes qui sont arrivées après nous, et qui passaient en avant de nous. C'est là que j'ai dit quand elle a ouvert la porte, j'ai dit : mais coudonc on était là avant là...qu'est-ce qui se passe? Elle dit : J'attends sa prise de sang pour savoir son taux de créatinine ou je ne sais pas trop. Lui Ouais si elle ne s'était pas levée pour poser la question là...je ne sais pas... Elle On serait encore là en train d'attendre, je pense. | Entrevue Patient et proche |

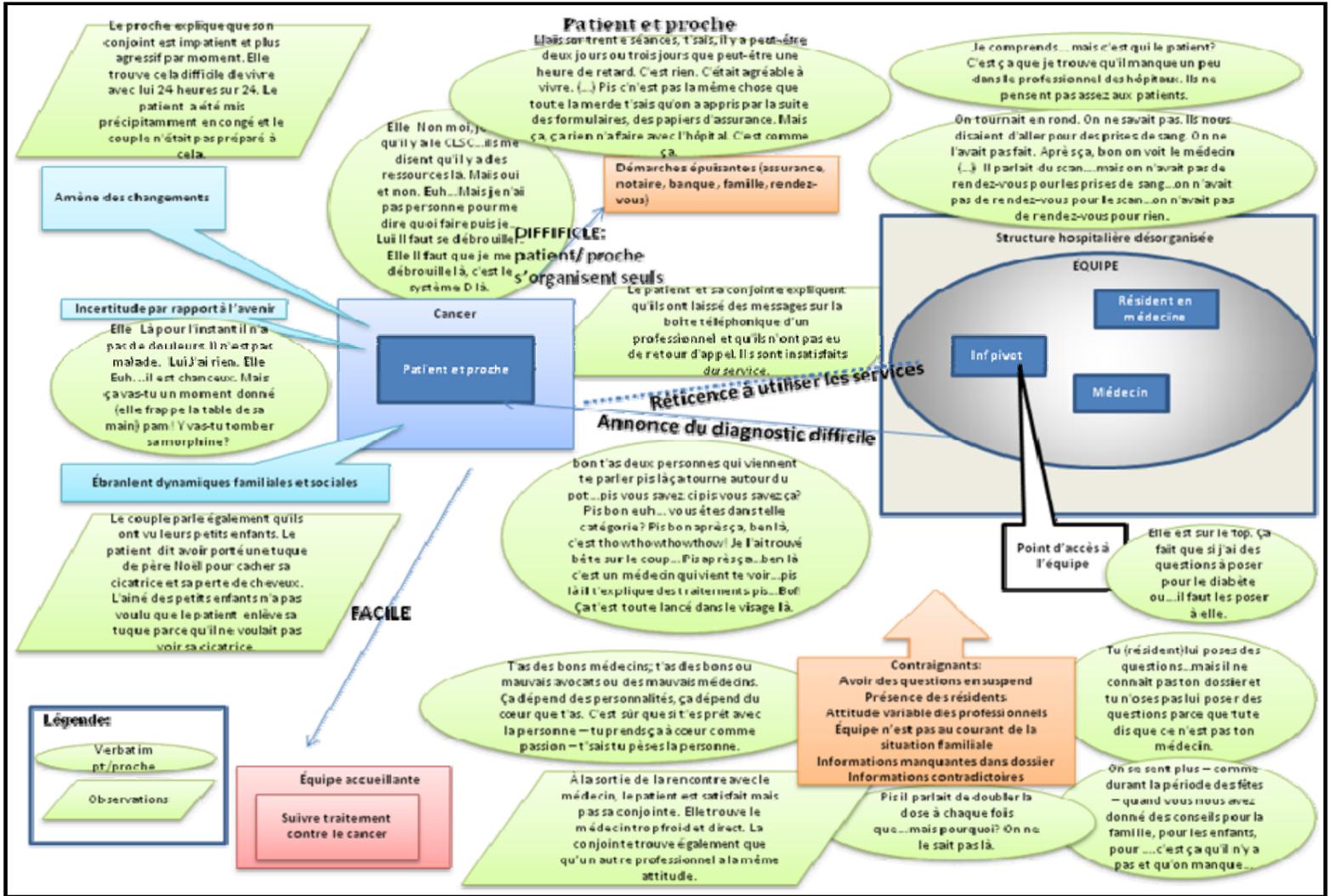


Figure 2. Schématisation des données d'analyse d'un patient/proche.

Au cours de l'analyse, des modèles, des thèmes, des régularités et des explications ont été soulevés de manière itérative. Des allers-retours ont été faits entre les données condensées (ex., code) et les données organisées (ex., tableau) pour déterminer ce qui avait du sens selon l'expérience de chaque participant. Étant donné la variété de données qui ont été colligées, la triangulation des données issue des différentes méthodes de collecte a été utilisée tout au long de l'analyse. De plus, pour vérifier les conclusions, des discussions avec les directrices ont été réalisées tout au long du processus d'analyse tout en tenant compte des données transcrites et des notes de terrain.

Le déroulement de l'analyse des données

L'analyse des données s'est déroulée en plusieurs étapes. Pour les deux équipes, chaque participant a été traité individuellement. Par la suite, les thèmes des participants ont été regroupés selon leur appartenance soit : patients/proches ou professionnels¹⁰. Ensuite, tous les thèmes des participants de chaque équipe ont été synthétisés. Pour répondre aux questions de recherche, les résultats de chacun des cas ont été mis en commun. Les cas ont alors été contrastés pour en décrire les particularités. La figure 3 présente la synthèse de l'analyse des deux équipes.

¹⁰ Les questionnaires ont été joints à ce groupe.

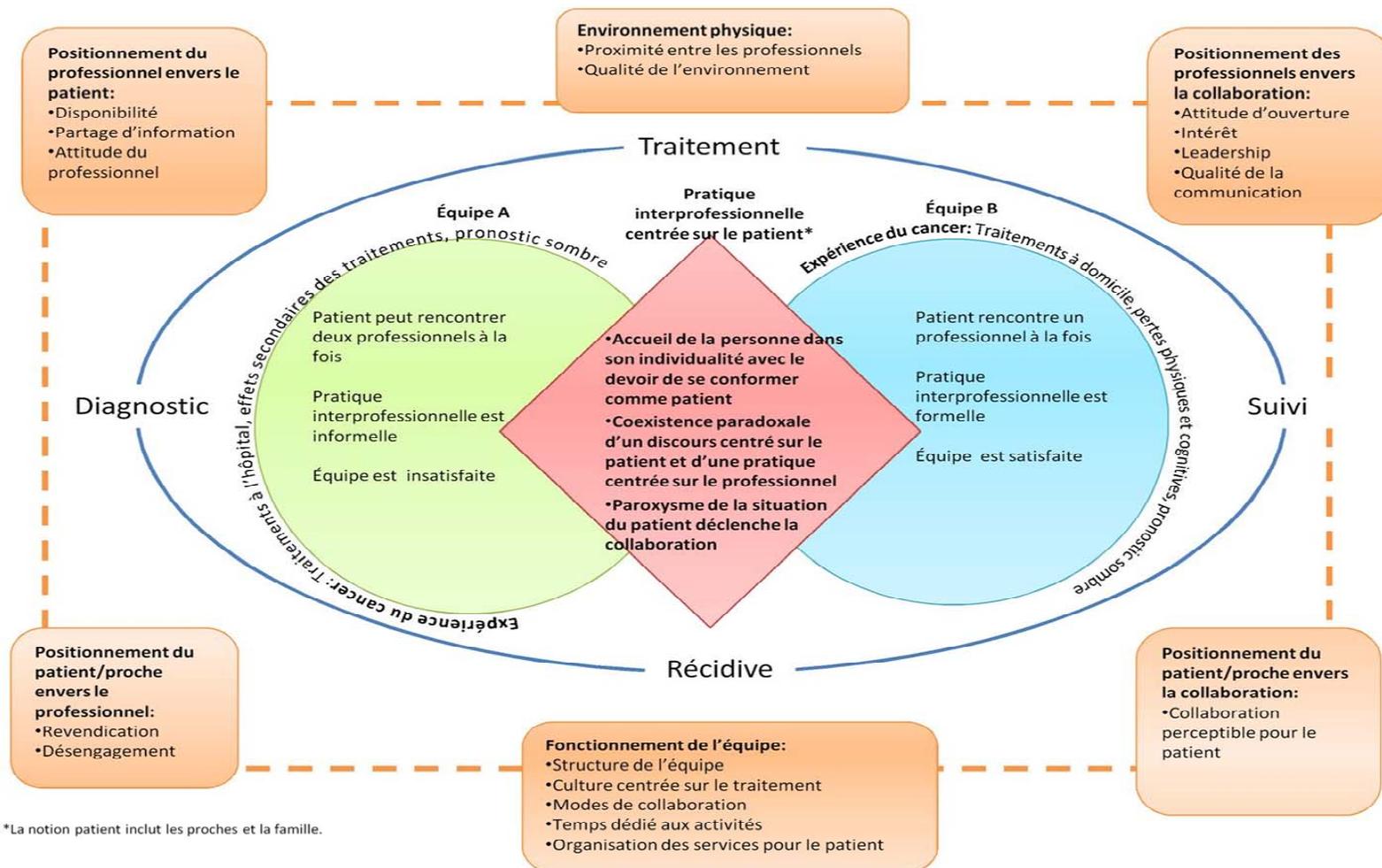


Figure 3. Synthèse de l'analyse de l'équipe A et B.

Les critères de rigueur scientifique

Dans ses écrits, Stake (1995, 2005, 2006, 2008) insiste sur l'importance de trianguler les données recueillies pour assurer la crédibilité de l'étude de cas, mais il ne propose pas spécifiquement de critère de rigueur scientifique. Pour cette étude, les critères retenus ont été ceux énoncés par Guba et Lincoln (1989; 2005) soit la fiabilité, l'imputabilité procédurale, la crédibilité et la transférabilité.

La fiabilité fait référence à la qualité des sources de données afin que les résultats de recherche soient représentatifs de la réalité du contexte et de ses participants (Guba & Lincoln, 1989). Lors des entrevues, l'étudiante chercheure a validé ses interprétations de l'observation avec les participants. De plus, pour assurer la qualité des transcriptions des entrevues, l'étudiante chercheure a validé le contenu des transcriptions avec celui des bandes audionumériques.

Pour le critère d'imputabilité procédurale, il réfère à la stabilité des données à travers le temps et la qualité de la description méthodologique (Guba & Lincoln, 1989). Afin de respecter ce critère, la cohérence entre les conclusions avancées et la condensation des données a été vérifiée par de nombreux aller-retour avec les transcriptions d'entrevue et d'observation. De plus, la tenue d'un journal de bord par l'étudiante chercheure a permis de documenter l'expérience de recherche et de vérifier l'influence potentielle de l'étudiante sur la collecte des données et sur son interprétation. Comme suggéré par Guba et Lincoln (1985; 1989), ce journal contenait également des notes méthodologiques (ex., évolution de la méthode, modifications) et des notes interprétatives (ex., déductions, questionnements, connaissances théoriques). À l'aide du journal de bord, l'étudiante chercheure a conservé une trace détaillée de son processus de recherche.

La crédibilité est obtenue lorsque les participants et d'autres personnes vivant une expérience semblable peuvent reconnaître leur réalité à la lecture des résultats de recherche (Guba & Lincoln, 1989). Patton (2002) explique également que la crédibilité des études ayant de petits échantillons s'évalue par la richesse des résultats obtenus et par la qualité de l'analyse effectuée. Afin d'assurer la crédibilité de l'étude, Guba et Lincoln (1985) et Stake (1995) suggèrent que le chercheur passe beaucoup de temps au sein de son milieu de recherche. Pour cette étude, 57,6 heures d'observation et 28 entrevues ont été complétées jusqu'à ce que les observations n'apportent plus de nouvelles données. De plus, les directrices ont lu et codé des entrevues et ont vérifié le contenu des tableaux, des schémas, et des fiches synthèses. Ainsi, de la validation interjuge a été réalisée. Enfin, l'utilisation de la triangulation des données des entrevues et de l'observation a aidé à assurer la crédibilité (Guba & Lincoln, 1989; Patton, 2002; Stake, 1995).

La transférabilité se rapporte au degré de similarité entre deux contextes (Guba & Lincoln, 1989). Pour répondre à ce critère, le contexte a été documenté de façon détaillée afin que d'autres personnes (patient, chercheur, professionnel) soient en mesure d'identifier des similitudes avec leur contexte. Une diffusion des résultats autant auprès de la communauté scientifique que des professionnels et de la clientèle sera aussi réalisée (deux publications dans des journaux ayant un comité de pairs; présentations orales lors de conférences nationales et internationales; présentations orales dans le milieu de l'étude).

Les considérations éthiques

Afin d'obtenir un consentement libre et éclairé des participants (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 1998), ces derniers ont été informés du but de l'étude, des avantages et des inconvénients et qu'il était possible de se retirer de l'étude en tout

temps, sans que cela porte de préjudices à leurs soins ou à leur emploi. Il a été également mentionné que l'objet de l'observation et le contenu des entrevues ne seraient pas rapportés aux supérieurs ou aux professionnels et ne constitueraient pas une évaluation professionnelle et qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Un formulaire d'information et de consentement a été remis et a été signé par tous les participants. Ce formulaire autorisait la tenue d'une entrevue et la participation à l'observation. De plus, des dépliants d'informations ont été disponibles au centre hospitalier pour toutes personnes désirant plus d'information sur l'étude (Appendice I).

Lors de l'entrevue, les participants devaient également accepter que leurs propos soient enregistrés. Tous les enregistrements recueillis ont été protégés par un mot de passe (bandes audionumériques) et seront conservés, selon les normes établies par l'établissement (7 ans).

Pour l'observation, les personnes devaient accepter que leurs interactions soient prises en note. Tous avaient la possibilité de refuser que l'étudiante chercheuse collige des données d'observations les concernant. L'étudiante chercheuse s'est également assurée d'obtenir un consentement verbal auprès des personnes qui n'avaient pas été initialement recrutées. Afin d'informer que l'observation avait lieu, l'étudiante chercheuse a porté un sarrau du centre de recherche du milieu de l'étude et une identification indiquant « Observation en cours ».

Pour assurer la confidentialité des participants, des codes alphanumériques ont été utilisés lors de la transcription des entrevues de même que lors de la rédaction de notes de terrain et du rapport final (Instituts de recherche en santé du Canada, et al., 1998). Enfin, il avait été prévu de référer aux ressources existantes du centre hospitalier les participants qui présenteraient des signes de détresse psychologique. Aucun participant n'a eu besoin d'être référé à ces ressources.

Chapitre 4
Les résultats

Ce chapitre traite des résultats obtenus lors du projet de recherche qui avait pour but de décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie. D'abord, les caractéristiques des participants de l'étude sont détaillées. Par la suite, les résultats sont présentés sous forme d'articles. Deux articles soumis pour publication sont alors présentés. L'article II de la thèse est intitulé « *Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: utopia or reality?* ». Pour l'article III, son titre est « La trajectoire de soins au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie: perspectives de patients et de proches ». Il est à noter que l'article I portant, entre autres, sur le cadre de référence a été présenté à la fin du chapitre 2.

Les caractéristiques des participants

Afin de décrire les participants, un questionnaire sociodémographique a été rempli par l'étudiante chercheuse avec l'aide du participant avant le début de l'entrevue. Ces résultats ont permis de dresser un portrait du profil des participants selon leur groupe d'appartenance soit les patients, les proches et les professionnels de la santé¹¹. Ainsi, pour les patients (Tableau 5), l'âge moyen était de 55,5 ans. La majorité des participants étaient des femmes, vivaient avec un conjoint et avaient reçu des traitements de chimiothérapie. Il est intéressant de voir que la moitié des participants étaient connus de leur équipe interprofessionnelle depuis plus d'un an. Quant aux proches (Tableau 6), l'âge moyen était de 45 ans. Deux conjoints et un enfant adulte¹² ont participé à l'étude. Ensuite, l'âge moyen des professionnels était de 42,9 ans (Tableau 7). La majorité des professionnels étaient des femmes. Il est à remarquer que la moitié des participants avaient une

¹¹ Pour ce chapitre, nous considérons que le terme « professionnel » inclut les gestionnaires.

¹² Les critères d'inclusion pour les proches exigeaient d'être majeurs.

expérience professionnelle de plus de 15 ans. Par contre, 11 des 20 professionnels rencontrés avaient moins de 5 ans d'expérience dans le secteur de l'oncologie et au sein de leur équipe interprofessionnelle. Ainsi, plus de la moitié de l'équipe était composée de nouveaux membres (0-5 ans).

Les prochaines sections présentent les tableaux 5, 6 et 7 ainsi que les articles II et III qui sont précédés d'une introduction.

Tableau 5
Caractéristiques des patients (N=8)

| Caractéristiques | n |
|---|---|
| Sexe | |
| Homme | 2 |
| Femme | 6 |
| Âge (année) | |
| ≤ 39 | 1 |
| 40-49 | 1 |
| 50-59 | 3 |
| 60-69 | 1 |
| ≥ 70 | 2 |
| Ethnicité | |
| Caucasien | 6 |
| Autre | 2 |
| Scolarité | |
| Primaire | 1 |
| Secondaire | 3 |
| Collégiale | 1 |
| Universitaire | 3 |
| Maisonnée | |
| Vit avec conjoint (e) | 6 |
| Vit avec enfant (s) | 1 |
| Vit avec parent (s) | 1 |
| Type de traitements reçus¹³ | |
| Chirurgie | 4 |
| Chimiothérapie | 7 |
| Radiothérapie | 5 |
| Nombre de mois auprès de l'équipe | |
| < 6 | 4 |
| 6-11 | 0 |
| ≥ 12 | 4 |

¹³ Un participant peut avoir reçu plus d'un type de traitement.

Tableau 6
Caractéristiques des proches (N=3)

| Caractéristiques | n |
|----------------------|---|
| Sexe | |
| Homme | 1 |
| Femme | 2 |
| Âge (année) | |
| ≤ 30 | 1 |
| 30-39 | 0 |
| 40-49 | 0 |
| 50-59 | 2 |
| Ethnicité | |
| Caucasien | 3 |
| Autre | 0 |
| Scolarité | |
| Primaire | 0 |
| Secondaire | 0 |
| Collégiale | 1 |
| Universitaire | 2 |
| Maisonnée | |
| Vit avec le patient | 2 |
| Vit seul(e) | 1 |
| Lien avec le patient | |
| Conjoint(e) | 2 |
| Enfant adulte | 1 |

Tableau 7
Caractéristiques des professionnels (N=20)

| Caractéristiques | n |
|---|----|
| Sexe | |
| Homme | 6 |
| Femme | 14 |
| Âge (année) | |
| < 30 | 5 |
| 30-39 | 3 |
| 40-49 | 5 |
| 50-59 | 6 |
| ≥60 | 1 |
| Ethnicité | |
| Caucasien | 18 |
| Autre | 2 |
| Expérience professionnelle (année) | |
| 0-5 | 4 |
| 6-10 | 3 |
| 11-15 | 3 |
| >15 | 10 |
| Expérience professionnelle en oncologie (année) | |
| 0-5 | 11 |
| 6-10 | 1 |
| 11-15 | 4 |
| >15 | 4 |
| Expérience au sein de l'équipe (année) | |
| 0-5 | 11 |
| 6-10 | 4 |
| 11-15 | 1 |
| >15 | 4 |

L'introduction aux articles II et III

Pour cette section, deux articles rapportant les résultats du projet de recherche qui avait pour but de décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie sont présentés. L'étudiante chercheuse est la première auteure de ces articles. Elle a réalisé la recension des écrits, l'analyse des données et l'écriture des articles. Quant aux co-auteurs, soit les directrices de recherche de l'étudiante, elles ont collaboré activement à l'analyse des données, l'écriture et la révision des articles. De plus, elles ont accepté que ces articles soient intégrés à la présente thèse.

Comme il a été souligné dans la recension des écrits, peu d'études documentent la pratique ICP au sein d'équipes en oncologie et selon les perceptions de patients, de proches et de professionnels. Les études sur le sujet n'explorent pas spécifiquement une pratique ICP, mais détaillent davantage la collaboration interprofessionnelle ou une pratique professionnelle centrée sur le patient. De plus, le contexte clinique influence la description d'une pratique ICP. Des facteurs d'influence sont associés au contexte clinique de l'oncologie tels que la trajectoire de soins, le milieu de soins et les perceptions des proches (Kvale & Bondevik, 2008; Leon-Carlyle et al., 2009; Sinfield et al., 2008). Il était donc pertinent de considérer l'expérience unique du cancer des patients et de leurs proches ainsi que du contexte québécois lors de cette description.

L'article II, publié en 2014 par le *Journal of Interprofessional Care*, présente les résultats liés aux trois questions de recherche de l'étude : 1) Comment des équipes exercent-elles la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie? 2) Quels sont les facteurs favorisant ou limitant la pratique ICP aux différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie? 3) Comment devrait s'exercer la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie selon les patients, les familles et les professionnels? Trois thèmes décrivent la pratique actuelle d'équipes soit : accueil de la personne dans son individualité avec le devoir de se

conformer comme patient, coexistence paradoxale d'un discours centré sur le patient et d'une pratique centrée sur le professionnel, déclenchement de la collaboration par le paroxysme de la situation du patient. Des facteurs d'influence sont décrits soit : fonctionnement de l'équipe, environnement physique, positionnement du professionnel et du patient/proche envers la collaboration, positionnement du professionnel envers le patient/proche, positionnement du patient/proche envers le professionnel. Ensuite, les thèmes présentant la pratique ICP souhaitée par les participants (patients, proches, professionnels) sont : accompagnement au rythme de l'expérience et de son engagement, respect du patient par la non-imposition de ses valeurs et de ses objectifs, constance et régularité dans la collaboration de tous les membres. En somme, cet article met en évidence le dualisme des cultures existant au sein des équipes, l'impact de facteurs sur la pratique ICP et le désir des participants de contribuer à une pratique ICP encourageant la participation de chacun.

Comme le produit de l'étude qualitative de cas est une description détaillée (Stake, 1995), l'article III, accepté pour publication au *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue Canadienne de Soins infirmiers en Oncologie*, a pour but de présenter les résultats documentant le contexte de la pratique ICP en oncologie selon les perceptions des patients et des proches. Cette description permet également de répondre à la première question de recherche soit: Comment les équipes exercent-elles la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins? Les résultats suggèrent que la pratique ICP des équipes est variable, mais optimale en début de traitements ou de la récurrence. Cependant, les patients peuvent faire l'expérience d'un bris dans la continuité des soins et d'une transition difficile entre les différentes périodes de la trajectoire. Enfin, cet article dépeint une pratique ICP fluctuante chez les équipes interprofessionnelles étudiées et qui varient selon la période de la trajectoire de soins (le diagnostic, les traitements, incluant la récurrence, et le suivi).

Les articles II et III sont présentés dans les prochaines sections.

Article II : Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: utopia or reality?¹⁴

Karine Bilodeau, inf. Ph.D. (c), Sylvie Dubois, inf. Ph.D. et Jacinthe Pepin, inf. Ph.D.

Abstract

Studies on interprofessional practice usually report professionals' viewpoints and document organizational, procedural and relational factors influencing that practice. Considering the importance of interprofessional patient-centred (IPPC) practice, it seems necessary to describe it in detail in an actual context of care, from the perspective of patients, their families and health-care professionals. The goal of this study was to describe IPPC practice throughout the continuum of cancer care. A qualitative multiple case study was completed with two interprofessional teams from a Canadian teaching hospital. Interviews were conducted with patients, their families and professionals, and observation was carried out. Three themes were illustrated by current team practice: Welcoming the person as a unique individual, but still requiring the patient to comply; the paradoxical coexistence of patient-centred discourse and professional-centred practice; and triggering team collaboration with the culmination of the patient's situation. Several influential factors were described, including the way the team works; the physical environment; professionals' and patients'/family members' stance on the collaboration; professionals' stance on patients and their families; and patients' stance on professionals. Finally, themes describing the desired IPPC practice reflect the wish of most participants to be more involved. They were: providing support in line with the patient's

¹⁴ Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2014). Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: utopia or reality? *Journal of Interprofessional Care, Early online*, 1-7. Retrieved from <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13561820.2014.942838>. doi:10.3109/13561820.2014.942838

experience and involvement; respecting patients by not imposing professionals' values and goals; and consistency and regularity in the collaboration of all members.

Keywords: Interprofessional practice, patient-centred practice, teamwork, oncology, case study

Introduction

Two out of five Canadians will receive a diagnosis of cancer in their lifetimes (Canadian Cancer Society, 2013). This clientele is, among other things, the focus of ministerial orientations intended to facilitate their continuum of care and ensure interprofessional follow-up centred on the patient (Direction de lutte contre le cancer [DLCC], 2007; Institute of Medicine, 2001; Canadian Partnership Against Cancer, 2013). In Quebec (Canada), since 1998, interprofessional oncology teams have been formed or consolidated to offer services related to screening, early detection, treatment and rehabilitation, as well as psychological, social and spiritual support. The *Direction québécoise en cancérologie* (DQC) has defined the place of the cancer patient as the focus of health-care professionals' concerns (DLCC, 2007). For the DQC, quality of care stems from interprofessional teamwork centred on the person. This becomes part of the solution to the complexity of care in oncology.

Some contend that the *patient-centred* concept strengthens the power and participation of the patient within the health-care team (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2009; Orchard, 2010; Health Canada, 2005). To our knowledge, no study to date has specifically explored interprofessional patient-centred (IPPC) practice. The current state of knowledge provides information about elements of interprofessional collaboration (Jones & Jones, 2011; Lewin & Reeves, 2011; Petri, 2010) and elements of a professional patient-centred practice (Epstein, Fiscella, Lesser, & Stange, 2010; Kitson, Marshall, Bassett, & Zeitz, 2013). Furthermore, most studies on interprofessional practice have been based solely on professionals' perceptions.

The goal of this study was to describe IPPC practice throughout the continuum of cancer care. The research questions were: 1) How do health-care teams practice IPPC care at different stages of the cancer care continuum? 2) What are the contextual factors influencing IPPC practice? and 3) What should IPPC practice consist of at different stages in the cancer care continuum?

To bolster the description of IPPC practice, we adapted (with permission) the *Person Centred Nursing Framework* (PCNF) of McCormack and McCance (2010) by integrating interprofessionality as defined by Couturier (Couturier, Gagnon, Carrier, & Etheridge, 2008). The adapted version of the PCNF (Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2013) proposes considering IPPC practice by examining its four components: its prerequisites, the care environment, the process of IPPC practice, and the results, as described by McCormack and McCance (2010). Couturier (2008) explained that *inter* means a space of encounters, characterized by movement. Thus, this framework integrates the notion of interprofessionality contributing to a description of IPPC practice that takes shape in the space of a common exchange between professionals and patients.

Method

This qualitative multiple case study (Stake, 1995) focused on emerging experiential knowledge and on the influence of social and political contexts, offering a rich, complex and holistic description of the phenomenon of IPPC practice throughout the course of oncology care. The cases, from a Canadian teaching hospital, involved two interprofessional teams dedicated to a distinct type of cancer affecting men and women. Each team included patients on a care trajectory, their families and health-care professionals. The target stages in the cancer care continuum were diagnosis, treatment, recurrence and follow-up (DLCC, 2011).

Once the Certificate was obtained from the Research Ethics Committee in the clinical milieu, teams were chosen with the help of oncology managers. Intentional sampling (Patton, 2002) was used to select participants. The selection criteria for patients, family members and professionals were to be able to communicate in French and to express interest in participating. Patients had to have been diagnosed with cancer; be at one of the stages in the oncology care trajectory; be considered physically and mentally stable by the referring professionals; and be treated at the hospital involved. Family members had to be adults accompanying the patients. The professionals had to be part of the interprofessional oncology team working with the particular patient. The sample was comprised of 31 participants. Four patients per team were recruited at different stages in the continuum of cancer care, along with three family members and 20 professionals (nurses, doctors, physiotherapists, nutritionist and managers, and a psychologist, pharmacist, social worker and occupational therapist). The majority of participants were Caucasian (n=27) and female (n=23).

Data were collected between March 2012 and March 2013, first from patients and then from professionals. One team was studied at a time (Figure 1). Twenty-eight hour-long interviews were conducted with the help of an interview guide developed for this study. With the exception of patients who had invited a family member (n=3), participants were interviewed individually (n=25). Questions covered participants' experiences within an interprofessional team and their perceptions of IPPC practice. Observations of activities (for example, during appointments and treatment) were also done in each case, for a total of 57.6 hours. The goal of the observation was to describe how participants saw the IPPC practice. To guide observations, a guide based on the adapted PCNF (McCormack & McCance, 2010) was employed.

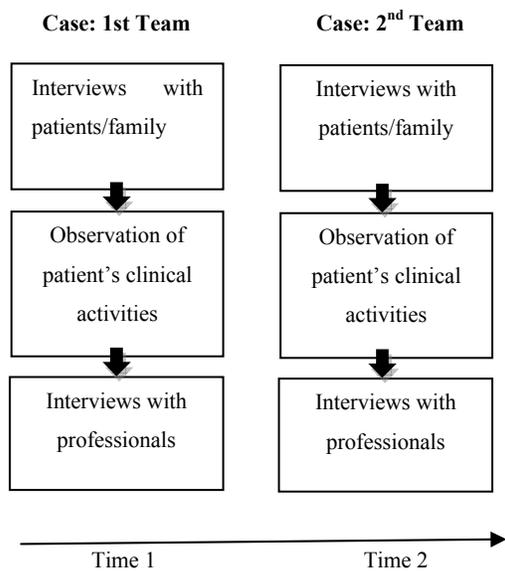


Figure 1. Conducting the study.

Data from interviews and observation sessions were transcribed and analyzed. Consistent with Stake (1995), content analysis (Miles & Huberman, 2003) was performed. This consisted of an iterative process that included the following activities: data reduction, data display and conclusion drawing and verification. The criteria for scientific rigour are credibility, reliability, procedural accountability and transferability (Guba & Lincoln, 1989). Thus, persistent observation, interjudge validation and data triangulation from interviews and observation sessions were all performed. A review of data allowed us to verify the consistency of the proposed conclusions and the data reduction. A logbook documented the experience of data collection and included methodological and interpretative notes, as well as details of the research process. The context was also documented in detail.

Results

Results are presented as follows: description of current IPPC practice, factors of influence and desired IPPC practice.

Description of current IPPC practice. Data analysis enabled us to create three themes (see below for details) to describe the current IPPC practice of the teams involved in the study. Here is a diagram that summarizes the IPPC practice of oncology teams (Figure 2).

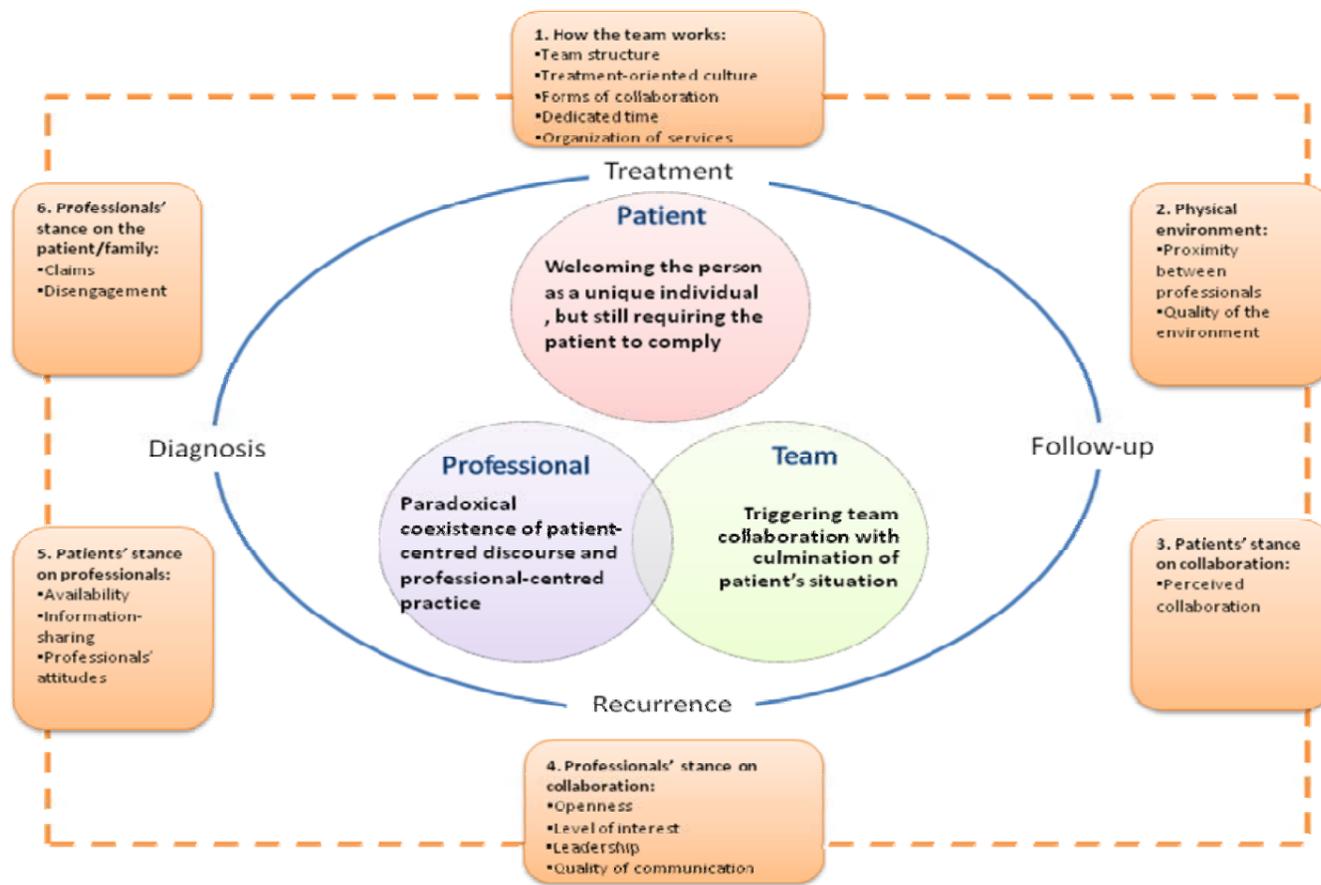


Figure 2. Current IPPC practice of oncology teams.

Theme 1. Welcoming the person as a unique individual, but still requiring the patient to comply.

All of the patients and families involved appreciated the oncology team's welcome, describing the professionals as "humane" and "warm." The experience of cancer was demanding for patients and they appreciated developing genuine relationships with the professionals. Patients and their families also noted the professionals' particular attention to them. Although patients and their families appreciated the professionals' welcome, patients did not see themselves as playing an active role within the interprofessional team. This situation was specifically reflected in decision-making on the teams' treatment of patients:

For me, there weren't really any decisions to make. It was basically set up: you're going to have chemo, you're going to have radiotherapy. (Patient#5)

Patients on another team had the impression of having to fight with professionals to make their wishes known. Patients admitted to having "defended" themselves or having succeeded in "standing up to" a professional. It was observed during clinical activities that patients had to insist that certain professionals consider problems the patients felt were important. This situation was more prevalent when there were symptoms that did not respond to the usual clinical routine.

Theme 2. Paradoxical coexistence of patient-centred discourse and professional-centred practice. Data analysis highlighted the fact that the discourse of all the professionals recommended a patient-centred approach while practicing a professional-centred approach. This discourse was coloured by the wish to respect patients' wishes, empower them and recognize their experience. Nonetheless, it was observed that certain professionals favoured their own point of view over that of the patient. A number of professionals indicated that the patient was rather "passive" within the team, seldom called upon to participate. Patients did not attend

interprofessional meetings, and the professionals were the ones who reported on their points of view. Furthermore, some professionals admitted that patients had to adapt to the hospital context. Prof#7 commented that: “we bring cases into our environment, according to our environment.” Finally, professionals cared about patients’ wishes, but they had their duties to perform and had to respect organizational priorities. One professional summed it up as follows:

But of course, each professional has requirements to meet (...) Every professional also wants to prove him or herself and organize their affairs. So, sometimes maybe the patient is, I wouldn’t say forgotten, but perhaps less of a priority. Sometimes professionals are going to be more focused on themselves, on what they need to do, rather than on the needs of the patient and the patient’s family. (Prof#6)

Theme 3. Triggering team collaboration with culmination of patient’s situation.

Interprofessional teams were organized to work “in concert” and had developed “reflexes” in situations that were difficult for patients or the team. Some professionals said they appreciated sharing a “common responsibility” within the team. They needed to work together to meet the needs of patients or the team. The teams were sensitive to patients’ emotional expressions and to “human dramas.” A number of participants reported that they had intervened quickly and were sensitive to patients’ problems.

Yes, when there are problems, situations, whether they’re medical, family-related or social, usually we take charge of patients quickly and give them guidance, so the problems are managed. (Prof#2)

Moreover, interprofessional teams were mobilized when there were issues with “difficult” patients who requested additional services or questioned the care they were receiving. Certain professionals reported that conflict situations between patients and the team were resolved less quickly than those stemming from a patient’s psychosocial or physical problems.

Description of factors influencing IPPC practice What follows is a description of factors that facilitate and limit IPPC practice.

How the team works. Most of the professionals stated that the pivot nurse (oncology navigator nurse) was the “core of the team” and the “resource person” who handled liaison among the patient, doctor and other health-care professionals. Other professionals who were not doctors or nurses claimed they felt like “outsiders.” They said they were called upon “too late” when the patient’s situation had become “really serious.” They had the impression that each professional had his or her own “compartment.”

Professionals explained that the culture was centred on treatment, with doctors making “the final decision.” Professionals had difficulty proposing interventions based on quality of life. A number of them even experienced culture shock. Prof#4 said: “In terms of my professional values, it’s not [treatments] that are most important to me; obviously I want the patient to survive, but for me, quality of life is much more important.”

As for ways to collaborate, professionals reported that interprofessional meetings were necessary to share information and meet in a “common space.” However, professionals on one team expressed dissatisfaction with the passivity of the members and the duration of meetings. They recommended completely re-examining the meeting format (frequency, length, goals and expectations) and making discussions “proactive.” Professionals reported collaborating informally by telephone or meeting to resolve urgent patient situations. They appreciated this form of collaboration because they had the impression of being active and effective.

Professionals said that they did not have time to complete all their activities (e.g. administrative and academic responsibilities). In addition, some were working on more than one

team, which further reduced their time for patients and interprofessional activities. For their part, patients and families were aware that they were not receiving services in an optimal manner. Family member#3 observed: “I have the impression that the professional was so overwhelmed he couldn’t play the role he had promised us.”

Patients and families appreciated seeing the same professionals and having ready access to them. Not knowing that particular professional was cause for concern, because they did not consider follow-up care to be optimal. Furthermore, the difficulty of contacting some professionals made patients feel that they should only call in case of emergencies. Family member#2 explained: “I am reluctant to call [the professional] (...) unless it’s a major problem, but if it were for a trivial question ... [I wouldn’t call].” The complex organization of services could also affect the experience of care. Family member#3 summarized this: “the system [the oncology clinic] is so complicated that it’s like swimming in molasses.”

The physical environment. Team members thought proximity facilitated collaboration while physical distance between team members limited it.

I think that the distance between different members of the team can mean less consultation, so that if there were some problem, you deal with it much faster, instead of taking the time to call. (Prof#7)

The quality of the environment worried the professionals, who found the premises inappropriate for welcoming patients because they were small and did not foster a warm atmosphere. However, patients and families were much more concerned about the “human environment” than the quality of the physical premises.

Patients’ stance on collaboration. For patients, seeing professionals discuss matters in front of them and hearing a professional report a discussion with a colleague were indicators of IPPC

practice. Patient#2 explained, “You can see that there’s communication (...), they’re going to talk to you about something that probably does not concern them, that doesn’t usually fall under their jurisdiction, but they’re up to date on it.” We noted that most patients and family members had difficulty reporting an IPPC practice. Few patients witnessed this practice. Certain participants thought there was no team because they always saw the same professional.

The team, if there was one, it’s between them without involving us. I had an appointment with the doctor every three months and that was it. (...) For me, there was no team. (Patient#7)

Professionals’ stance on collaboration. Most of the professionals observed their colleagues’ openness to the patients’ experience and respect for team members’ perspectives. However, the level of interest in collaboration varied from team to team. Some professionals thought a few colleagues had an “I don’t care” attitude and did not take the interprofessional process seriously. These participants expressed frustration and “professional disappointment.” The professionals who were not interested explained that interprofessional activities did not suit them. Some even believed that interprofessional work made problems more complex and had few benefits.

Most professionals would have liked to have a team leader to identify patients’ problems to be discussed, rally the relevant professionals and coordinate follow-up with the members. The absence of such a team leader was decried.

But you could say we didn’t get there, so that would take leadership, to be able to prepare ourselves more and change the culture a bit (...) and the way the team works. (Prof#4)

Communication among team members was a major factor for professionals, who appreciated their colleagues’ availability and considered that aspect to be “worth its weight in gold.”

Nonetheless, several people commented on communication problems between teams from inpatient units and outpatient clinics treating the same clientele.

Patients' stance on professionals. Patients were sensitive to professionals' attitudes and behaviours. They appreciated it when professionals offered their time. However, for one team, some patients felt that professionals were less available and did not have much time to devote to them. Patients and their families reported varying levels of information-sharing. They found it "reassuring" to get straightforward information on their health situation. However, patients and families on one team reported not receiving enough information, which created anxiety and uncertainty. Others had to be quite insistent with a professional who was "not receptive" in order to get additional information (for example, statistics on the prognosis). Patients also commented on professionals' empathy and attentiveness to them. Patient#2 reported: "The attentiveness they give you. They take the time to speak to you. I often noticed that everyone looked you in the eye." However, patients had to deal with varying attitudes from some professionals. Patients were aware that personalities could be quite different and the relationship might "click" or not. The professional's general attitude and tone influenced the patient's perception of IPPC practice.

This professional, I took a dislike to him the day they told us he had [cancer] (...) He told us "this is important *bang bang*." It seems to me that he lacked compassion. (Family member#3)

Professionals' stance on the patient/family. . Several professionals explained that certain "informed" patients sometimes had "unrealistic expectations." Prof#1 said that the team "went around in circles" because these patients did not understand how the team worked. The professionals also reported that a disengaged attitude on the part of patients could make the team feel "impatient" and "exasperated." One professional said that the services could perhaps lead patients to disengage from their own care.

They (International alliance of patients' organizations) readily delegate. They no longer assume their responsibilities as they should. In effect, the more services we offer, the more we are taking responsibility away from patients and health-care organizations, not just the patients themselves. (Prof#12)

Professionals noted that this disengagement led patients and their families to express their needs less clearly. This situation could foster dissatisfaction.

So the family, they don't clearly ask for help. (...) So the team's suggestions do not correspond to what the family wants to hear. So the family leaves with the patient, but for the patient, it goes on [the problems]. (...) it's difficult [for the team]. (Prof#6)

Ultimately, a patient's demanding or disengaged attitude seemed to affect the way team members involved in IPPC practice delivered services. The next section presents the IPPC practice desired by participants.

Description of desired IPPC practice. In terms of the IPPC practice participants desired, three themes that emerged are described below. Figure 3 illustrates the desired IPPC practice. We note that a number of participants expressed the desire to share and be involved in an IPPC practice where each made a contribution to the team. This is shown in Figure 3 with the concept of two-way consultation, which appears in areas where the spheres of patients, professionals and the team overlap.

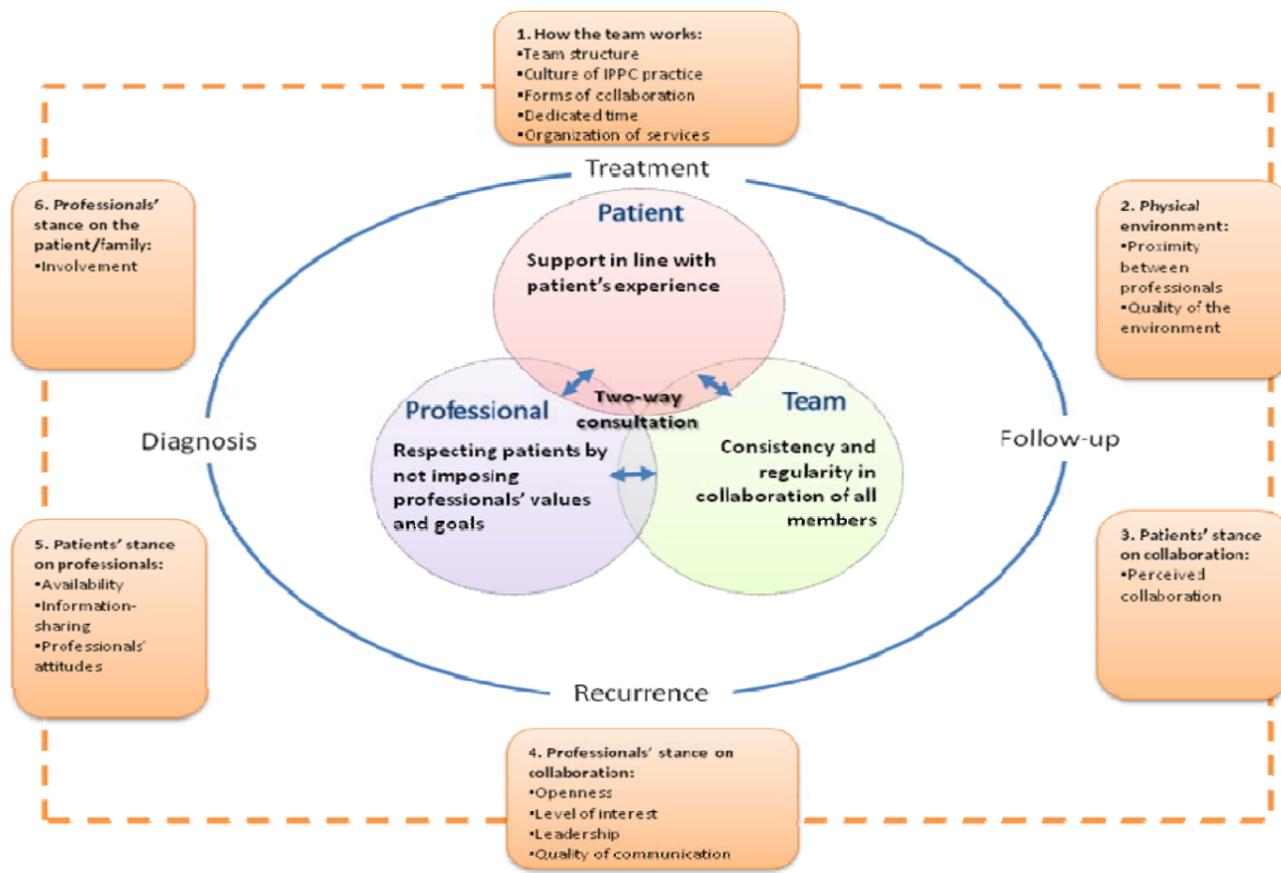


Figure 3. Desired IPPC practice in oncology teams.

Theme 1. Support in line with patient's experience and involvement. Patients did not see the urgency of the illness the same way the professionals did. For patients, after the diagnosis, it would be acceptable to go back to the hospital to get some further explanations “with a clear head.” Patients also wanted to have access to a resource person to guide them in the hospital, answer their questions and help them get information and be listened to when the need arose.

This lifts the stress from our shoulders [having a resource person]. We don't have this to deal with. Because there's someone who supports us, guides us, then answers our questions... (Patient#4)

Furthermore, patients would appreciate having access to the services of the team throughout their entire experience. For example, one patient reported that he would have liked to have access to psychological services a year after his treatments finished because that was when he really felt the need.

Theme 2. Respecting patients by not imposing professionals' values and goals. Some professionals thought that patients should be consulted more. Patients should express their own goals/and objectives without professionals imposing their values:

Let's say based on patients, it's more according to their needs, according to them and their goals, their own objectives. Then a bit of respect for the way they do things,, their values and all that, rather than imposing the way we do things and our own values... (Prof#7)

The point was raised that patients should be invited to interprofessional meetings. One professional even stressed that the team should “support” patients in identifying their objectives. Finally, it was reported that patients “should be more involved” in the team.

Theme 3. Consistency and regularity in collaboration of all members. Professionals who are not doctors or nurses would like to be more involved in the interprofessional team. Furthermore, it was reported that teams from the inpatient unit and the outpatient clinic should collaborate more. This is why a number of professionals stressed that interprofessional collaboration should be improved in terms of the process, definitions and formalities. There were calls for concrete interventions to help teams to evolve towards IPPC practice. One professional summarized the need to revisit the practice of teams:

If the team is not ready to work as a team, throughout the process, it's not a question of asking me to do my job. It's a matter of being able to work together. (Prof #4)

Discussion

The results of the study add to current knowledge by describing the current IPPC practice of oncology teams from the perspective of patients, families and professionals. Furthermore, one of this study's principal contributions is to have used a patient-centred perspective to describe IPPC practice. Thus, the findings show that current IPPC practice reflects a patient-centred approach and is characterized by respect for and recognition of the patient as a "person," as other studies have noted (Glynn, Beresford, Bewley, Branfield, Butt, Croft, et al., 2008; Hobbs, 2009). However, in this study, some patients and families reported not having seen IPPC practice. This confirms the paradox present in the description of the practice of teams. As much as patients appreciate the welcome they receive and the way they are recognized as individuals, they are expected to comply with a structure of care organized around the professional. As for the professionals encountered, all their discourse centred on the patient, but the description of their practice did not completely reflect this concern. The results of the present study suggest that teams had not developed optimal or integrated IPPC practice. Two cultures co-existed within the participating teams, one centred on the patient and the other centred on treatment. Few studies have documented this reality of IPPC

practice, with the exception of one study on patient participation (Kvarnström, Hedberg, & Cedersund, 2013).

We also observed that most professionals reported dissatisfaction with IPPC practice. Communication problems, limited interprofessional contacts and the presence of a treatment-centred culture seemed to irritate the professionals. As reported by Bilodeau et al. (2013), the prerequisites for IPPC practice, such as communication between team members, establishment of common values, and quality of teamwork (clear objectives, active participation and involvement) did not appear to be present on the teams in the study.

As for the factors emerging from this study, it was reported that the pivot nurse and the doctor were the key professionals on the team. This situation limited the active participation of other professionals, which could have fostered an “intraprofessional practice”, i.e. practice within members of the same profession.. The results also reveal that patients were not invited to be part of the interprofessional team. Martin and Finn (2011) explain that standards, rituals and rules governing health-care systems and professionals limit patient participation in interprofessional team activities. Furthermore, some professionals who felt distanced from team members said that the interprofessional meetings allowed them to meet their colleagues. Studies have shown that it is necessary for professionals to have planned interactions (such as meetings) and hallway discussions (Lewin & Reeves, 2011; Martin & Finn, 2011). Furthermore, the study’s results are consistent with findings from research based on patient interviews on interprofessional practice. These studies report that professionals’ amiability and availability, as well as access to information, are important aspects (Kvarnstrom, Willumsen, Andersson-Gare, & Hedberg, 2012; Shaw, 2008; Thorarinsdottir & Kristjansson, 2014). Interestingly, patients in this study stressed

professionals' availability, sharing of information and professionals' attitudes when describing IPPC practice.

In our view, the description of the desired IPPC practice is an innovative contribution to the literature on interprofessional collaboration. In addition, the themes are consistent with results from studies on patient involvement in health care. Kvarnström, Hedberg and Cedersund (2013) explain that patients need interactions and exchanges of information with the interprofessional team to obtain a range of perspectives on their situation. The authors report that professionals need to be able to recognize patients' problems, clarify their expectations, give them time to think, and show interest in their situation. Thus, patients' involvement in their own care and on the interprofessional team is a major element of the desired IPPC practice.

To our knowledge, few studies have dealt with the notion of IPPC practice. It is significant that this concept was new to patients and their families; during interviews, they asked for more details, which may have affected the results. We should note that it was the first author, who was known to the teams, who did the observation. This may have had a positive influence on the care given to certain patients. In addition, in this context, the small sample size might limit the generalizability of the results. Nonetheless, this type of study does make it possible to present a detailed description of a phenomenon.

Conclusion

Even if patients are treated with real human warmth, it still seems they are expected to follow the rules, and it was difficult for professionals to integrate patients into their practice. For optimal IPPC practice, patients must be supported at their own pace and according to their level of

involvement; they should not have professionals' values and objectives imposed on them, and they should be part of a team that works closely together.

Further studies are needed to determine how to support/encourage a team in adopting a culture conducive to IPPC practice. Participatory research with patients, family members and professionals could be used to target interventions that would foster IPPC practice within a team as well as patient participation. Creating educational activities for established teams could also be envisaged.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the article.

References

Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en Soins Infirmiers*(113), 43-50.

Canadian interprofessional health collaborative. (2009). Aide-mémoire: Les soins centrés sur le patient. Retrieved from http://www.cihc.ca/files/resources/CIHC_ScP_Fev09.pdf

Canadian cancer society. (2013). Canadian Cancer Statistics 2013 Available from <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/canadian-cancer-statistics-2013-FR.pdf>

Canadian partnership against cancer. (2013). Amélioration de l'expérience globale du cancer 2013, from <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/priorities/cancer-journey/>

- Couturier, Y., Gagnon, D., Carrier, S., & Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: a theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 341-351.
- Direction de lutte contre le cancer [DLCC]. (2007). *Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer*. Québec: MSSS du Québec.
- Direction de lutte contre le cancer [DLCC]. (2011). *Rapport du comité d'oncologie psychosociale: Vers des soins centrés sur la personne*. Québec: MSSS.
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Aff*, 29(8), 1489-1495.
- Glynn, M., Beresford, P., Bewley, C., Branfield, F., Butt, J., Croft, S., et al. (2008). Person-centred support: What service users and practitioners say. In Joseph Rontree Foundation (Eds.) Available from <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2173-person-centred-support.pdf>
- Health Canada. (2005). *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice: Call for proposals*. Ottawa: Health Canada.
- Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nurs Res*, 58(1), 52-62.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 175-181.

- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15.
- Kvarnström, S., Hedberg, B., & Cedersund, E. (2013). The dual faces of service user participation: Implications for empowerment processes in interprofessional practice. *Journal of Social Work*, 13(3), 287-307.
- Kvarnstrom, S., Willumsen, E., Andersson-Gare, B., & Hedberg, B. (2012). How Service Users Perceive the Concept of Participation, Specifically in Interprofessional Practice. *British Journal of Social Work*, 42(1), 129-146.
- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Soc Sci Med*, 72(10), 1595-1602.
- Martin, G. P., & Finn, R. (2011). Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1050-1065.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Oxford: John Wiley and Sons.
- Orchard, C. A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *J Nurs Manag*, 18(3), 248-257.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82.

Shaw, S. N. (2008). More than one dollop of cortex: Patients' experiences of interprofessional care at an urban family health centre. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 229-237.

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Thorarinsdottir, K., & Kristjansson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in health care: A framework analysis. *Nursing Ethics*, 21(2), 129-147.

Article III : La trajectoire de soins au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie : perspectives de patients et de proches¹⁵

Auteurs : Karine Bilodeau, inf. PhD (c) CSIO (c)¹⁶, Sylvie Dubois inf. PhD et Jacinthe Pepin, inf. PhD

Abrégé

Pour accompagner le patient diagnostiqué d'un cancer dans la trajectoire de soins, des équipes de professionnels ont été créées intégrant une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP). Le but de ce manuscrit est de présenter des résultats d'une étude de cas documentant la pratique ICP d'équipes au cours de la trajectoire de soins en oncologie. Des observations et des entrevues auprès de patients et de proches ont été réalisées. Les résultats suggèrent que la pratique ICP des équipes est variable, mais optimale en début de traitements ou lors de la récurrence du cancer. Cependant, les patients peuvent faire l'expérience d'un bris dans la continuité des soins et de transitions plus difficiles entre les périodes de la trajectoire en oncologie (diagnostic, traitement, suivi).

Mots-clés : équipe interprofessionnelle, trajectoire de soins, cancer, soins centrés sur le patient, perspective de patient

Introduction

Les politiques canadiennes encouragent l'accessibilité aux services de santé et l'importance d'offrir aux personnes diagnostiquées d'un cancer des soins intégrés tout au long de la trajectoire

¹⁵ Bilodeau, K., Dubois, S. & Pepin, J. (sous presse). La trajectoire de soins au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie : perspectives de patients et de proches. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue Canadienne de Soins en Oncologie*.

¹⁶ CSIO(C), Certifiée en soins infirmiers en oncologie Canada

de soins (Partenariat canadien contre le cancer, 2013). Toutefois, cette clientèle rapporte faire face à des soins fragmentés et inaccessibles (Thorne & Truant, 2010). À cet effet, les équipes interprofessionnelles en oncologie représentent une solution pour faciliter le parcours du patient tout au long de sa trajectoire (Direction de lutte contre le cancer, 2007). Ces équipes offrent des services relatifs au dépistage, à l'investigation, au traitement et à la réadaptation, en plus de communiquer de l'information pertinente et d'apporter un soutien psychologique, social et spirituel (DLCC, 2007).

Considérant que les soins pour la personne atteinte de cancer peuvent être limités s'ils sont non continus (Lewin et al., 2001), exercer une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient (ICP) tout au long de la trajectoire semble être une nécessité. Cette pratique permet, grâce aux diverses expertises et contributions de chacun des professionnels, de présenter à la personne atteinte de cancer une vision intégrée et non morcelée de l'ensemble de sa situation de santé (Legault, 2003). D'ailleurs, les études réalisées auprès de patients vivant avec un cancer rapportent que ces derniers apprécient une attitude d'ouverture et de respect de la part des professionnels (Kvale & Bondevik, 2008), mais déplorent ne pas recevoir l'information qui répond à leurs besoins et ne pas participer à une prise de décision partagée (Sinfield et al., 2008). De plus, la recension des écrits de Barnet et Shaw (2013) souligne que ces patients souhaitent une attention particulière à leur santé psychologique, une diminution des temps d'attente et l'attribution d'une personne ressource pour répondre à leurs questions, par exemple, une infirmière pivot. Selon ces auteurs, le plus grand défi des équipes interprofessionnelles est de maintenir les soins, du diagnostic à la fin de vie, tout en s'assurant qu'elles demeurent centrées sur le patient. Malgré l'importance d'exercer une pratique ICP, peu d'études, à notre connaissance ont documenté cette pratique selon la trajectoire de soins en oncologie et les perspectives de patients/proches.

Dans le cadre du projet de recherche doctorale de la première auteure, une étude qualitative de cas multiples a été réalisée. Cette étude avait pour but de décrire la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie. L'étude devait répondre à la question de recherche suivante : comment les équipes exercent-elles la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins? Pour répondre à cette question, il était alors important de décrire la trajectoire de soins en oncologie et de faire état de l'intensité du déploiement de cette pratique auprès du patient et de ses proches à chacune des phases. Le présent article a pour but de présenter les résultats de recherche qui documentent exclusivement la pratique ICP d'équipes au cours de la trajectoire de soins en oncologie notamment selon l'expérience des patients et de leurs proches.

La pratique ICP

Pour soutenir la description de la pratique ICP, une adaptation du *Person centred nursing framework* (PCNF) de McCormack et McCance (2010) par l'inclusion de l'interprofessionnalité, telle que définie par Couturier (2008), a été utilisée comme cadre de référence. L'adaptation du PCNF explique que, lors d'une pratique ICP, l'équipe travaille avec les croyances et les valeurs du patient, s'engage, est empathique, partage la prise de décision avec le patient et offre des soins holistiques (Bilodeau et al., 2013). Cette pratique se réalise alors dans un espace d'échanges communs entre les professionnels et avec les patients et les proches.

La trajectoire de soins en oncologie

La trajectoire de soins en oncologie est considérée dans cette étude selon quatre périodes : l'investigation, le diagnostic, les traitements et le suivi (DLCC, 2011). La période d'investigation est caractérisée par l'apparition des symptômes du cancer et l'attente des résultats des tests de dépistage et d'investigation. La période du diagnostic représente l'annonce d'un diagnostic de

cancer et l'attente de traitements. Par la suite, la période des traitements se distingue par le début de ceux-ci ou par leur modification si le cancer récidive. Enfin, le suivi représente la fin des traitements et la transition vers la survivance où un suivi médical et des examens de surveillance sont assurés.

Méthode

Une étude de cas multiples (Stake, 2008) a été réalisée auprès de deux équipes interprofessionnelles en oncologie afin de décrire la pratique ICP. Ce type d'étude permet d'offrir une description riche, complexe et holiste d'un phénomène. Pour cette recherche, le phénomène à étudier était la pratique ICP tout au long de la trajectoire de soins en oncologie. Les cas étaient deux équipes interprofessionnelles d'un centre hospitalier universitaire (CHU) d'une région urbaine au Québec, dédiées à un type de cancer distinct qui touche autant les hommes que les femmes. Suite à l'obtention du certificat d'éthique du milieu clinique, les équipes ont été sélectionnées avec l'aide de questionnaires en oncologie. Un échantillonnage intentionnel (Patton, 2002) a été utilisé pour cibler les participants. Les critères d'inclusion étaient de s'exprimer en français et d'être intéressé à participer à l'étude. Quant aux patients, ils devaient également être diagnostiqués d'un cancer; se situer à une des périodes de la trajectoire de soins se déroulant en centre hospitalier soit le diagnostic, les traitements incluant la récidive et le suivi; être traités au CHU de l'étude et avoir une condition physique et mentale évaluée comme étant stable par les professionnels référents. Aucun critère précisant la stabilité physique et mentale n'a été offert aux professionnels qui évaluaient le potentiel des patients à participer à l'étude. Quant aux proches, ils devaient accompagner le patient et être âgés de plus de 18 ans. Des professionnels ont collaboré à recruter des patients et ce sont les patients qui ont recruté les proches.

Les résultats de huit entrevues semi-dirigées avec des patients (n=5) et parfois accompagné d'un proche (n=3) ainsi que de l'observation avec ces patients/proches sont rapportés pour décrire la pratique ICP d'équipes au cours de la trajectoire de soins. Les questions d'entrevue portaient sur l'expérience des participants au sein d'une équipe interprofessionnelle et sur leurs perceptions d'une pratique ICP. L'observation, réalisée par la première auteure, consistait en l'accompagnement des patients recrutés lors de différentes activités au sein de l'équipe (ex., rendez-vous, traitements). Le but de l'observation était de décrire comment les patients vivaient l'expérience de la pratique ICP. Au total, 57,6 heures d'observation ont été réalisées auprès des deux équipes. Le tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon des patients et des proches (n=11)¹⁷. La majorité des participants étaient d'origine caucasienne (n=9). Des noms fictifs ont été attribués aux participants.

Tableau 1
Caractéristiques des participants

| CAS : Équipe A (n=5) | | | | CAS : Équipe B (n=6) | | | |
|---------------------------|------------------|--------|----------|---------------------------|------------------|--------|----------|
| Période de la trajectoire | Participant | Sexe | Âge | Période de la trajectoire | Participant | Sexe | Âge |
| Diagnostic | Vladimir | M | 74 | Diagnostic | Paul Suzanne* | M F | 61 57 |
| Traitement | Maria | F | 70 | Traitement | Cathie | F | 23 |
| Récidive | Diane Jenny * | F F | 56 26 | Récidive | Janice | F | 59 |
| Suivi | Béatrice | F | 48 | Suivi | Céline Marc * | F M | 53 52 |

*Proche du patient recruté

¹⁷ L'échantillon complet de l'étude doctorale était composé de 8 patients, 3 proches, 18 professionnels et 2 gestionnaires (N=31).

Conforme à Stake (1995), les données transcrites (entrevues et observations) ont fait l'objet d'une analyse de contenu consistant en un processus itératif comprenant les activités suivantes : la condensation, la présentation des données et l'élaboration et la vérification des conclusions (Miles & Huberman, 2003). De plus, les cas ont été contrastés pour en décrire les particularités. Le logiciel QDA Miner v.4.0.11 a été utilisé pour la gestion des données qualitatives. Les critères de rigueur scientifique retenus étaient la crédibilité (caractère authentique et plausible de la recherche), la fiabilité (stabilité des données au cours de l'analyse), l'imputabilité procédurale (description du processus de recherche) et la transférabilité (potentiel de transfert des connaissances chez le lecteur) (Guba & Lincoln, 1989). Pour répondre à ces critères, l'observation soutenue effectuée auprès des équipes, la validation interjuge et la triangulation des données des entrevues et de l'observation ont été réalisés. De plus, c'est par une relecture et la condensation des données qu'il a été possible de valider la cohérence entre les conclusions avancées. Un journal de bord a été tenu afin de documenter les impressions personnelles de la première auteure lors de la collecte de données, de colliger des notes méthodologiques et interprétatives en plus et de conserver une trace du processus de recherche. Enfin, le contexte de la pratique ICP en oncologie a été documenté de façon détaillée.

Résultats

Les résultats présentés ici portent sur l'exercice d'une pratique ICP par deux équipes à différentes périodes de la trajectoire de soins (diagnostic; les traitements incluant la récurrence; le suivi) tel que perçu par des patients et leurs proches. Cette description est précédée par une brève présentation des caractéristiques des cas. La figure 1 présente l'implication des équipes interprofessionnelles selon la trajectoire de soins en oncologie

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| C a n c e r A | Équipe impliquée: | Équipe de l'unité de soins | Équipe de la clinique d'oncologie |
| | Professionnels impliqués: | Médecins | Médecins et infirmière pivot |
| | Position du patient: | Patient pris en charge lors hospitalisation | Patient autonome à la maison |
| | Type d'activités: | Traitement à la clinique d'oncologie | Rendez-vous médicaux |
| | Fréquence de contact : Lien avec l'équipe: | Visite à l'hôpital aux 2 à 3 semaines | Visite à l'hôpital 2-4 fois par année |
| | | Connaissance du patient par l'équipe | |



| | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| C a n c e r B | Équipe impliquée: | Équipe de radiothérapie et équipe de la clinique d'oncologie | Équipe de la clinique d'oncologie |
| | Professionnels impliqués: | Médecins et Infirmière pivot | |
| | Position du patient: | Patient autonome à la maison | |
| | Type d'activités: | (1) Radiothérapie et traitement à domicile. (2) traitement à domicile ou clinique d'oncologie | Rendez-vous médicaux |
| | Fréquence de contact : Lien avec l'équipe: | Visite à l'hôpital aux 4 semaines | Visite à l'hôpital 2-4 fois par année |
| | Connaissance du patient par l'équipe | | |

* Périodes pouvant se répéter

Figure 1. Implication des équipes interprofessionnelles selon la trajectoire de soins en oncologie.

Caractéristiques des cas

Équipe A. Les patients de l'équipe A étaient atteints d'un cancer où le taux de survie était de moins de cinq ans. Les principaux traitements pour ce type de cancer étaient la chirurgie et la chimiothérapie intraveineuse. Les participants devaient se rendre régulièrement à l'hôpital pour des rendez-vous et des traitements. Lors de la collecte de données, les patients ont rapporté être incommodés par les effets secondaires de la chimiothérapie (ex., nausée, asthénie). Les professionnels de l'équipe A se composaient de ceux qui travaillaient à l'unité de soins ainsi qu'à la clinique d'oncologie.

Équipe B. Les patients de l'équipe B étaient atteints d'un cancer où le taux de survie était de moins de deux ans. Après une biopsie ou une chirurgie, un traitement concomitant de radiothérapie et de chimiothérapie orale était offert aux patients. Par la suite, un traitement de chimiothérapie se poursuivait. En raison de ce type de traitement, un nombre moindre de rendez-vous médicaux était nécessaire. Lors des entrevues, le discours des patients et des proches était teinté de désarroi en raison des pertes et deuils qu'ils vivaient (ex., occuper un emploi, conduire une automobile). De plus, parallèlement aux traitements et aux rendez-vous, les participants devaient régler, sans aide, plusieurs dossiers personnels (ex., mandat d'inaptitude, assurance-maladie). L'équipe B était composée de professionnels de l'unité de soins, de ceux de la clinique de radio-oncologie ainsi que de ceux de la clinique d'oncologie.

La période du diagnostic. Pendant la période du diagnostic, les opportunités d'interaction des participants avec les professionnels étaient différentes d'une équipe à l'autre. Les patients de l'équipe A étaient en contact avec le chirurgien où une forte relation de confiance semblait être établie depuis l'annonce du diagnostic. Béatrice explique : « Il avait ma vie entre les mains donc il fallait que je sois confiante. » Cette période se déroulait essentiellement avec les professionnels de

l'unité de soins. L'observation a soulevé que les activités de l'équipe étaient axées sur les soins périopératoires. Quant à l'équipe B, les patients étaient hospitalisés brièvement pour une biopsie ou une chirurgie. Par la suite, le diagnostic était annoncé par un des médecins lors d'une clinique interprofessionnelle où des médecins de diverses spécialités et l'infirmière pivot étaient présents et présentés aux patients.

La période du diagnostic se caractérise par le choc de l'annonce du cancer et par la nécessité de prendre une décision rapide quant aux traitements. La majorité des participants soulignaient avoir reçu beaucoup d'information. Pour l'équipe A, tous les patients admettaient avoir reçu de l'information claire et en quantité suffisante. Diane décrit : « Quand il m'a expliqué qu'il m'opérait pour ma tumeur, il m'a fait un dessin (...) parce qu'il voyait bien que je ne comprendrais rien. » Quant à l'équipe B, des patients mentionnaient ne pas avoir été réceptifs aux nombreuses informations reçues en peu de temps par de nombreux professionnels. Ils ont mentionné qu'ils auraient apprécié une pause avant de recevoir les informations relatives aux traitements parce qu'ils n'étaient pas réceptifs. Céline partage : « Une visite de cinq, six [professionnels], tout de suite (...), je ne les ai pas écoutés (...) j'étais tellement, moi, prise par l'annonce qui m'avait été faite [diagnostic]. »

Les patients devaient faire des choix rapidement quant à leurs traitements parce que les cancers (A et B) évoluaient rapidement. La majorité des patients de l'équipe A ont exprimé leur ambivalence quant aux choix relatifs aux traitements. Maria rapporte : « Mais je lui [médecin] ai dit aussi « À quel prix? » [accepter la chimiothérapie]. Je suis une personne très indépendante et je ne veux pas me voir comme une guenille. » Quant aux patients de l'équipe B, ils mentionnaient qu'ils n'avaient pas le choix d'accepter les traitements s'ils voulaient survivre. Cathie rapporte :

« Il n'y a pas vraiment eu de décision à prendre de mon côté (...) cela a été provoqué [par les professionnels] : tu vas avoir de la chimio, tu vas faire de la radiothérapie. »

La période de traitements incluant la récurrence. Lors de cette période, la majorité des participants des deux équipes ont apprécié les « sourires » et la « sensibilité » des professionnels face à leur situation. À cet effet, Béatrice explique : « Partout, j'ai toujours été reçue avec beaucoup d'amabilité et de gentillesse. » Par ailleurs, les patients n'étaient plus hospitalisés et devaient se déplacer pour rencontrer l'équipe. Ils étaient autonomes et ils prenaient leur décision. Béatrice résume :

C'est peut-être moi qui ne suis pas dans la même position. D'un côté, je suis alitée [unité de soins], de l'autre côté, je suis debout [clinique d'oncologie]. (...) J'étais beaucoup plus en contrôle de ce qui se passait pour la chimiothérapie [clinique d'oncologie]. (Béatrice)

L'organisation des services différait pour chaque équipe. Pour l'équipe A, le suivi était réalisé par les professionnels de la clinique d'oncologie. L'infirmière pivot était présentée aux patients. Néanmoins, les patients ont avoué avoir gardé contact avec le chirurgien rencontré à la période du diagnostic. Trois d'entre eux ont repris rendez-vous avec ce dernier pour discuter des traitements de chimiothérapie même s'il n'était plus le médecin traitant. Quant à l'équipe B, les patients avaient déjà rencontré brièvement les professionnels à l'annonce du diagnostic. Comme le traitement du cancer B demandait en premier lieu un traitement concomitant de chimiothérapie orale et de radiothérapie, les services étaient d'abord offerts à la clinique de radio-oncologie. À la fin de ce traitement, les patients transféraient à la clinique d'oncologie. Ils devaient donc s'adapter à ce changement d'environnement. Suzanne explique : « Quand tu sors de la radio-oncologie, tu es comme laissée à toi-même. »

Lors de l'annonce de la récurrence de cancer, il a été rapporté par les patients et observé lors de la collecte de données que les équipes mettaient tout en œuvre pour accompagner les patients. Ces derniers étaient souvent connus des équipes et cela contribuait à la personnalisation des services. Lors de l'annonce de la récurrence cancer, Diane a apprécié que l'on connaisse son histoire, qu'on lui démontre de l'empathie et qu'on lui offre une attention particulière. Elle explique : « C'est la même équipe, c'est sécurisant (...) parce que quand je suis revenue, bien je n'avais pas à réexpliquer mon cas (...) Ils étaient déjà au courant ».

La plupart du temps, les patients des deux équipes rencontraient individuellement les professionnels. Par ailleurs, les fréquences de rencontres avec les équipes étaient distinctes. Comme les patients de l'équipe A se déplaçaient régulièrement à l'hôpital, ils pouvaient croiser des professionnels comme l'infirmière pivot ou le pharmacien. D'ailleurs, plusieurs professionnels étaient à proximité des lieux fréquentés par les patients. Jenny raconte : « Pendant la première série [de traitements de chimiothérapie], on la [infirmière pivot] voyait quand même quasiment à chaque rencontre. » Donc, les patients avaient plus d'occasions de poser des questions et d'échanger avec eux. Les patients de l'équipe B venaient seulement une fois ou deux par mois au centre hospitalier pour leur rendez-vous médical. Ils rencontraient rarement d'autres professionnels sauf l'infirmière pivot; ils pouvaient lui téléphoner pour toutes questions. Paul rapporte : « Si on avait des problèmes en général, on parlait avec l'infirmière pivot [au téléphone] ».

Les patients de l'équipe A ont rapporté avoir eu le sentiment que l'équipe travaillait en « synergie » parce qu'ils avaient quelques fois des indices que ces derniers collaboraient. Les patients remarquaient que les professionnels rapportaient les propos des autres professionnels ou disaient ouvertement avoir discuté avec un collègue. Diane raconte :

Tu le vois qu'il y a de la communication, parce que des fois, ils vont te parler de quelque chose que probablement ça ne les regarde pas (...) mais qu'ils sont au courant (...) Je trouve ça rassurant. (Diane)

Notons que les patients de l'équipe B soulignaient ne pas avoir remarqué de travail d'équipe, même si à l'annonce du diagnostic, les professionnels et les services disponibles leur avaient été présentés. Marc confie : « On s'est dit : ça va mal [diagnostic de cancer], mais on a une belle équipe et des services on va en avoir. Après (...) c'était nous qui fallait s'en occuper [obtenir des services]. »

Malgré la présence d'équipes interprofessionnelles, les interventions n'étaient pas pour autant plus rapides et continues auprès des patients des deux équipes. Il a aussi été observé que les professionnels pouvaient ne pas tenir compte de l'avis et de l'expérience du patient. Certains patients nous ont mentionné s'être « imposés » à l'équipe soit en participant à leurs soins (ex., tenir un journal de leurs symptômes) soit en refusant des soins. De plus, il a été rapporté et observé des bris dans la continuité de leurs soins comme un rendez-vous non organisé, un test à refaire parce que de l'information n'était pas consignée au dossier ou de l'attente pour un soin. Les patients devaient être vigilants et attentifs pour recevoir des soins adéquats. Un mémo d'observation présente cette situation :

Janice rapporte qu'en parlant au téléphone avec l'infirmière pivot, elle s'est rendue compte qu'elle n'avait pas suivi les consignes usuelles quant à la prise de sa chimiothérapie. On ne lui avait pas remis la feuille de directives. (Mémo-Janice)

Les participants de l'équipe B ont rapporté ne pas avoir reçu suffisamment d'informations pendant la période des traitements. Les patients et les proches avouaient ne pas comprendre les procédures entourant les traitements. Ils avaient l'impression de « rester sur leur faim ». Même si

le pronostic du cancer B était sombre, les patients et les proches voulaient obtenir des informations détaillées sur le sujet. Cathie explique :

Cela a pris du temps avant que je pose la question [quand j'allais mourir] et j'avais peur de la réponse. Mais, on ne me l'a pas dit (...) c'est quoi mon espérance de vie. Je ne sais pas si je me suis achetée quelques années (...) parce qu'on ne sait pas combien de temps je vais le faire [traitement](...) c'est quoi la suite (...) c'est quoi les signes pour que ça [cancer]revienne ou ça ne revienne pas? (Cathie)

La période du suivi. Lors de la période du suivi, les visites à la clinique d'oncologie étaient rares (3 à 4 fois par année). Les patients des deux équipes ont rapporté avoir apprécié pouvoir contacter l'infirmière pivot pour toutes questions parce qu'ils ressentent « toujours une épée au-dessus de la tête ». Cette infirmière était le point d'accès à l'équipe même si, comme l'a souligné Céline, la plupart des services étaient offerts et expliqués à la période du diagnostic et que c'était à la fin des traitements que les besoins se faisaient le plus ressentir. Elle raconte :

J'ai dit, après 14 mois de chimio, je pense bien que j'aurais le droit à quelques séances [en psychologie] que je n'ai pas utilisées durant la première année (...) on y va quand on est prêt. Ça ne sert à rien de venir ou que je vous rencontre parce que je n'aurais pas parlé [à la période du diagnostic]. (Céline)

Enfin, cette période est caractérisée par le désir d'obtenir du soutien au moment jugé opportun par les patients. La prochaine section présente la discussion des résultats.

Discussion

Lors d'une pratique ICP, l'équipe de soins travaille avec les valeurs du patient, s'engage, est empathique, partage la prise de décision et offre des soins holistiques; cependant les résultats de la présente étude nous présentent des pratiques variables. À notre connaissance, peu d'études ont documenté cette pratique selon la trajectoire de soins en oncologie et les perspectives de

patients/proches. Il a également été constaté que le partage d'informations entre les professionnels était inégal surtout lors de la période du diagnostic où les patients ont rapporté vouloir obtenir de l'information juste et complète, quand ils se sentent réceptifs. Les résultats montrent également que c'est lors de la période des traitements que les patients remarquent notamment le savoir être des professionnels (leur accueil, leur amabilité), mais c'est lors d'une récurrence du cancer que la pratique ICP semble être optimale. Cet élément peut être expliqué par le fait que le patient est connu de l'équipe et cette connaissance du patient semble encourager une pratique ICP.

La description de l'intensité de la pratique ICP des équipes de soins au cours de la trajectoire est une contribution originale de la présente étude. Lors de la période du diagnostic, un lien de confiance semblait davantage développé avec le médecin qu'avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle. C'est à la période de traitements et de la récurrence que les participants ont eu le plus de contact avec l'équipe et où ils pouvaient remarquer le travail interprofessionnel. Quant à la période du suivi, les résultats soulignent le désir des patients d'avoir accès à du soutien en plus de celui de l'infirmière pivot et la difficulté à obtenir des services professionnels (ex., psychologue). Plusieurs auteurs rapportent que lors de cette période, les patients font face à de nombreuses problématiques et préoccupations (ex., fatigue, anxiété, peur de la récurrence) où des soins et des services sont requis (Alfano, Ganz, Rowland, & Hahn, 2012; Ness et al., 2013). Ainsi, les résultats de la présente étude suggèrent que les équipes interprofessionnelles sont plus actives auprès du patient à la période de traitements et de récurrence. Par contre, les patients souhaitent un suivi interprofessionnel centré sur le patient où les professionnels ajustent leur pratique selon les particularités vécues lors de la trajectoire de soins.

Les résultats des entrevues et des observations des patients montrent aussi que ceux-ci sont rarement témoins de la collaboration entre les membres de l'équipe. D'ailleurs, les observations

ont révélé que les patients de l'équipe B avaient moins de contacts avec les professionnels en raison de la chimiothérapie orale qui se déroulait à domicile. Les patients ont alors moins de possibilités d'interaction, d'évaluation et de formation auprès des membres de l'équipe (Given, Spoelstra, & Grant, 2011; Simchowicz et al., 2010). Ceci pourrait expliquer que les patients ont exprimé ne pas remarquer le travail interprofessionnel de l'équipe B comparativement à l'équipe A. Le contexte de soins de chaque équipe est alors un élément important qui pourrait influencer la pratique ICP (ex., organisation des services, modalités de traitement). Ainsi, pour apprécier une pratique ICP, il semble important que les patients vivent des contacts réguliers avec les membres de l'équipe dépendamment du contexte de soins.

Les résultats ont également soulevé que la pratique ICP était variable, des bris de continuité ayant été rapportés et observés auprès des deux équipes. Comme mentionné par plusieurs auteurs (Barnet & Shaw, 2013; Mazor et al., 2012), les bris de continuité quant aux délais, le partage d'information, la coordination des soins et le soutien sont des éléments influençant négativement la trajectoire de soins. Notons que depuis plusieurs années, de nombreuses initiatives gouvernementales ont été développées encourageant la mise en place d'infirmières pivots (Direction de la lutte contre le cancer, 2008) ou de navigateurs (Institute of Medicine, 2011) pour faciliter la coordination des soins et pour atténuer les fardeaux relatifs à l'expérience du patient diagnostiqué d'un cancer (ex., anxiété, problèmes financiers). Même si les patients des deux équipes étudiés avaient accès à une infirmière pivot et mentionnaient l'apprécier, il semble que ce n'était pas suffisant pour assurer la continuité des soins. Il est alors possible de croire que la continuité des soins est un indicateur de la qualité des soins lors d'une pratique ICP.

De plus, les résultats de la présente étude suggèrent que les patients ont vécu des périodes de vulnérabilité, aussi nommée « transition critique » (Clausen et al., 2012), étant caractérisées par

une diminution de contact avec certains professionnels lors de la transition d'une période de la trajectoire de soins à une autre (ex., diagnostic et début de traitements). D'une part, les patients de l'équipe A n'avaient pas accès à une infirmière pivot pour faciliter le transfert vers la clinique d'oncologie, mais ils se sont référés à leur médecin. D'autre part, les participants de l'équipe B avaient accès à une infirmière pivot dès l'annonce du diagnostic, mais la présence de celle-ci ne semblait pas faciliter la transition de la clinique de radio-oncologie à la clinique d'oncologie. Ces résultats suggèrent que les équipes interprofessionnelles en oncologie n'offrent pas totalement des soins intégrés tout long de la trajectoire de soins. Ainsi, la transition harmonieuse entre les différentes périodes de la trajectoire de soins semble indiquer une pratique ICP optimale (Walsh et al., 2010).

La présente étude comporte certaines limites. Notamment, mentionnons que les périodes d'observation ont été moins fréquentes pour les patients à la période du suivi en raison des visites moins fréquentes à la clinique d'oncologie. Cette situation a pu avoir pour effet d'affecter la richesse de la description de la pratique ICP pour cette période. De plus, on ne peut passer sous silence le fait que la première auteure, ayant réalisé les entrevues et les observations et qui était connue des professionnels, peut avoir influencé le déroulement de certaines interactions tant avec les patients que les professionnels. Il est aussi à préciser que les résultats de la présente étude sont en lien avec un contexte précis soit l'oncologie. L'utilisation de ces résultats doit donc faire appel à un contexte d'application similaire.

Implication pour la pratique et la recherche

Les présents résultats soulignent que l'intensité de la pratique ICP varie selon les périodes de la trajectoire de soins et le contexte de chaque équipe. Ils indiquent aussi un besoin des patients lors de la période du suivi. Il serait alors important: 1) d'identifier un intervenant pivot dès le

diagnostic; 2) de fournir les informations pertinentes selon la période de la trajectoire de soins; 3) d'identifier avec le patient les périodes de transitions critiques et d'y porter une attention particulière; 4) et de maximiser les fréquences de contact avec le patient et ses proches. De plus, les équipes interprofessionnelles devraient être sensibles au suivi après l'expérience du cancer et aux bris de continuité tout au long de la trajectoire de soins parce que ces bris influencent négativement l'expérience du cancer. Il est alors essentiel que les équipes optimisent leur pratique ICP.

À notre connaissance, peu d'études ont choisi d'étudier la pratique ICP selon la perspective des patients et des proches utilisant un devis qualitatif de cas multiples. Ce devis a permis de décrire les particularités de deux équipes de soins ayant des contextes différents. D'autres recherches sont nécessaires pour documenter la pratique ICP tout au long de la trajectoire de soins pour chaque type de cancer afin d'émettre des recommandations quant à l'accompagnement des patients. Il est aussi suggéré de considérer l'observation auprès des patients et des proches comme une stratégie de recherche pertinente et complémentaire pour documenter de façon détaillée les particularités de la trajectoire de soins en oncologie.

Références

- Alfano, C. M., Ganz, P. A., Rowland, J. H., & Hahn, E. E. (2012). Cancer Survivorship and Cancer Rehabilitation: Revitalizing the Link. *Journal of Clinical Oncology*, 30(9), 904-906.
- Barnet, M., & Shaw, T. (2013). What do consumers see as important in the continuity of their care? *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2637-2642.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en Soins Infirmiers*(113), 43-50.

- Clausen, C., Strohschein, F. J., Faremo, S., Bateman, D., Posel, N., & Fleiszer, D. M. (2012). Developing an interprofessional care plan for an older adult woman with breast cancer: from multiple voices to a shared vision. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), E18-25.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Carrier, S., & Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: a theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 341-351.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie* Québec Ministère de la santé et des services sociaux.
- Direction de lutte contre le cancer. (2007). *Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer*. Québec: MSSS du Québec.
- DLCC. (2011). *Rapport du comité d'oncologie psychosociale: Vers des soins centrés sur la personne*. Québec: MSSS.
- Given, B. A., Spoelstra, S. L., & Grant, M. (2011). The Challenges of Oral Agents as Antineoplastic Treatments. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(2), 93-103.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Institute of Medicine. (2011). *Patient-centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care: Workshop Summary*. Washington: National Academies Press.
- Kvale, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 582-589.
- Legault, G., A.,. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Lewin, S., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD003267.
- Mazor, K. M., Roblin, D. W., Greene, S. M., Lemay, C. A., Firmeno, C. L., Calvi, J., et al. (2012). Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *Journal of Clinical Oncology* 30(15), 1784-1790.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Oxford: John Wiley and Sons.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse de données qualitatives* (2e ed.). Paris: De Boeck Université.
- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D., & Barton, D. (2013). Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 35-42.
- Partenariat canadien contre le cancer. (2013). Amélioration de l'expérience globale du cancer 2013, from <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/priorities/cancer-journey/>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Simchowit, B., Shiman, L., Spencer, J., Brouillard, D., Gross, A., Connor, M., et al. (2010). Perceptions and experiences of patients receiving oral chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 447-453.
- Sinfield, P., Baker, R., Agarwal, S., & Tarrant, C. (2008). Patient-centred care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners? *Patient Education and Counseling*, 73(1), 91-96.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (3rd ed., pp. 119-149). Los Angeles: Sage Publications.
- Thorne, S., & Truant, T. (2010). Will designated patient navigators fix the problem? Oncology nursing in transition. *Canadian Oncology Nursing Journal/ Revue Canadienne de Soins infirmiers en Oncologie* 20(3), 116-128.
- Walsh, J., Harrison, J. D., Young, J. M., Butow, P. N., Solomon, M. J., & Masya, L. (2010). What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 10, 132.

Chapitre 5
La discussion

Cette thèse porte sur la description de la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie. Elle comporte trois questions de recherche soit : 1) Comment des équipes exercent-elles la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie? 2) Quels sont les facteurs favorisant ou limitant la pratique ICP aux différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie? 3) Comment devrait s'exercer la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie selon les patients, les familles et les professionnels? D'abord, ce chapitre discute des apports et des principaux résultats de l'étude. Par la suite, une courte section sur l'utilité du cadre de référence est offerte. Ensuite, les considérations méthodologiques et les limites de l'étude sont présentées. Enfin, des retombées pour la pratique, la recherche, la gestion et la formation sont soulevées.

Un des apports significatifs de la thèse est la description co-construite de la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie, et ce, selon les points de vue de patients, de proches et de professionnelles. L'utilisation de perspectives de patients et de proches pour détailler la pratique ICP est une contribution originale aux connaissances interprofessionnelles existantes. Par ailleurs, l'introduction de patients à l'échantillon est conforme à une perspective *centrée sur le patient*, perspective qui est centrale à la discipline infirmière. Notamment, l'étude est cohérente avec le courant international de transformation des soins de santé qui encourage l'amélioration des services de santé par l'intégration d'une perspective axée sur la personne (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] 2012; Institute of Medicine, 2001; National health service, 2007; Partenariat canadien contre le cancer, 2013).

À notre connaissance, aucune étude ne s'est attardée au phénomène de la pratique ICP en le décrivant explicitement dans le secteur de l'oncologie. Néanmoins, des auteurs ont signifié le manque d'études contextualisées aux milieux cliniques concernant la pratique ICP (Sidani & Fox, 2013). Ainsi, cette thèse propose une description de la pratique ICP de deux équipes interprofessionnelles en oncologie qui tient compte des réalités des patients, des proches et des professionnels.

Les prochaines sections discutent des résultats de la présente étude selon les trois questions de recherche.

Comment des équipes exercent-elles la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?

Les résultats de cette étude montrent qu'un dualisme de cultures est présent au sein des équipes et teintent ainsi la pratique ICP. La description de la pratique ICP actuelle souligne qu'elle est inspirée d'une approche centrée sur le patient. Les patients et les proches ont souligné avoir apprécié être accueillis et reconnus avec humanisme. À cet effet, plusieurs auteurs relatent l'importance de l'établissement d'une relation empreinte d'humanisme lors de cette approche (Dabney & Tzeng, 2013; Hobbs, 2009; Luck, Jackson, & Usher, 2006; Sidani & Fox, 2013). Cependant, des patients et des proches de l'étude ont rapporté ne pas avoir été témoins d'une pratique ICP. Même si les patients soulignent l'attention des professionnels à leur égard, ces derniers doivent se conformer à une structure de soins organisée autour des professionnels. De plus, même si les professionnels de l'étude avaient un discours centré sur le patient, la description de leur pratique ne traduisait pas totalement cette préoccupation, élément paradoxal dans la description de la pratique des équipes. Un résultat similaire est rapporté dans l'étude québécoise de Camiré (2005) qui portait sur l'analyse des dynamiques favorisant l'émergence et le maintien de la

collaboration interprofessionnelle. L'auteure avait remarqué une discordance entre le discours des professionnelles, qui était centré sur le patient, et les soins observés. De plus, d'autres auteurs explorant davantage la participation des patients aux soins (Kvarnström, Hedberg, & Cedersund, 2013; Martin & Finn, 2011) et la prise de décision partagée (De Haes & Koedoot, 2003), éléments d'une pratique ICP, ont soulevé également la notion de paradoxe. La présence de ce dualisme de cultures suggère qu'il semble difficile pour les équipes interprofessionnelles d'avoir recours à une approche centrée sur le patient malgré le fait que les politiques de santé québécoises et canadiennes l'encouragent (Direction québécoise de cancérologie, 2013; Santé Canada, 2009). Cette difficulté pourrait être expliquée tout d'abord par le fait que la rigidité des institutions a privilégié une culture où le patient adopte davantage un rôle dominé par l'abandon et la confiance à l'équipe (Dubet, 2002); et aussi que les normes, les rituels et les règles qui régissent les systèmes de santé et les professionnels limitent la participation des patients aux activités des équipes interprofessionnelles (Martin & Finn, 2011). Les résultats de la présente étude suggèrent donc que le dualisme de cultures au sein des équipes teinte la pratique ICP actuelle.

Les résultats suggèrent aussi que le déploiement des équipes de soins se fait à intensité variable au cours de la trajectoire. C'est à la période de traitements et de la récidive que les participants ont eu le plus de contacts avec les équipes et qu'ils remarquaient le travail interprofessionnel. Cet élément pourrait être expliqué par le fait que le patient est connu de l'équipe et cette connaissance semble encourager une pratique ICP. Par ailleurs, une explication additionnelle pourrait également être le fait que la collaboration interprofessionnelle semblait être déclenchée par le paroxysme de la situation de santé ou de la demande de soins du patient. À ce sujet, McCullen (2013) indique que les équipes sont davantage présentes auprès des patients lors de situations engendrant du stress (ex., annonce du diagnostic) et demandant une gestion accrue des symptômes (ex., début de traitements). Par contre, il faut souligner que les patients souhaitent

un suivi interprofessionnel centré sur eux où les professionnels ajustent leur pratique selon leurs particularités vécues tout au long de la trajectoire de soins.

De plus, il a été soulevé que les patients pouvaient faire l'expérience de bris dans la continuité des soins et de transition difficile entre les différentes périodes de la trajectoire. D'abord, des bris de continuité (ex., délais, partage d'information, coordination des soins) ont été rapportés ainsi qu'observés et sont des éléments reconnus par d'autres auteurs comme influençant négativement la trajectoire de soins en oncologie (Barnet & Shaw, 2013; Mazor et al., 2012). Ensuite, les résultats suggèrent que les patients ont vécu des périodes de vulnérabilité lors de la transition d'une période de la trajectoire de soins à une autre (ex., diagnostic et début des traitements) parce qu'ils avaient moins de contact avec certains professionnels. Le regard sur ces derniers résultats suggère que les équipes interprofessionnelles en oncologie offraient des soins partiellement intégrés tout long de la trajectoire de soins. Pourtant, lorsque l'on consulte les écrits quant aux indicateurs d'une pratique centrée sur le patient, offrir des soins coordonnés et intégrés est considéré comme un élément important (Institute of Medicine, 2001; Ouwens et al., 2009; Tzelepis et al., 2014). C'est pourquoi nous émettons l'hypothèse que la continuité des soins et la transition harmonieuse entre les différentes périodes de la trajectoire de soins sont des indicateurs d'une pratique ICP en oncologie.

Quels sont les facteurs favorisant ou limitant la pratique ICP aux différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?

Les facteurs influençant la pratique ICP ont été décrits dans la présente étude et l'utilisation d'une perspective *centrée sur le patient* et de points de vue variés de participants a permis de révéler différents facteurs. Ces derniers sont nécessaires à la compréhension de la pratique ICP parce qu'ils documentent l'influence des patients et des professionnels sur la pratique ICP.

D'ailleurs, les équipes étudiées présentaient une pratique ICP changeante en raison de l'effet de ces facteurs.

Les facteurs « Fonctionnement de l'équipe », « Environnement de soins » et « Positionnement du professionnel envers la collaboration » vont dans le même sens que les études antérieures (Ellingson, 2005; Kitto, 2011; Lewin & Reeves, 2011; Luxford, Safran, & Delbanco, 2011; McComb & Hebdon, 2013; Reeves, Rice, et al., 2009; Sargeant et al., 2008). En effet, la description effectuée dans le cadre de la présente étude suggère de manière détaillée comment le « Fonctionnement de l'équipe » affecte la pratique ICP. Ce facteur décrit comment la collaboration entre les professionnels peut être non-optimale en raison de l'éloignement entre les membres, la culture centrée sur le traitement et le positionnement du professionnel quant à la collaboration (ex., désintérêt, faible leadership). Notons que la majorité des professionnels de l'étude ont rapporté du mécontentement quant à leur pratique ICP surtout en lien avec les difficultés de communication, la présence d'une culture centrée sur le traitement, les contacts interprofessionnels restreints et le manque de temps pour leurs activités (ex., cliniques, interprofessionnelles). En dépit de cette insatisfaction, des écrits soutiennent que l'interprofessionnalité encourage la satisfaction des professionnels et leur efficacité quant au travail (D'Amour & Oandasan, 2005; Littlechild & Smith, 2013). En effet, pour avoir une pratique interprofessionnelle optimale, les résultats de la théorisation ancrée d'Howarth, Warne et Haigh (2012) suggèrent que les professionnels doivent travailler à proximité pour assurer l'efficacité collective de l'équipe. Alors, l'insatisfaction rapportée par des professionnels de la présente étude peut témoigner d'un fonctionnement insuffisant de l'interprofessionnalité.

De plus, il est possible de remarquer que le contraste des cultures (culture centrée sur le traitement versus culture centrée sur le patient), présenté précédemment, semble influencer

certaines facteurs de la pratique ICP identifiés par cette étude, tels le fonctionnement de l'équipe et le positionnement du patient/proche envers le professionnel (ex., revendication, désengagement). D'un côté, l'équipe semble préférer un patient qui respecte les directives établies par l'équipe, mais d'un autre côté, l'équipe peut s'impatienter si le patient s'en remet totalement à elle et ne s'investit pas dans ses soins. Il a aussi été soulevé par les patients que les professionnels pouvaient avoir des attitudes, des disponibilités et un souci de partage de l'information variables. Ces résultats témoignent à nouveau de l'impact important de la culture présente au sein de l'équipe sur la pratique ICP. À cet effet, des auteurs rapportent qu'il est difficile d'adopter une culture centrée sur le patient puisque la culture centrée sur le traitement est prédominante dans les établissements de santé (Elbourne & Le May, 2012; Luxford et al., 2011). Le développement d'une culture centrée sur le patient demande alors un haut niveau d'engagement de la part des professionnels et des organisations (McCormack et al., 2010).

Le regard sur la description de la pratique ICP actuelle et ses facteurs d'influence amène à questionner les conditions d'une pratique ICP. Les présents résultats ont soulevé que la pratique ICP était fluctuante. À cet effet, l'étude décrit comment les facteurs identifiés (fonctionnement de l'équipe; environnement physique; positionnement du professionnel et du patient/proche envers la collaboration; positionnement du professionnel envers le patient/proche; positionnement du patient/proche envers le professionnel) influencent la pratique ICP. Ainsi, était-il possible pour ces équipes d'intégrer les patients à leurs activités? La description réalisée dans le cadre de cette étude suggère que les équipes étudiées semblaient vivre de nombreuses contraintes limitant leur pratique ICP. Donc, il pourrait apparaître plus difficile d'impliquer davantage les patients à l'équipe et de manifester leur pratique ICP auprès de ces derniers. À cet effet, Kvarnstrom, et al. (2012) soulignent qu'il peut être irréaliste d'impliquer les patients à l'intérieur d'équipes si ces dernières n'offrent pas de services encourageant des soins ICP et ne fonctionnent pas en collaboration. Il

semble alors important d'agir sur les facteurs identifiés par la présente étude pour favoriser une pratique ICP.

Comment devrait s'exercer la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie selon les patients, les familles et les professionnels

Une partie des résultats de cette étude porte sur la description d'une pratique ICP optimale. Les écrits recensés relatant les perspectives de patients quant à une approche centrée sur le patient spécifient que ces derniers apprécient la reconnaissance de leurs attentes, l'humanisme des professionnels, la possibilité de participer aux soins ainsi que le partage de l'information et de la prise de décisions (Dewar & Nolan, 2013; Glynn et al., 2008; Hepworth, Askew, Jackson, & Russell, 2013; Kvale & Bondevik, 2008; Sinfield et al., 2008). Ces différents éléments ont été rapportés et décrits par les patients et les proches de la présente étude. Néanmoins, les résultats précisent particulièrement que la pratique ICP qui est souhaitée encourage une communication et un échange entre le patient, le professionnel et l'équipe. D'ailleurs, l'étude qualitative d'Hepworth, Askew, Jackson et Russell (2013) sur la prise en charge de patients diabétiques présente que la communication entre les professionnels et les patients est importante afin que ces derniers se sentent intégrés à l'équipe. Ainsi, les résultats de la présente étude renchérissent la nécessité de consulter, de manière bidirectionnelle, le patient, le professionnel et l'équipe lors d'une pratique ICP.

La description de la pratique optimale réalisée propose que le professionnel ne doit pas imposer ses valeurs ainsi que ses objectifs et les membres de l'équipe doivent collaborer avec assiduité. Quant au patient, il mentionne vouloir être accompagné à son rythme et selon son engagement. Ce dernier élément témoigne du contexte particulier des soins oncologiques. À cet effet, plusieurs auteurs rappellent qu'il est important pour les professionnels de revoir et de valider

les préférences des patients diagnostiqués d'un cancer régulièrement et tout au long de la trajectoire de soins, en raison de la fluctuation possible de leurs états de santé physique et psychologique (Kvale & Bondevik, 2008; Michael et al., 2013; Montgomery & Little, 2011). Notons également que la description proposée de la pratique ICP optimale encourage l'accentuation du pouvoir du patient et sa participation au sein de l'équipe, qui sont des éléments considérés important d'une approche centrée sur le patient (Berwick, 2009; Glynn et al., 2008; Institute of Medicine, 2001; Kitson et al., 2013; Partenariat canadien contre le cancer, 2013) et du soin infirmier selon le paradigme de la transformation (Gottlieb, Feeley, & Dalton, 2006; Kitson, 1999; Pepin et al., 2010).

Parallèlement, il est possible d'affirmer que les résultats de la pratique ICP souhaitée par les participants (patients, proches, professionnels) sont cohérents avec une approche de « partenariat de soins », approche intégrée au sein de plusieurs CHU québécois. Cette approche considère que le patient a un rôle actif au sein de l'équipe de soins (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013) tout comme le suggèrent les résultats de la présente étude. Cependant, ces résultats nuancent que le patient désire s'engager à son rythme. D'ailleurs, des études sur la participation des patients aux soins précisent que ces derniers veulent avoir le choix de participer ou non aux décisions concernant les soins (Moreau et al., 2012; Thorarinsdottir & Kristjansson, 2014). Dans le même ordre d'idées, Chawla et Arora (2013) proposent que les approches à la prise de décision et la participation des patients aux soins soient plus nuancées afin que les patients se sentent à l'aise de participer à la prise de décision comme ils le désirent. Donc, il apparaît essentiel de prendre en considération le niveau d'engagement désiré du patient avant son introduction active à l'équipe.

Rappelons que la description réalisée de la pratique ICP actuelle d'équipes en oncologie reflétait plusieurs contradictions dont la présence d'une culture centrée sur le traitement et d'une centrée sur le patient. Ainsi, il est possible de croire que la description de la pratique ICP optimale, issue des perspectives de patients, de proches et de professionnels, propose les éléments souhaités de cette pratique pour le contexte oncologique. Somme toute, cette description illustre une pratique ICP empreinte d'humaniste et cohérente avec les valeurs de la pratique infirmière.

La prochaine section discute de l'utilisation d'une version adaptée du PCNF dans le cadre de cette étude.

L'adaptation du PCNF

L'utilisation d'un cadre de référence en lien avec une pratique infirmière centrée sur le patient, soit l'adaptation du PCNF (Bilodeau, et al., 2013), est un apport innovant. Les études antérieures sur la pratique interprofessionnelle utilisaient davantage des théories explorant les relations professionnelles, les procédures (ex., partage des tâches), l'organisation des équipes et du travail d'équipe (Reeves, et al., 2010). Pour cette étude, le PCNF, théorie de niveau intermédiaire, a été choisi parce qu'il intégrait des perspectives philosophiques humanistes et existentialistes pour définir la personne ainsi qu'un processus de pratique professionnelle centré sur le patient (McCormack & McCance, 2010). De plus, l'adaptation du PCNF a permis d'inclure la notion d'interprofessionnalité. À cet effet, des auteurs en sciences infirmières rappellent que le choix d'une théorie de niveau intermédiaire a l'avantage de présenter des phénomènes plus concrètement et de s'appliquer plus facilement aux activités professionnelles (Fawcett, 2005; Provencher & Fawcett, 1999). Reeves (2010) souligne aussi que l'emploi de cadres de référence ou de théories est important pour soutenir la recherche sur les pratiques interprofessionnelles, car il permet d'éclairer les phénomènes qui ne sont pas visibles ou apparents. Ainsi, les résultats de la présente

étude suggèrent que l'adoption d'un cadre de référence, notamment infirmier, a permis de lever le voile sur des éléments décrivant explicitement une pratique interprofessionnelle qui est *centrée sur le patient* et a encouragé une description humaniste de cette pratique.

Il est à noter que le cadre de référence original mettait en relation les soins centrés sur le patient et le rôle professionnel de l'infirmière. La version adaptée du PCNF, intégrant la notion d'interprofessionnalité, ne détaille pas comment un processus de pratique ICP se réalise entre le patient/proche, le professionnel et l'équipe. Considérant ces limitations, l'adaptation du PCNF a été utilisée comme une « carte provisoire du territoire, composée de connaissances générales à propos du phénomène » (Mucchielli, 2004). C'est pourquoi ce cadre a plutôt influencé les guides d'entrevue et d'observation. Somme toute, cette stratégie a contribué à offrir une perspective infirmière de la pratique ICP lors de la collecte de données.

La prochaine section porte sur les considérations méthodologiques et les limites de l'étude.

Les considérations méthodologiques et les limites de l'étude

Le processus de recherche ancré dans le paradigme constructiviste a permis de rallier plusieurs réalités soit celles des patients, des proches et des professionnels, et de construire une description de la pratique ICP qui serait souhaitable et en lien avec le contexte réel des milieux oncologiques. En outre, les différentes schématisations produites de la pratique ICP actuelle et souhaitée décrivent les relations entre les patients, les professionnels et l'équipe (par exemple, voir les figures 2 et 3 de l'article II). À notre connaissance, aucune étude n'a conceptualisé la pratique ICP selon ces différentes réalités. Les recherches antérieures examinaient davantage la collaboration entre les professionnelles et l'attitude des professionnels quant à une pratique centrée

sur le patient (Sidani & Fox, 2013). Ainsi, le choix méthodologique de cette thèse a contribué à développer, de façon inédite, de nouvelles connaissances sur la pratique ICP.

L'étude qualitative de cas multiples (Stake, 1995) a été une méthode de choix pour décrire, explorer et comprendre le phénomène de la pratique ICP dans son « contexte réel ». De plus, elle offre une description riche, complexe et holiste (Guba & Lincoln, 1994; Stake, 1978). Pour être en mesure de décrire le phénomène d'intérêt, plusieurs méthodes de collecte de données ainsi qu'un engagement continu du chercheur sur le terrain ont été utilisés pour mieux comprendre la complexité du cas (Creswell, 2007; Stake, 2008). De plus, le recrutement de deux équipes interprofessionnelles a été un choix judicieux pour rendre compte de multiples réalités de la pratique ICP. À la lumière des résultats, le devis de l'étude de cas multiple a permis de décrire de manière détaillée la pratique ICP et ses facteurs d'influence, ce qui confirme la pertinence de cette approche.

L'échantillonnage pour cette étude a été intentionnel (Patton, 2002). Des critères d'inclusion à l'étude ont été utilisés afin de recruter les équipes interprofessionnelles et les différents participants. L'échantillonnage a donc privilégié le choix d'équipes, traitant autant des hommes et des femmes, d'un unique CHU spécialisé en oncologie d'une région urbaine. Ces dernières stratégies avaient pour but d'homogénéiser l'échantillon quant au contexte oncologique afin de répondre aux questions de recherche. Même si les équipes provenaient du même CHU, elles présentaient tout de même des contextes bien distincts contribuant ainsi au raffinement de la description de la pratique ICP. Ainsi, les résultats obtenus sont en lien avec un contexte précis soit l'oncologie. L'utilisation de ces résultats doit donc faire appel à un contexte d'application similaire.

Quant à l'échantillon, il est possible de remarquer que plus de professionnels (n=18) ont été recrutés que de patients (n=8) et de proches (n=3). Cette situation ne semble pas avoir orienté les

résultats en raison de l'utilisation de l'observation (57.6 heures) auprès de patients. Cette stratégie a ajouté à la richesse et à la possibilité de contraster certaines données. Même si l'échantillon était restreint (n=2 équipes et 31 participants), il a généré suffisamment de données pour être en mesure de décrire la pratique ICP.

Cette étude présente des limites qui ont pu influencer les résultats obtenus. Tout d'abord, les résultats de cette étude reposent en partie sur des perceptions de patients, de proches et de professionnels de la santé. Il est possible que les participants n'aient pas révélé toutes leurs impressions ou que leurs propos aient été teintés par la désirabilité sociale. Il est à souligner qu'à chaque entrevue réalisée, les participants étaient informés que le contenu était confidentiel. De plus, les professionnels étaient avisés que l'entrevue ne constituait en rien à une évaluation professionnelle. Pour les patients, ils étaient assurés que leur participation à l'étude n'aurait aucune conséquence sur leurs soins.

Ensuite, lors d'une étude de cas, Creswell (2007) explique que le phénomène étudié peut se modifier en raison de la venue d'évènements (ex., évolution des programmes de formation interprofessionnelle) ou d'activités (ex., formation continue sur la collaboration interprofessionnelle). Ainsi, il peut être possible que les résultats de la description puissent être moins représentatifs du phénomène au moment de leur diffusion.

Il importe de mentionner que l'étudiante chercheuse était connue de certains professionnels recrutés, car elle a déjà occupé un poste de conseillère en soins spécialisés en oncologie dans ce CHU. Cette situation a pu influencer le dévoilement de certaines informations. Par exemple, un professionnel a avoué après une entrevue qu'il avait certaines réticences à rapporter des évènements en raison que l'étudiante chercheuse connaissait les membres de son équipe. Des patients ont également mentionné que des professionnels attendaient le départ de l'étudiante pour

intervenir auprès d'eux. En outre, la présence d'un observateur connu peut avoir influencé positivement le cours des soins pour certains patients. Il a été observé que les patients pouvaient quelques fois avoir eu des privilèges (ex., attente moins longue) et que les professionnels pouvaient être plus attentionnés. De plus, l'observation a quelques fois été dérangée en raison que l'étudiante pouvait être interpellée par des employés. À cet effet, Bonner et Tolhurst (2002) soulignent qu'un chercheur connu des milieux cliniques peut vivre certaines contraintes parce qu'il est perçu par les participants comme un professionnel appartenant au groupe et non un chercheur. Par contre, il faut rappeler que la moitié des professionnels recrutés avaient moins de cinq années d'expérience en oncologie et ne pouvaient pas, par le fait même, avoir connu l'étudiante chercheuse au moment de la collecte de données. Les prochaines sections discutent des retombées du projet d'étude pour la pratique, la recherche, la gestion et la formation.

Les retombées pour la pratique

La thèse propose une description de la pratique ICP qui est cohérente avec des valeurs infirmières. Il est possible de croire que cette description, ancrée dans le contexte clinique en oncologie, sera significative pour les infirmières et les professionnels de la santé qui exercent dans ce contexte. Il est souhaité que les résultats rappellent aux professionnels l'importance de ne pas imposer ses valeurs ainsi que d'être à l'écoute des besoins des patients et de respecter leur rythme au cours de la trajectoire de soins en oncologie. De plus, les équipes interprofessionnelles pourront se questionner quant aux manières d'optimiser la collaboration entre tous les membres de l'équipe. Enfin, il importe que la description de la pratique ICP souhaitée insuffle une réflexion profonde quant à l'accompagnement des patients diagnostiqués de cancer.

Les résultats ont également souligné que l'intensité de la pratique ICP varie selon les périodes de la trajectoire de soins. Il serait alors important de cibler un intervenant pivot dès le diagnostic

pour éviter que les patients vivent des moments de vulnérabilité entre les périodes de la trajectoire. Ensuite, il est suggéré que les équipes, à l'aide de patients et de proches, identifient les informations pertinentes à offrir ainsi que les fréquences quant aux contacts avec les patients. De plus, les équipes interprofessionnelles devraient être sensibilisées quant aux bris de continuité tout au long de la trajectoire de soins en oncologie. Ces bris devraient même être répertoriés pour un souci d'amélioration continue des soins donnés par l'équipe. De plus, il serait intéressant d'analyser et de raffiner les processus (ex., accueil d'un nouveau patient, prise de rendez-vous) au sein des équipes interprofessionnelles au cours de la trajectoire de soins en oncologie.

Les infirmières en oncologie (ex., infirmière soignante, infirmière en chimiothérapie, infirmière pivot, conseillère en soins spécialisés) ont une place de choix au sein des équipes interprofessionnelles par leurs contacts étroits avec les patients. Ces infirmières ont d'ailleurs des rôles clefs entourant la coordination des soins et des services autour des patients et ont de nombreux liens avec différents professionnels de l'équipe interprofessionnelle. Elles se doivent de rappeler aux membres de l'équipe l'expérience unique du patient diagnostiqué d'un cancer. Les valeurs infirmières, reposant sur le respect de l'humanité et les soins centrés sur le patient, sont ainsi des leviers puissants pour faire valoir la nécessité de transformer les pratiques interprofessionnelles. Les infirmières doivent alors contribuer à l'adoption d'une culture de pratique ICP au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie.

Enfin, la pratique infirmière se situe aujourd'hui dans le paradigme de la transformation (Pepin et al., 2010). Elle est centrée sur le patient et ses proches selon sa vision de la santé, à partir de ses savoirs et en collaboration avec les autres professionnels de la santé (Pepin, et al., 2010). Ce paradigme considère également que le savoir infirmier peut influencer autant les pratiques des autres disciplines que celles des sciences infirmières (Donaldson, 2000; Newman et al., 2008).

C'est pourquoi le PCNF adapté (Bilodeau, et al., 2013) pourrait être révisé suite aux résultats de cette étude. Les facteurs recensés pourraient sûrement détailler des composantes du modèle PCNF tels les prérequis, l'environnement, les résultats et le processus de pratique ICP. De plus, les données contextuelles recueillies quant à la trajectoire de soins en oncologie pourraient également être intégrées. Ainsi, cette adaptation offrirait aux professionnels de la santé une illustration concrète de cette pratique en oncologie. En plus de bonifier son corpus de connaissances sur la pratique ICP, les sciences infirmières peuvent sans aucun doute influencer le développement des savoirs interprofessionnels.

Les retombées pour la recherche

Le devis de l'étude qualitative de cas multiples s'est avéré pertinent pour le développement de connaissances sur les pratiques interprofessionnelles. De plus, l'apport des périodes d'observation est indéniable et a permis de contraster certaines données. De futures études de cas pourraient documenter la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins d'un type de cancer déterminé avec un échantillon multicentrique afin d'émettre des recommandations précises quant à l'ajustement des soins.

D'autres études sont nécessaires pour déterminer comment accompagner une équipe à adopter une culture de pratique ICP, pour cibler des interventions encourageant la pratique ICP et pour déterminer et évaluer des indicateurs d'une pratique ICP. Entre autres, un devis participatif de recherche incluant des patients, des proches et des professionnels pourrait être utilisé afin de cibler des interventions favorisant la pratique ICP souhaitée au sein d'équipes et la participation des patients. Ce type de devis est approprié lorsque le but de l'étude est de proposer des solutions adaptées pour un contexte donné ou des dynamiques particulières (Stringer, 2007). De plus, cette approche permet d'examiner les besoins particuliers ou les difficultés d'un milieu clinique tout en

tenant compte du point de vue des acteurs concernés par le sujet de l'étude. D'ailleurs, Baron (2009) a présenté que ce type d'études était particulièrement efficace pour améliorer les pratiques interprofessionnelles en introduisant la « voix » des patients.

Les retombées pour la gestion

Suite aux résultats de la description de la pratique ICP actuelle, il semble important que la pratique ICP soit une priorité organisationnelle. Pour y arriver, des auteurs proposent que les organisations adoptent une culture centrée sur le patient (Luxford et al., 2011) et revoient à cet effet leurs structures organisationnelles ainsi que leurs processus de soins (Goldberg, Beeson, Kuzel, Love, & Carver, 2013). De plus, les résultats de la présente étude suggèrent d'agir sur les facteurs influençant la pratique ICP. D'abord, pour faciliter le fonctionnement des équipes, les équipes devraient cibler un intervenant leader pour faciliter les communications et les activités. Il est aussi primordial d'amener les équipes à revoir les buts et les objectifs des réunions interprofessionnelles. Les résultats ont montré que la pratique ICP a lieu également en dehors de ces réunions et est appréciée par les professionnels. C'est pourquoi nous suggérons des notes interprofessionnelles du patient à son dossier, idéalement numérique, afin de rendre compte de cette pratique informelle (ex., résumé de discussion entre l'infirmière et la nutritionniste quant à une difficulté identifiée par le patient). Ensuite, il serait souhaitable que les professionnels attirés aux équipes interprofessionnelles en oncologie aient du temps réservé pour les activités interprofessionnelles. Quant à l'organisation des ressources, il semble essentiel de regrouper les professionnels dans un même lieu afin de faciliter les échanges et les interactions pour une pratique ICP optimale. De plus, les organisations et les équipes devront réfléchir avec des patients quant aux moyens de les intégrer aux équipes (ex., discussion devant le patient, participation du patient aux rencontres interprofessionnelles).

Enfin, il est suggéré aux gestionnaires de porter une attention particulière aux nouveaux professionnels qui ont souvent reçu une formation universitaire sur la collaboration interprofessionnelle où le partenariat avec les patients est intégré (Vanier et al., 2013). Il importe de les accompagner afin qu'ils puissent adopter et encourager une pratique ICP lors de leur intégration aux équipes. Il est possible de croire que cette nouvelle génération de professionnels sera un atout considérable à la réalisation d'une culture de pratique ICP.

Les retombées pour la formation

La création d'activités éducatives pour les équipes pourrait être envisagée pour stimuler une pratique ICP optimale. L'organisation de groupes de co-développement professionnel sur différents sujets en lien avec la collaboration et l'approche centrée sur le patient pourrait être bénéfique. Cette approche de formation promeut l'apprentissage par les pairs, stimulé par des problématiques vécues ou projets, afin d'améliorer et consolider les pratiques (Payette, 2000). Avant l'introduction de patients aux activités de l'équipe, il serait également pertinent de préparer des simulations avec des bénévoles (ex., réunions interprofessionnelles) qui seraient suivis de débriefing pour consolider les apprentissages (Baker et al., 2008; Fanning & Gaba, 2007; Murdoch, Bottorff, & McCullough, 2014).

Quant aux étudiants en sciences de la santé, il importe qu'ils soient sensibilisés au dualisme de cultures présent dans les milieux de soins. Des activités éducatives de groupes pourraient être mises en place pour stimuler la réflexion quant aux stratégies encourageant une pratique ICP lors de l'arrivée dans les milieux cliniques. Il importe alors de renforcer les compétences des étudiants en lien avec leadership clinique et aussi leurs habiletés politiques afin que ces derniers fassent valoir une culture de pratique ICP lors de leur intégration au sein d'équipes interprofessionnelles établies. À cet effet, des chercheurs rappellent que la formation interprofessionnelle n'est pas

forcément garante d'une pratique interprofessionnelle en raison de la transition difficile des étudiants vers la vie professionnelle (Clark, 2011; Curran et al., 2010; Pelling et al., 2011; Pollard & Miers, 2008; Rosenfield et al., 2011), d'où l'importance de bien les accompagner lors de cette transition.

Plus spécifiquement pour les étudiantes infirmières, la description de la pratique ICP réalisée dans le cadre de cette thèse pourrait être utilisée pour comprendre l'apport infirmier à l'équipe interprofessionnelle et le déploiement des compétences « Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans les expériences de soins », « Assurer la continuité des soins des personnes vivant des expériences de santé » et « Collaborer dans des équipes professionnelles » (Faculté des sciences infirmières, 2010) lors d'une pratique ICP.

Conclusion

Cette étude a offert une description de la pratique ICP au cours de la trajectoire de soins en oncologie, inspirée d'un cadre de référence infirmier. L'étude qualitative de cas multiples a permis de rallier les points de vue de patients, de proches et de professionnels de la santé pour documenter cette pratique tout en la contextualisant au milieu clinique de l'oncologie.

Les résultats de cette étude ont montré qu'un dualisme de cultures (culture centrée sur le traitement versus culture centrée sur le patient) est présent au sein des équipes et a influencé ainsi la pratique ICP. De plus, les équipes étudiées ont présenté une pratique ICP changeante en raison de l'influence de nombreux facteurs tels le « fonctionnement de l'équipe », l'« environnement physique » et le « positionnement » des patients et des professionnels. Les résultats ont suggéré aussi que le déploiement des équipes de soins se fait à intensité variable au cours de la trajectoire. Il a été soulevé que les patients ont pu faire l'expérience d'une pratique ICP fluctuante, de bris dans la continuité des soins et de transition difficile entre les différentes périodes de la trajectoire. Somme toute, il a été décrit que lors d'une pratique ICP optimale, le patient doit être accompagné à son rythme et selon son engagement, ne pas se faire imposer les valeurs et les objectifs des professionnels et circuler dans une équipe qui collabore avec assiduité.

Enfin, cette étude a proposé diverses pistes de réflexion pour les infirmières et les étudiantes en sciences infirmières, les autres professionnels de la santé et les étudiants en sciences de la santé, les équipes interprofessionnelles, les chercheurs, les enseignants et les gestionnaires des établissements de santé. Ces propositions ont pour but de favoriser une pratique ICP et l'accompagnement des patients diagnostiqués d'un cancer au cours de leur trajectoire de soins. À

cet effet, toutes les disciplines de la santé pourraient bénéficier de la description offerte de la pratique ICP afin de mieux intervenir et être en mesure de mieux comprendre les enjeux.

Références

Action cancer Ontario. (2013). Strategic priorities. 2013, from http://ocp.cancercare.on.ca/strategic_priorities/

Alfano, C. M., Ganz, P. A., Rowland, J. H., & Hahn, E. E. (2012). Cancer Survivorship and Cancer Rehabilitation: Revitalizing the Link. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(9), 904-906.

Angrosino, M. (2007). *Doing ethnographic and observational research*. Thousand Oaks: Sage.

Appleton, J. V., & King, L. (2002). Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(6), 641-648.

Armitage, H., Connolly, J., & Pitt, R. (2008). Developing sustainable models of interprofessional learning in practice--the TUILIP project. *Nurse Education in Practice*, *8*(4), 276-282.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Soins axés sur les besoins du patient (suppl. rév)*. Toronto: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(4), 456-466.

Baker, C., Pulling, C., McGraw, R., Dagnone, J. D., Hopkins-Rosseel, D., & Medves, J. (2008). Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. *Journal of Advanced Nursing*, *64*(4), 372-379.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, *17*(82), 269-276.

- Barker, K. K., Bosco, C., & Oandasan, I. F. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 166-176.
- Barnet, M., & Shaw, T. (2013). What do consumers see as important in the continuity of their care? *Supportive Care in Cancer, 21(9)*, 2637-2642.
- Baron, S. (2009). Evaluating the patient journey approach to ensure health care is centred on patients. *Nursing Times, 105(22)*, 20-23.
- Baxter, S. K., & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care, 22(3)*, 239-251.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling, 39(1)*, 17-25.
- Berry, L. L., Seiders, K., & Wilder, S. S. (2003). Innovations in Access to Care: A Patient-Centered Approach. *Annals of Internal Medicine, 139(7)*, 568-574.
- Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs, 28(4)*, w555-565.
- Bidmead, C., & Cowley, S. (2005). A concept analysis of partnership with clients. *Community Practitioner, 78(6)*, 203-208.
- Bilodeau, K., Dubois, D., & Pepin, J. (2010). *La formation interprofessionnelle centrée sur le patient: Où sont le patient et la famille?* (Vol. 2010). Montréal: Association Canadienne pour l'Avancement des sciences (ACFAS).

- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en Soins Infirmiers*(113), 43-50.
- Bonner, A., & Tolhurst, G. (2002). Insider-outsider perspectives of participant observation. *Nurse Researcher*, 9(4), 7-19.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Brooker, D. (2004). What is person centred care? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222.
- Byrne, P., & Long, B. (1976). *Doctors Talking to Patients*. London: HMSO.
- Camiré, F. (2005). L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique (pp. 147 f.). Montréal: Université de Montréal.
- Canadian interprofessional health collaborative. (2009). Aide-mémoire: Les soins centrés sur le patient. Retrieved 1er avril, 2010, from http://www.cihc.ca/files/resources/CIHC_ScP_Fev09.pdf
- Canadian interprofessional health collaborative. (2010). *National Interprofessional Competency Framework*. Toronto: CIHC.
- Carnevale, F. A., Macdonald, M. E., Bluebond-Langner, M., & McKeever, P. (2008). Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 18-32.

- Carpenter, J., & Dickinson, C. (2011). "Contact is not enough": a social psychological perspective on interprofessional education. In S. Kitto, J. Chesters, J. Thistlethwaite & S. Reeves (Eds.), *Sociology of interprofessional health care practice : critical reflections and concrete solutions* (pp. 55-68). Hauppauge, N.Y.: Nova science publishers.
- Cashman, S., Reidy, P., Cody, K., & Lemay, C. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care, 18*(2), 183-196.
- Casimiro, L., MacDonald, C. J., Thompson, T. L., & Stodel, E. J. (2009). Grounded theory of W(e)Learn : A framework for online interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care, 23*(4), 390-400.
- Chawla, N., & Arora, N. K. (2013). Why do some patients prefer to leave decisions up to the doctor: lack of self-efficacy or a matter of trust? *Journal of Cancer Survivorship, 7*(4), 592-601.
- Christler-Tourse, R. W., Mooney, J. F., Shindul-Rothchild, J., Prince, J., Pulcini, J. A., Platt, S., et al. (2008). The university/community partnership: Transdisciplinary course development. *Journal of Interprofessional Care, 22*(5), 461-474.
- CIHC. (2009). Aide-mémoire: La pratique en collaboration. Retrieved 17 janvier, 2011, from http://www.cihc.ca/files/resources/CIHC_PeC_Fev09.pdf
- Clark, P. G. (2011). Examining the interface between interprofessional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of Interprofessional Care, 25*(1), 26-32.

- Clausen, C., Strohschein, F. J., Faremo, S., Bateman, D., Posel, N., & Fleiszer, D. M. (2012). Developing an interprofessional care plan for an older adult woman with breast cancer: from multiple voices to a shared vision. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), E18-25.
- Cody, W. K., & Mitchell, G. J. (2002). Nursing knowledge and human science revisited: practical and political considerations. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 4-13.
- Collaborative Ontario Interprofessionnel Health. (2010). *IPE Ontario 2010*, Toronto.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2005). *Cadre de compétences CanMEDS 2005*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Comité consultatif sur le cancer. (1998). *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Comité direction de la Société canadienne du cancer. (2013). Statistiques canadiennes sur le cancer 2013 Available from <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/canadian-cancer-statistics-2013-FR.pdf>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2013). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. In RUIS de l'Université de Montréal (Eds.) Available from http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf
- Conseil canadien de la santé. (2010). Cancer care Ontario's provincial patient and family advisory council. 2013, from <http://innovation.healthcouncilcanada.ca/fr/innovation-practice/cancer-care-ontario%E2%80%99s-provincial-patient-and-family-advisory-council#>

- Cook, G., Gerrish, K., & Clarke, C. (2001). Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations. *Journal of Interprofessional Care, 15*(2), 141-151.
- Cooper, H., Spencer-Dawe, E., & McLean, E. (2005). Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. *Journal of Interprofessional Care, 19*(5), 492-508.
- Côté, G., Lauzon, C., & Kyd-Strickland, B. (2008). Environmental scan of interprofessional collaborative practice initiatives. *Journal of Interprofessional Care, 22*(5), 449-460.
- Couturier, Y. (2001). *Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires*. Université de Montréal, Montréal.
- Couturier, Y. (2004). Le déploiement de l'intervention. Lecture d'un transversal interdisciplinaire à la lumière de l'herméneutique du sujet selon Foucault. *Esprit Critique, 6*, 161-176.
Retrieved from <http://www.espritcritique.fr>
- Couturier, Y. (2009). An interprofessional or an interdisciplinary problem? Distinctions to develop an analytical scheme of interdisciplinarity based on the case of a long-term care hospital. *Recherche en Soins Infirmiers (97)*, 23-33.
- Couturier, Y., & Chouinard, I. (2003). La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels du secteur sociosanitaire: une mise en problème. *Esprit Critique, 5*(1). Retrieved from <http://www.espritcritique.fr>

- Couturier, Y., Gagnon, D., Carrier, S., & Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: a theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care, 22*(4), 341-351.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Curran, V. R., Deacon, D. R., & Fleet, L. (2005). Academic administrators' attitudes towards interprofessional education in Canadian schools of health professional education. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 76-86.
- Curran, V. R., & Sharpe, D. (2007). A framework for integrating interprofessional education curriculum in the health sciences. *Education for Health, 20*(3), 1-7.
- Curran, V. R., Sharpe, D., Flynn, K., & Button, P. (2010). A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *Journal of Interprofessional Care, 24*(1), 41-52.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 116-131.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 8-20.

- D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Sante*, 17(3), 68-94.
- Dabney, B. W., & Tzeng, H.-M. (2013). Service Quality and Patient-Centered Care. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 359-364.
- De Haes, H., & Koedoot, N. (2003). Patient centered decision making in palliative cancer treatment: A world of paradoxes. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 43-49.
- Dewar, B., & Nolan, M. (2013). Caring about caring: developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1247-1258.
- Dieleman, S. L., Farris, K. B., Feeny, D., Johnson, J. A., Tsuyuki, R. T., & Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 75-78.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2005). *Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer: avis*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie* Québec Ministère de la santé et des services sociaux.
- Direction de lutte contre le cancer. (2007). *Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer*. Québec: MSSS du Québec.
- Direction québécoise de cancérologie. (2013). Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer: un plan directeur en cancérologie. In Ministère de la santé et des services sociaux (Eds.) Available from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>

- DLCC. (2011). *Rapport du comité d'oncologie psychosociale: Vers des soins centrés sur la personne*. Québec: MSSS.
- Donaldson, S. K. (2000). Breakthroughs in scientific research: the discipline of nursing, 1960-1999. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 247-311.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing outlook*, 26(2), 113-120.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dubois, S., Pepin, J., & Bilodeau, K. (2009). *Le contexte clinique d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en santé: Recension des écrits*. Montréal: Centre d'innovation en formation infirmière.
- Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A., & Beach, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it "just the right thing to do"? *Patient Education and Counseling*, 62(2), 271-276.
- Eckman, M. H. (2001). Patient-centered decision making: A view of the past and a look toward the future. *Medical Decision Making*, 21(3), 241-247.
- Elbourne, E., & Le May, A. (2012). A multidisciplinary approach to person-centred practice. *Nursing & Residential Care*, 14(4), 199 - 202
- Ellingson, L. (2005). *Communicating in the clinic: Negotiating frontstage and backstage teamwork*. Cresskill: Hampton Press.

- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.
- Faculté des sciences infirmières. (2010). *Référentiel de compétences: Baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal: Université de Montréal.
- Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare : Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2(2), 115-125.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Ferrada Videla, M. (2002). *Le processus de collaboration interprofessionnelle à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles*. Montréal: Université de Montréal.
- Freeth, D. (2007). *Interprofessional education*. Edinburgh: Association of the study of medical education.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée* (2e éd. rev. et compl. ed.). Paris: Éditions du Seuil.
- Gerrish, K. (1997). Being a "maginal native": dilemmas of participant observer. *Nurse Researcher*, 5(1), 25-34.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press ; Atlantic Highlands, N.J. : Distributed by Humanities Press.

- Given, B. A., Spoelstra, S. L., & Grant, M. (2011). The Challenges of Oral Agents as Antineoplastic Treatments. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(2), 93-103.
- Glynn, M., Beresford, P., Bewley, C., Branfield, F., Butt, J., Croft, S., et al. (2008). Person-centred support: What service users and practitioners say. In Joseph Rontree Foundation (Eds.) Available from <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2173-person-centred-support.pdf>
- Goldberg, D. G., Beeson, T., Kuzel, A. J., Love, L. E., & Carver, M. C. (2013). Team-based care: a critical element of primary care practice transformation. *Population Health Management*, 16(3), 150-156.
- Gottlieb, L. N., Feeley, N., & Dalton, C. (2006). *The collaborative partnership approach to care : a delicate balance* (Rev. ed.). Toronto: Mosby/Elsevier.
- Guba, E. G. (1990). *The Paradigm dialog*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. (1994). Completing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & C. M. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research*. (pp. 105-117). Thousand Oaks: SAGE.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 191-216). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Haidet, P., Kelly, P. A., Bentley, S., Blatt, B., Chou, C. L., Fortin, V. A. H., et al. (2006). Not the same everywhere: Patient-centered learning environments at nine medical schools. *Journal of General Internal Medicine, 21*(5), 405-409.
- Hall, P., Weaver, L., Gravelle, D., & Thibault, H. (2007). Developing collaborative person-centred practice: a pilot project on a palliative care unit. *Journal of Interprofessional Care, 21*(1), 69-81.
- Hassmiller, S. B., & Goodman, D. C. (2011). Interprofessional care and the future of nursing. [Editorial]. *Journal of Interprofessional Care, 25*(3), 163-164.
- Hébert, R. (1997). *Définition du concept d'interdisciplinarité*. Paper presented at the Colloque "De la multidisciplinaité à l'interdisciplinarité".
- Hepworth, J., Askew, D., Jackson, C., & Russell, A. (2013). 'Working with the team': an exploratory study of improved type 2 diabetes management in a new model of integrated primary/secondary care. *Australian Journal of Primary Health, 19*(3), 207-212.
- Herbert, C. P. (2005). Changing the culture: interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 1-4.
- Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research, 58*(1), 52-62.
- Hood, L. J., Leddy, S., & Pepper, J. M. (2006). *Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Hook, M. L. (2006). Partnering with patients--a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133-143.
- Horton, K., Tschudin, V., & Forget, A. (2007). The Value of Nursing: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 14(6), 716-740.
- Howarth, M., Warne, T., & Haigh, C. (2012). "Let's stick together"--a grounded theory exploration of interprofessional working used to provide person centered chronic back pain services. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 491-496.
- Hughes, J. C., Bamford, C., & May, C. (2008). Types of centredness in health care: themes and concepts. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(4), 455-463.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. (2012). *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, Marie-Pascale Pomey, Brigitte Côté, Claudio Del Grande, Monia Ghorbel, Phuong Hua et Éric Tremblay.*
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality Available from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10681
- Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (1998). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains Retrieved from Retrieved from <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/policystatement/addenda.cfm>

- International alliance of patients' organizations. (2007). *What is patient-centred healthcare? A review of definitions and principles*. London: International alliance of patients' organizations.
- Jackson, D. (2008). Collegial trust: crucial to safe and harmonious workplaces. [Editorial]. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1541-1542.
- Jean-Baptiste, A. (2011). Recension des initiatives patient partenaire. Unpublished Rapport de projet supervisé. HEC.
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 175-181.
- Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation-Analyses*, 2010(58-59).
- Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Mercier, A-M., Muriel, G., Ghadiri, D-P., Boucher, A. (2011). Le patient partenaire de soins: un atout pour le médecin!, 2014, from <http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>
- Kelly, J. (2007). Barriers to achieving patient-centered care in Ireland. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 29-34.
- Kidd, J., Marteau, T. M., Robinson, S., Ukoumunne, O. C., & Tydeman, C. (2004). Promoting patient participation in consultations: A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions. *Patient Education and Counseling*, 52(1), 107-112.

- Kirschner, N., & Barr, M. S. (2010). Specialists/subspecialists and the patient-centered medical home. *Chest*, *137*(1), 200-204.
- Kitson, A. (1999). The essence of nursing. *Nursing Standard*, *13*(23), 42-46.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(1), 4-15.
- Kitto, S. (2011). *Sociology of interprofessional health care practice : critical reflections and concrete solutions*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers.
- Kjeldmand, D., Holmstrom, I., & Rosenqvist, U. (2006). How patient-centred am I?. A new method to measure physicians' patient-centredness. *Patient Education and Counseling*, *62*(1), 31-37.
- Klein, J. T. (1996). *Crossing boundaries, knowledge, disciplinarity and interdisciplinarity*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Kvale, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(4), 582-589.
- Kvarnström, S., Hedberg, B., & Cedersund, E. (2013). The dual faces of service user participation: Implications for empowerment processes in interprofessional practice. *Journal of Social Work*, *13*(3), 287-307.

- Kvarnstrom, S., Willumsen, E., Andersson-Gare, B., & Hedberg, B. (2012). How Service Users Perceive the Concept of Participation, Specifically in Interprofessional Practice. *British Journal of Social Work, 42*(1), 129-146.
- Larrabee, J. H., & Bolden, L. V. (2001). Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality, 16*(1), 34-60; quiz 74-35.
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., et al. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health, 25*(4), 246-255.
- Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. Thorofare, NJ: SLACK.
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2009). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation, 1-14*.
- Legare, F., Stacey, D., Graham, I. D., Elwyn, G., Pluye, P., Gagnon, M. P., et al. (2008). Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: A study protocol. *BMC Health Services Research, 8*(2).
- Legault, G., A., (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lenoir, Y. (2001). L'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement: des lectures distinctes en fonction de cultures distinctes. In Y. Lenoir, B. Rey & I. Fazenda (Eds.), *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement* (pp. 19-36). Sherbrooke: Éditions du CRP.

- Leon-Carlyle, M., Spiegle, G., Schmocker, S., Gagliardi, A., Urbach, D., & Kennedy, E. (2009). Using patient and physician perspectives to develop a shared decision-making framework for colorectal cancer. *Implementation Science, 4*, 81.
- Lepage, K. (2008). Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille. Université de Montréal from <http://hdl.handle.net/1866/2698>
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé, 1*(1), 92-100.
- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine, 72*(10), 1595-1602.
- Lewin, S., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD003267.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Lindblom, P., Scheja, M., Torell, E., Astrand, P., & Fellander-Tsai, L. (2007). Learning orthopaedics: assessing medical students' experiences of interprofessional training in an orthopaedic clinical education ward. *Journal of Interprofessional Care, 21*(4), 413-423.
- Lindeke, L. L., & Block, D. E. (1998). Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook, 46*(5), 213-218.

- Litchfield, M. C., & Jonsdottir, H. (2008). A practice discipline that's here and now. *Advances in Nursing Science, 31*(1), 79-91.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., et al. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *British Medical Journal, 322*(7284), 468-472.
- Littlechild, B., & Smith, R. S. (2013). *A handbook for interprofessional practice in the human services : learning to work together*. Harlow: Pearson.
- Luck, L., Jackson, D., & Usher, K. (2006). Case study: a bridge across the paradigms. *Nursing Inquiry 13*(2), 103-109.
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care, 23*(5), 510-515.
- Mallinger, J. B., Griggs, J. J., & Shields, C. G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling, 57*(3), 342-349.
- Mann, K., McFetridge-Durdle, J., Martin-Misener, R., Clovis, J., Rowe, R., Beanlands, H., et al. (2009). Interprofessional education for students of the health professions: The “Seamless Care” model. *Journal of Interprofessional Care, 23*(3), 224-233.
- Martin, G. P., & Finn, R. (2011). Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. *Sociology of Health & Illness, 33*(7), 1050-1065.

- Matheis-Kraft, C., George, S., Olinger, M. J., & York, L. (1990). Patient-driven healthcare works! *Nursing Management, 21*(9), 124-125, 128.
- Mazor, K. M., Roblin, D. W., Greene, S. M., Lemay, C. A., Firmeno, C. L., Calvi, J., et al. (2012). Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *Journal of Clinical Oncology 30*(15), 1784-1790.
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice--a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing, 10*(4), 419-428.
- McCance, T. V. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice, 17*(2), 101-116.
- McComb, S., & Hebdon, M. (2013). Enhancing patient outcomes in healthcare systems through multidisciplinary teamwork. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 17*(6), 669-672.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice, 9*(3), 202-209.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24*(3), 620-634.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing, 56*(5), 472-479.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Oxford: John Wiley and Sons.

- McKeon, L. M., Norris, T., Cardell, B., & Britt, T. (2009). Developing patient-centered care competencies among prelicensure nursing students using simulation. *Journal of Nursing Education, 48*(12), 711-715.
- McMullen, L. (2013). Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Seminars in Oncology Nursing, 29*(2), 105-117.
- McWhinney, I. (1989). The need for a transformed clinical method. In M. Stewart & D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients*. London: Sage.
- Mead, N., & Bower, P. (2000a). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling, 39*(1), 71-80.
- Mead, N., & Bower, P. (2000b). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087-1110.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Michael, N., O'Callaghan, C., Clayton, J., Pollard, A., Stepanov, N., Spruyt, O., et al. (2013). Understanding how cancer patients actualise, relinquish, and reject advance care planning: implications for practice. *Supportive Care in Cancer, 21*(8), 2195-2205.
- Michaels, C. A., & Orentlicher, M. L. (2004). The role of occupational therapy in providing person-centred transition services: implications for school-based practice. *Occupational Therapy International, 11*(4), 209-228.

- Mickan, S. M., & Rodger, S. A. (2005). Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 358-370.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse de données qualitatives* (2e ed.). Paris: De Boeck Université.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). Contexte. 2013, from http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?aid=8
- Mitchell, G. J., Bournes, D. A., & Hollett, J. (2006). Practice applications. Human becoming-guided patient-centered care: a new model transforms nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 19(3), 218-224.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46.
- Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 74(2), 91-101.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 29-35.
- Montgomery, K., & Little, M. (2011). Enriching patient-centered care in serious illness: a focus on patients' experiences of agency. *The Milbank quarterly*, 89(3), 381-398.

- Monti, J. E., & Tingen, S. M. (2006). Multiple paradigms of nursing science. In W. K. Cody (Ed.), *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (4th ed., pp. 27-41). Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Moore, L. G., & Wasson, J. H. (2006). An introduction to technology for patient-centered, collaborative care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 29(3), 195-198.
- Moreau, A., Carol, L., Dedianne, M. C., Dupraz, C., Perdrix, C., Laine, X., et al. (2012). What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 206-211.
- Mortenson, W. B., & Dyck, I. (2006). Power and client-centred practice: an insider exploration of occupational therapists' experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 261-271.
- Mucchielli, A. (2004). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches Qualitatives, Hors-Série (1)*, 7-40.
- Murdoch, N., L., Bottorff, J., L., & McCullough, D. (2014). Simulation Education Approaches to Enhance Collaborative Healthcare: A Best Practices Review, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 307-321.
- National Health Service. (2007). *Putting people first: A shared vision and commitment to the transformation of adult social care*: National health service.

- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D., & Barton, D. (2013). Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 35-42.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-27.
- Nightingale, F. (1970). *Notes on nursing*. Princeton N.J.: Brandon/Systems Press.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005a). Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 21-38.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005b). Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 39-48.
- Oermann, M. H. (1999). Consumers' descriptions of quality health care. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(1), 47-55.
- Orchard, C. A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management* 18(3), 248-257.
- Orchard, C. A., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Medical Education Online*, 10, 1-13.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Retrieved 17 janvier, 2011, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf

- Ouwens, M., Hermens, R., Hulscher, M., Vonk-Okhuijsen, S., Tjan-Heijnen, V., Termeer, R., et al. (2009). Development of indicators for patient-centred cancer care. *Support Care Cancer*.
- Partenariat canadien contre le cancer. (2013). Amélioration de l'expérience globale du cancer 2013, from <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/priorities/cancer-journey/>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Payette, A. (2000). Le groupe de codéveloppement et d' "action learning": une approche puissante encore trop méconnue. *Effectif*, 3(2), 30-35.
- Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., & Wahlstrom, O. (2011). Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 328-332.
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912-917.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e ed.). Montréal: Chenelière éducation inc.
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. [Review]. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82.
- Pollard, K. C., & Miers, M. E. (2008). From students to professionals: results of a longitudinal study of attitudes to pre-qualifying collaborative learning and working in health and social care in the United Kingdom. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 399-416.

- Provencher, H., & Fawcett, J. (1999). Les sciences infirmières: une structure épistémologique. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Soins infirmiers et société* (pp. 273). Boucherville: G. Morin.
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., & Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing & Health, 32*(1), 4-17.
- Ragin, C. C., & Becker, H. S. (1992). *What is a case? : exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge England ; New York, NY: Cambridge University Press.
- Redman, R. W., & Lynn, M. R. (2004). Advancing patient-centred care through knowledge development. *Canadian Journal of Nursing Research, 36*(3), 117-129.
- Reeves, S. (2010). Ideas for the development of the interprofessional field. *Journal of Interprofessional Care, 24*(3), 217-219.
- Reeves, S., & Freeth, D. (2002). The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care, 16*(1), 41-52.
- Reeves, S., Goldman, J., & Oandasan, I. (2007). Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings. *Journal of Allied Health, 36*(4), 231-235.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K. L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633-645.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., et al. (2009). Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). *The Cochrane Library*(4), 1-24.
- Reina, M. L., Reina, D. S., & Rushton, C. H. (2007). Trust: the foundation for team collaboration and healthy work environments. *Advanced critical care*, 18(2), 103-108.
- Restall, G., & Ripat, J. (2008). Applicability and clinical utility of the Client-Centred Strategies Framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 288-300.
- Rosenfield, D., Oandasan, I., & Reeves, S. (2011). Perceptions versus reality: a qualitative study of students' expectations and experiences of interprofessional education. *Medical Education*, 45(5), 471-477.
- Russell, L., Nyhof-Young, J., Abosh, B., & Robinson, S. (2006). An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 29-39.
- Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjostrom, B., & Plos, K. A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11.
- San Martin Rodriguez, L. (2007). *Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie*. Université de Montréal, Montreal.

- Sandman, L., & Munthe, C. (2009). Shared decision-making and patient autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30(4), 289-310.
- Santé Canada. (2004). *Interdisciplinary Education For Collaborative, Patient-Centred Practice: Research and findings report*. Ottawa: Santé Canada.
- Santé Canada. (2005). *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice: Call for proposals*. Ottawa: Santé Canada.
- Santé Canada. (2009). Les projets financés par l'initiative FIPCP. Retrieved 12 octobre 2009, from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/accomp-fra.php>
- Santé Canada. (2010). *Stratégie en matière de ressources humaines en santé et Commission Romanow* (Vol. 2010). Ottawa: Santé Canada.
- Sargeant, J., Loney, E., & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4), 228-234.
- Sevin, C., Moore, G., Shepherd, J., Jacobs, T., & Hupke, C. (2009). Transforming care teams to provide the best possible patient-centered, collaborative care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(1), 24-31.
- Shaw, S. N. (2008). More than one dollop of cortex: Patients' experiences of interprofessional care at an urban family health centre. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 229-237.
- Sidani, S. (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(1), 24-37.

- Sidani, S., Epstein, D., & Miranda, J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-123.
- Sidani, S., & Fox, M. (2013). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*.
- Simchowit, B., Shiman, L., Spencer, J., Brouillard, D., Gross, A., Connor, M., et al. (2010). Perceptions and experiences of patients receiving oral chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 447-453.
- Sinfield, P., Baker, R., Agarwal, S., & Tarrant, C. (2008). Patient-centred care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners? *Patient Education and Counseling*, 73(1), 91-96.
- Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23(1), 135-144.
- Sommerfeldt, S. C. (2013). Articulating nursing in an interprofessional world. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 519-523.
- Soubhi, H., Lebel, P., Lefebvre, H., Poissant, L., Bouchard, J., Rioux, S., et al. (2008). *Vers la création de milieux exemplaires d'apprentissage et de développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle centrée sur les patients atteints de maladies chroniques par la mise en place de communauté de pratiques*. Montréal: Université de Montréal.
- Spector, N. (2010). Interprofessional collaboration: a nursing perspective. In B. Freshman, L. Rubino & Y. Reid Chassiakos (Eds.), *Collaboration across the disciplines in health care* (pp. 107-132). Missisauga: Jones and Bartlett publishers.

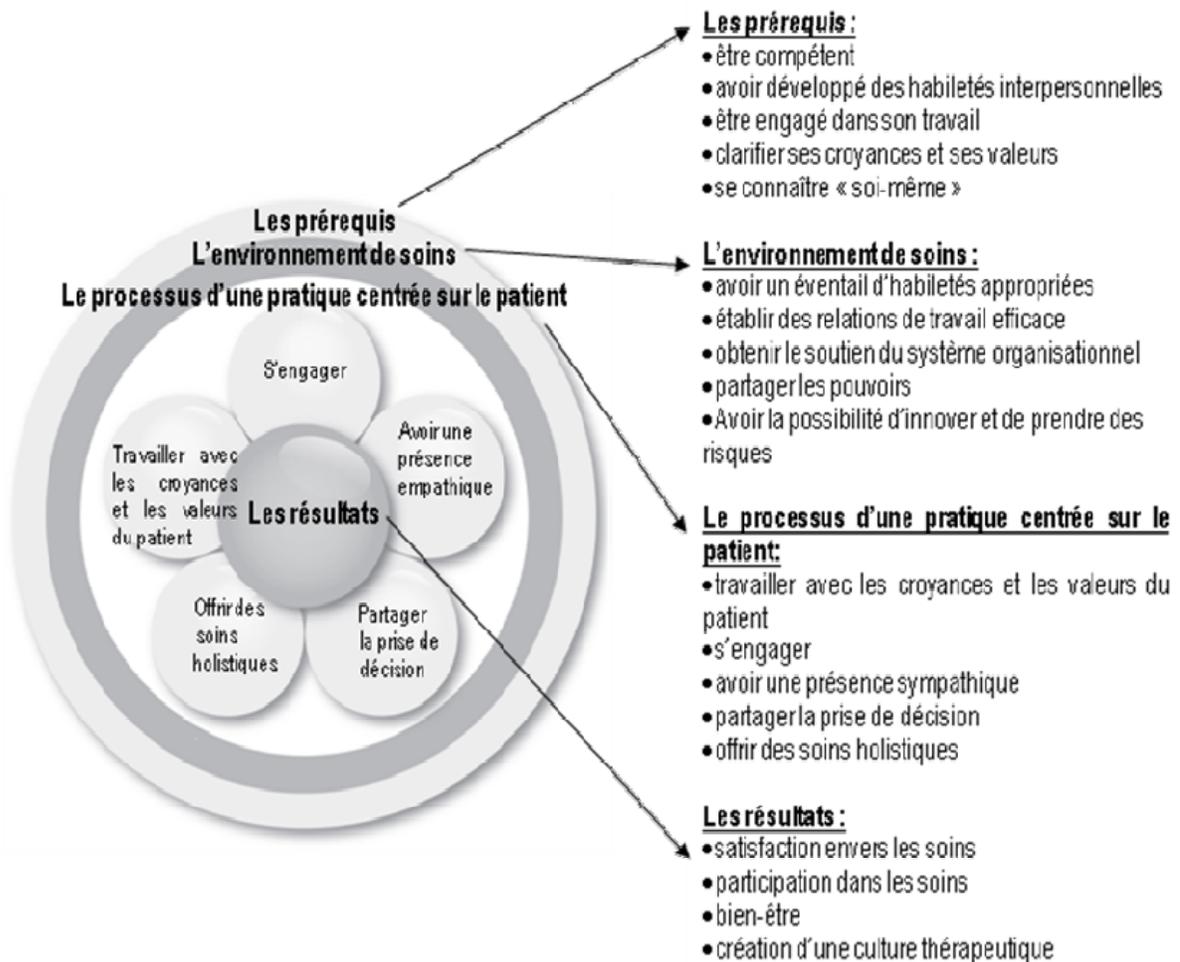
- Splaine Wiggins, M. (2008). The partnership care delivery model: an examination of the core concept and the need for a new model of care. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 629-638.
- Stake, R. E. (1978). The case study method in the social inquiry. *Educational Researcher*, 7(2), 5-8.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & C. M. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). Thousand Oaks: CA: SAGE publications inc.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case study. In Y. S. Lincoln (Ed.), *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: Guilford Press.
- Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (3rd ed., pp. 119-149). Los Angeles: Sage Publications.
- Staniszewska, S., & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 364-372.
- Stark, S., Landsbaum, A., Palmer, J. L., Somerville, E. K., & Morris, J. C. (2009). Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76 Spec No, 235-245.
- Stringer, E. T. (2007). *Action research* (3rd ed. ed.). Los Angeles ; London: SAGE.

- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 197-207.
- Sumsion, T. (2005). Facilitating client-centred practice: insights from clients. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 13-20.
- Sumsion, T., & Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 15-21.
- Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership--The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 150-155.
- Thorarinsdottir, K., & Kristjansson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in health care: A framework analysis. *Nursing Ethics*, 21(2), 129-147.
- Thorne, S., & Truant, T. (2010). Will designated patient navigators fix the problem? Oncology nursing in transition. *Canadian oncology nursing journal* 20(3), 116-128.
- Trojan, L., Suter, E., Arthur, N., & Taylor, E. (2009). Evaluation framework for a multi-site practice-based interprofessional education intervention. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 380-389.
- Tyreman, S. (2005). The expert patient: Outline of UK government paper. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(2), 149-151.

- Tzelepis, F., Rose, S., Sanson-Fisher, R., Clinton-McHarg, T., Carey, M., & Paul, C. (2014). Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care. *BMC Cancer, 14*(1), 41.
- Vanier, M.-C., Therriault, P.-Y., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I., et al. (2013). Innovating in Teaching Collaborative Practice with a Large Student Cohort at Université de Montréal. *Journal of Allied Health, 42*(4), 97E-106E.
- Wacheux, F., & Asmar, K., M. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: un cas d'un hôpital universitaire*. Paper presented at the Conférence internationale en management. Retrieved from <http://basepub.dauphine.fr/xmlui/handle/123456789/2614>
- Wagner, E. H., & Groves, T. (2002). Care for chronic diseases. *British Medical Journal, 325*(7370), 913-914.
- Walsh, J., Harrison, J. D., Young, J. M., Butow, P. N., Solomon, M. J., & Masya, L. (2010). What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research, 10*, 132.
- West, E., Barron, D. N., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing, 14*(4), 435-443.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., & Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy, 68*(2), 70-79.
- Wolf, D., Lehman, L., Quinlin, R., Rosenzweig, M., Friede, S., Zullo, T., et al. (2008). Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *Journal of Nursing Administration, 38*(12), 532-540.

- Wright, D., & Brajtman, S. (2011). Relational and embodied knowing: Nursing ethics within the interprofessional team. *Nursing Ethics, 18*(1), 20-30.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 45*(1), 140-153.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Zahreddine, J. (2010). Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique. Université de Montréal from <http://hdl.handle.net/1866/4104>
- Zandbelt, L. C., Smets, E. M. A., Oort, F. J., & De Haes, H. C. J. M. (2005). Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. *Social Science and Medicine, 61*(3), 661-671.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).

Appendice A
Person centred nursing framework



Appendice B
Certificat d'éthique

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le 13 décembre 2011

Mme Karine Bilodeau, Inf.

11.216 – Approbation accélérée finale CÉR
• *Projet de doctorat*

Description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

Chère Madame,

Je confirme la réception en date du 12 décembre 2011, de votre courriel ainsi que des formulaires suivants en vue de l'approbation accélérée finale de votre projet en rubrique :

- Formulaire d'information et de consentement – Version 01 – patient – 17 novembre 2011*
- Formulaire d'information et de consentement – Version 01 – proche – 17 novembre 2011*
- Formulaire d'information et de consentement – Version 02 – professionnel – 12 décembre 2011*

Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie de chacun des formulaires portant l'estampille d'approbation du comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est valide pour un an à compter du 12 décembre 2011, date de l'approbation initiale de votre projet. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

- 1. à respecter la présente décision;*
- 2. à respecter les moyens de suivi continu (cf Statuts et Règlements);*
- 3. à conserver les dossiers de recherche pour une période d'au moins deux ans suivant la fin du projet afin permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité;*
- 4. à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans l'établissement.*

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec la soussignée à l'adresse courriel suivante : ou avec sa collaboratrice par courriel ou téléphone

Je vous prie d'accepter, Chère Madame, mes salutations distinguées.

*Présidente
Comité d'éthique de la recherche*

*BSP/go
P. j.*

*C.c. Bureau des contrats
Centre de recherche*

Appendice C

Formulaires d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
DESCRIPTION DE LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR
LE PATIENT AU COURS DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN ONCOLOGIE

Chercheuse principale: *Karine Bilodeau, inf., Ph.D.(c)*
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal



Co-chercheuses : *Sylvie Dubois, inf., Ph.D.*
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Directrice du Centre d'innovation en formation infirmière
(CIF) de l'Université de Montréal

DEMANDE DE PARTICIPATION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire attentivement l'information qui suit.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'infirmière-chercheuse afin de clarifier ce qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

La pratique interprofessionnelle en oncologie assure la qualité des soins, notamment si elle est centrée sur le patient. Cette étude vise à connaître la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient à l'aide de l'opinion des personnes atteintes de cancer, de leurs proches et celles de leurs professionnels de la santé. En décrivant ce qu'est une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient en oncologie, nous souhaitons améliorer les soins offerts.

Le but de cette étude est donc de décrire la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins du cancer.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET SUJETS À L'ÉTUDE

Environ cinquante-deux participants seront recrutés au [] pour compléter cette recherche. Les participants à l'étude seront des patients atteints d'un cancer (n = 8) et leurs proches (n = 8), des professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins d'un patient recruté (n = 32) et des gestionnaires des équipes recrutées (n = 4).

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'information sera recueillie par le biais de périodes d'observation et d'une entrevue individuelle.

En participant à cette étude, vous acceptez que l'infirmière-chercheuse vous observe. L'infirmière-chercheuse accompagnera des patients lors de leurs activités au sein de votre équipe interprofessionnelle (rendez-vous, traitements, hospitalisation). Lorsque l'infirmière-chercheuse accompagnera un patient, elle prendra en note vos interactions avec le patient, son proche et vos collègues. L'observation ne durera pas plus de deux heures à la fois. Lors des périodes d'observation, l'infirmière-chercheuse portera un insigne indiquant qu'elle est en observation et ne perturbera pas le cours de vos soins aux patients. L'infirmière-chercheuse assistera également à des réunions interprofessionnelles où un patient recruté est discuté.

L'infirmière-chercheuse vous rencontrera également seul à seul pour une entrevue, au moment qui vous conviendra le mieux, entre 9h et 19h. Votre participation consistera à répondre à des questions sur :

- Votre expérience comme membre d'une équipe interprofessionnelle;
- La pratique interprofessionnelle centrée sur des patients dont vous assurez le suivi;
- La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient qui est souhaitée.

L'entrevue durera une heure au maximum et pourra avoir lieu, dans une pièce de l'hôpital ou à votre domicile, si vous le désirez.

Pour nous aider à nous rappeler tous les détails de l'entrevue, nous aimerions, si vous acceptez, enregistrer l'entrevue sur magnétophone. Il peut être arrêté à tout moment. Nous prendrons alors vos réponses en notes. Le contenu de l'entrevue et de l'observation seront gardés confidentiels.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, le temps nécessaire pour répondre aux questions pourrait entraîner de la fatigue. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'infirmière-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières ainsi que dans le domaine de la pratique interprofessionnelle et améliorer les soins offerts en oncologie.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'infirmière-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez uniquement identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'infirmière-chercheuse responsable. Elle sera la seule à y avoir accès. Il n'y aura que l'infirmière-chercheuse responsable qui saura si vous avez accepté ou refusé de participer au projet de recherche. Par ailleurs, ce sont seulement les données identifiées par un numéro de code qui seront partagées avec les autres chercheurs. Ces données seront conservées pendant sept (7) ans au maximum par la chercheuse responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du
 Cette personne adhère également à une
 politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que

l'infirmière-chercheuse responsable du projet ou l'établissement détient cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir un accès limité à certains renseignements une fois votre participation terminée. Les résultats de cette étude pourront être à votre disposition sur demande.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'infirmière-chercheuse responsable du projet. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre emploi.

INDEMNISATION ET DROITS EN CAS DE PRÉJUDICES

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le personnel de recherche ou l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'infirmière-chercheuse responsable du projet de recherche :

Karine Bilodeau, inf. Ph.D. (c)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à une étude de recherche clinique ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Madame
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

SIGNATURE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés pour cette étude.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé de ce formulaire.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du participant | Date |
|--------------------------|--------------------------|------|

Je, soussigné(e) ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au participant dont le nom apparaît ci-dessus.

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature de l'infirmière-chercheuse | Date |
|--------------------------|--------------------------------------|------|

| | | |
|--------------------------|---------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du témoin | Date |
|--------------------------|---------------------|------|

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
DESCRIPTION DE LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR
LE PATIENT AU COURS DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN ONCOLOGIE

Chercheuse principale: *Karine Bilodeau, inf., Ph.D.(c)*
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal



Co-chercheuses : *Sylvie Dubois, inf., Ph.D.*
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Directrice du Centre d'innovation en formation infirmière
(CIFI) de l'Université de Montréal

DEMANDE DE PARTICIPATION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire attentivement l'information qui suit.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'infirmière-chercheuse afin de clarifier ce qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

La pratique interprofessionnelle en oncologie assure la qualité des soins, notamment si elle est centrée sur le patient. Cette étude vise à connaître la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient à l'aide de l'opinion des personnes atteintes de cancer, de leurs proches et celles de leurs professionnels de la santé. En décrivant ce qu'est une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient en oncologie, nous souhaitons améliorer les soins offerts.

Le but de cette étude est donc de décrire la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins du cancer.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET SUJETS À L'ÉTUDE

Environ cinquante-deux participants seront recrutés : pour compléter cette recherche. Les participants à l'étude seront des patients atteints d'un cancer (n = 8) et leurs proches (n = 8), des professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins d'un patient recruté (n = 32) et des gestionnaires des équipes recrutées (n= 4).

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'information sera recueillie par le biais d'une entrevue individuelle.

En participant à cette étude, vous acceptez de faire une entrevue avec l'infirmière-chercheuse. Elle vous rencontrera seul à seul, au moment qui vous conviendra le mieux, entre 9h et 19h. Votre participation consistera à répondre à des questions sur :

- Votre expérience comme gestionnaire d'une équipe interprofessionnelle;
- L'historique de votre équipe interprofessionnelle;
- La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient qui est souhaitée.

L'entrevue durera une heure au maximum et pourra avoir lieu, dans une pièce de l'hôpital ou à votre domicile, si vous le désirez.

Pour nous aider à nous rappeler tous les détails de l'entrevue, nous aimerions, si vous acceptez, enregistrer l'entrevue sur magnétophone. Il peut être arrêté à tout moment.

Nous prendrons alors vos réponses en notes.

Le contenu de l'entrevue sera gardé confidentiel.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, le temps nécessaire pour répondre aux questions pourrait entraîner de la fatigue. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'infirmière-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières ainsi que dans le domaine de la pratique interprofessionnelle et améliorer les soins offerts en oncologie.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'infirmière-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez uniquement identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'infirmière-chercheuse responsable. Elle sera la seule à y avoir accès. Il n'y aura que l'infirmière-chercheuse responsable qui saura si vous avez accepté ou refusé de participer au projet de recherche. Par ailleurs, ce sont seulement les données identifiées par un numéro de code qui seront partagées avec les autres chercheurs. Ces données seront conservées pendant sept (7) ans au maximum par la chercheuse responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du
Cette personne adhère également à une
politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'infirmière-chercheuse responsable du projet ou l'établissement détient cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir un accès limité à certains renseignements une fois votre participation terminée. Les résultats de cette étude pourront être à votre disposition sur demande.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'infirmière-chercheuse responsable du projet. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre emploi.

INDEMNISATION ET DROITS EN CAS DE PRÉJUDICES

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le personnel de recherche ou l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'infirmière-chercheuse responsable du projet de recherche :

Karine Bilodeau, inf. Ph.D. (c)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à une étude de recherche clinique ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Madame
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du _____ a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

SIGNATURE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés pour cette étude.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé de ce formulaire.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du participant | Date |
|--------------------------|--------------------------|------|

Je, soussigné(e) ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au participant dont le nom apparaît ci-dessus.

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature de l'infirmière-chercheuse | Date |
|--------------------------|--------------------------------------|------|

| | | |
|--------------------------|---------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du témoin | Date |
|--------------------------|---------------------|------|

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR LE PATIENT AU COURS DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN ONCOLOGIE

Chercheuse principale:

*Karine Bilodeau, inf., Ph.D.(c)
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal*



Co-chercheuses :

*Sylvie Dubois, inf., Ph.D.
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal*

*Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Directrice du Centre d'innovation en formation
infirmière (CIFI) de l'Université de Montréal*

DEMANDE DE PARTICIPATION

Un professionnel de votre équipe de soins vous a parlé brièvement de cette étude. Suite à votre accord, nous communiquons avec vous pour solliciter votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous le lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'infirmière-chercheuse afin de clarifier ce qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Les professionnels en oncologie croient qu'il faut considérer le patient au centre de leurs soins, celui-ci étant considéré comme un membre à part entière. Cette étude vise à connaître comment les professionnels sont centrés sur vous à l'aide de votre opinion, de celle d'un de vos proches et de celles des professionnels de la santé qui vous traitent. L'étude permettra de décrire comment des équipes interprofessionnelles peuvent être centrées sur des patients atteints de cancer et leurs proches. En décrivant ce qu'est une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient en oncologie, nous souhaitons améliorer la qualité des soins offerts.

Le but de cette étude est donc de décrire la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient à différentes périodes de la trajectoire de soins du cancer.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET SUJETS À L'ÉTUDE

Environ cinquante-deux participants seront recrutés pour compléter cette recherche. Les participants à l'étude seront des patients atteints d'un cancer (n = 8) et leurs proches (n = 8), des professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins d'un patient recruté (n = 32) et des gestionnaires des équipes recrutées (n = 4).

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'information sera recueillie par le biais d'une entrevue avec vous et un de vos proches et des périodes d'observation de vos interactions avec les professionnels de votre équipe de soins. Seule l'infirmière-chercheuse et les co-directrices de recherche auront accès à l'information recueillie. Votre participation à la recherche n'influencera pas vos soins ni les interactions avec les professionnels qui vous soignent.

Si vous acceptez de participer à l'étude, l'infirmière-chercheuse vous rencontrera seul ou avec un proche au moment qui vous conviendra le mieux, entre 9h et 19h. Votre participation consistera à répondre à des questions sur :

- Votre expérience quant à être soigné dans une équipe interprofessionnelle;
- Votre point de vue quant à la pratique des professionnels qui est centrée sur vous;
- Vos commentaires et vos suggestions pour améliorer la pratique des professionnels pour qu'elle soit centrée sur vous.

L'entrevue durera une heure au maximum et pourra avoir lieu, dans une pièce de l'hôpital ou à votre domicile, si vous le désirez.

Pour nous aider à nous rappeler tous les détails de l'entrevue, nous aimerions, si vous acceptez, l'enregistrer sur magnétophone. Il peut être arrêté à tout moment. Nous prendrons alors vos réponses en notes.

En participant à cette étude, vous acceptez également que l'infirmière-chercheuse vous accompagne à plusieurs reprises lors de vos activités au sein de votre équipe interprofessionnelle (rendez-vous, traitements, hospitalisation). L'accompagnement ne durera pas plus de deux heures à la fois. L'infirmière-chercheuse prendra en note vos interactions avec les professionnels de la santé, les employés et votre proche, s'il y a lieu. Lorsqu'elle sera présente, l'infirmière-chercheuse ne perturbera pas le cours de vos soins avec les professionnels. L'infirmière-chercheuse assistera également à des réunions où votre équipe de soins discutera de votre état de santé.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, le temps nécessaire pour répondre aux questions pourrait entraîner de la fatigue. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'infirmière-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières ainsi que dans le domaine de la pratique interprofessionnelle et améliorer les soins offerts en oncologie.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'infirmière-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis (contenu de l'entrevue et des périodes d'observation) demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez uniquement identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'infirmière-chercheuse responsable. Ces données seront conservées pendant sept (7) ans au maximum par la chercheuse responsable et la directrice de recherche. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du . Cette personne adhère également à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que

l'infirmière-chercheuse responsable du projet ou l'établissement détient cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir un accès limité à certains renseignements une fois votre participation terminée. Les résultats de cette étude pourront être à votre disposition sur demande.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'infirmière-chercheuse responsable du projet ou à l'agente de recherche. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur vos soins actuels ou futurs ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

INDEMNISATION ET DROITS EN CAS DE PRÉJUDICES

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le personnel de recherche ou l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'infirmière-chercheuse responsable du projet de recherche :

Karine Bilodeau, inf. Ph.D. (c)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à une étude de recherche clinique ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Madame

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du _____ a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

SIGNATURE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés pour cette étude.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé de ce formulaire.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du participant | Date |
|--------------------------|--------------------------|------|

Je, soussigné(e) ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au participant dont le nom apparaît ci-dessus.

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature de l'infirmière-chercheuse | Date |
|--------------------------|--------------------------------------|------|

| | | |
|--------------------------|---------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du témoin | Date |
|--------------------------|---------------------|------|

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
DESCRIPTION DE LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR
LE PATIENT AU COURS DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN ONCOLOGIE

Chercheuse principale: *Karine Bilodeau, inf., Ph.D.(c)*
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Co-chercheuses : *Sylvie Dubois, inf., Ph.D.*
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal



Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Directrice du Centre d'innovation en formation
infirmière (CIF) de l'Université de Montréal

DEMANDE DE PARTICIPATION

Un de vos proches atteints d'un cancer vous a parlé brièvement de cette étude. Suite à votre accord, nous communiquons avec vous pour solliciter votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous le lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'infirmière-chercheuse afin de clarifier ce qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Les professionnels en oncologie croient qu'il faut considérer le patient au centre de leurs soins, celui-ci étant considéré comme un membre à part entière. Cette étude vise à connaître comment les professionnels sont centrés sur le patient à l'aide de votre opinion, de celle de votre proche atteint de cancer et de celles des professionnels de la santé qui s'occupent de ce dernier. L'étude permettra de décrire comment des équipes interprofessionnelles peuvent être centrées sur des patients atteints de cancer et leurs proches. En décrivant ce qu'est une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient en oncologie, nous souhaitons améliorer la qualité des soins offerts.

Le but de cette étude est donc de décrire la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient à différentes périodes de la trajectoire de soins du cancer.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET SUJETS À L'ÉTUDE

Environ cinquante-deux participants seront recrutés au total pour compléter cette recherche. Les participants à l'étude seront des patients atteints d'un cancer (n = 8) et leurs proches (n = 8), des professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins d'un patient recruté (n = 32) et des gestionnaires des équipes recrutées (n = 4).

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'information sera recueillie par le biais d'une entrevue avec vous et votre proche et des périodes d'observation de vos interactions avec votre proche et les professionnels de son équipe de soins. Seule l'infirmière-chercheuse et les co-directrices de recherche auront accès à l'information recueillie. Votre participation à la recherche n'influencera pas les soins ni les interactions avec les professionnels qui soignent votre proche.

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, l'infirmière-chercheuse vous rencontrera pour une entrevue avec vous et votre proche au même moment. Votre participation consistera à répondre à des questions sur :

- Votre expérience quant à accompagner un proche qui est soigné par une équipe interprofessionnelle;
- Votre point de vue quant à la pratique des professionnels qui est centrée sur votre proche;
- Vos commentaires et vos suggestions pour améliorer la pratique des professionnels pour qu'elle soit centrée sur les patients.

L'entrevue durera une heure au maximum. Pour nous aider à nous rappeler tous les détails de l'entrevue, nous aimerions, si vous acceptez, l'enregistrer sur magnétophone. Il peut être arrêté à tout moment. Nous prendrons alors vos réponses en notes. Lors de cette étude, l'infirmière-chercheuse accompagnera à plusieurs reprises votre proche lors de ses activités au sein de l'équipe interprofessionnelle (rendez-vous,

traitements, hospitalisation). En participant à cette étude, vous acceptez également que l'infirmière-chercheuse prenne en note vos interactions avec votre proche et les professionnels de la santé lorsque vous êtes à l'hôpital avec lui. L'accompagnement ne durera pas plus de deux heures à la fois. L'infirmière chercheuse ne perturbera pas le cours des soins de votre proche.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, le temps nécessaire pour répondre aux questions pourrait entraîner de la fatigue. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'infirmière-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières ainsi que dans le domaine de la pratique interprofessionnelle et améliorer les soins offerts en oncologie.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'infirmière-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis (contenu de l'entrevue et des périodes d'observation) demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez uniquement identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'infirmière-chercheuse responsable et la directrice de recherche. Ces données seront conservées pendant sept (7) ans au maximum par la chercheuse responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du . Cette personne adhère également à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'infirmière-chercheuse responsable du projet ou l'établissement détient cette

SIGNATURE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés pour cette étude.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé de ce formulaire.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du participant | Date |
|--------------------------|--------------------------|------|

Je, soussigné(e) ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au participant dont le nom apparaît ci-dessus.

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature de l'infirmière-chercheuse | Date |
|--------------------------|--------------------------------------|------|

| | | |
|--------------------------|---------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du témoin | Date |
|--------------------------|---------------------|------|

information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir un accès limité à certains renseignements une fois votre participation terminée. Les résultats de cette étude pourront être à votre disposition sur demande.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'infirmière-chercheuse responsable du projet. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur les soins actuels ou futurs de votre proche ou sur les relations qu'il a avec le médecin et les autres intervenants.

INDEMNISATION ET DROITS EN CAS DE PRÉJUDICES

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le personnel de recherche ou l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'infirmière-chercheuse responsable du projet de recherche :

Karine Bilodeau, inf. Ph.D. (c)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à une étude de recherche clinique ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Madame
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du _____ a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Appendice D
Aide-mémoire pour le recrutement des patients

RECRUTEMENT DE PATIENTS POUR L'ÉTUDE

LA DESCRIPTION DE LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR LE PATIENT AU COURS DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN ONCOLOGIE

But de l'étude : Décrire la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

Implication:

- ✓ Participation à une entrevue d'environ une heure avec ou sans la présence d'un proche
- ✓ Accepter que l'infirmière chercheuse accompagne le patient lors des activités auprès des professionnels de l'équipe

Les critères d'inclusion :

- ✓ S'exprimer en français
- ✓ Être diagnostiqué d'un cancer ou être en attente d'un diagnostic de cancer
- ✓ Être à une des périodes de la trajectoire de soins en oncologie ciblée par l'étude
 - diagnostic
 - début des traitements
 - récurrence
 - suivi
- ✓ Avoir une condition physique et mentale jugée stable par le professionnel référent
- ✓ Être traité au sein de l'établissement

Procédure si le patient est intéressé à participer à l'étude :

- ✓ Remettre la documentation sur l'étude au patient
- ✓ Communiquer les coordonnées du patient à l'infirmière chercheuse

Pour rejoindre l'infirmière chercheuse:

Karine Bilodeau, inf. Ph D. (c)
XXX-XXX-XXXX

Appendice E
Lettre de présentation de l'étude

Lundi 6 février 2012

Objet : Étude sur la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

Madame, Monsieur,

Nous conduisons une étude au XXX qui veut décrire comment des équipes interprofessionnelles peuvent intervenir auprès des patients atteints de cancer et leurs proches. Un membre de votre équipe soignante en oncologie vous a parlé brièvement de la tenue de cette étude et vous avez accepté de recevoir de la documentation à cet effet. Un document explicatif de cette étude est joint à cette lettre.

Nous vous demandons de bien vouloir lire attentivement le document expliquant l'étude. Votre collaboration à cette étude pourrait contribuer à décrire cette pratique. Madame Karine Bilodeau, infirmière chercheuse, communiquera avec vous prochainement afin de pouvoir répondre à vos questions et vous demandez si vous voulez participer à cette étude. Vous pouvez également inviter un proche à participer à cette étude (conjoint(e), ami(e), membre de votre famille). Si c'est le cas, votre proche participera à une entrevue en même temps que vous. Pour obtenir des informations sur l'étude, vous pouvez rejoindre Madame Bilodeau au XXX-XXX-XXXX.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les plus distinguées.

Karine Bilodeau, inf. Ph. D. (c)
Faculté des sciences infirmières de
l'Université de Montréal

Sylvie Dubois, inf. Ph. D.
Professeure adjointe à la Faculté des
sciences infirmières de l'Université de
Montréal

Appendice F
Questionnaires sur les données sociodémographiques

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

— Patient —

Date: _____

Code du participant : _____

Âge : _____

Sexe : Féminin Masculin

Ethnicité : _____

Scolarité :

Maisonnée:

- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire

- Vit seul
- Avec conjoint (e)
- Avec enfant, s'il y a lieu

Occupation : _____

Période de la trajectoire de soins en oncologie :

- Diagnostic
- Traitement
- Suivi
- Récidive

Type de cancer : _____

Type de traitement reçu (s'il y a lieu) : _____

Nombre de mois en suivi auprès de l'équipe : _____

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

— Proche—

Date: _____

Code du participant : _____

Âge : _____

Sexe : Féminin Masculin

Ethnicité : _____

Code du participant qu'il accompagne: _____

Lien avec le patient : _____

Scolarité :

- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire

Maisonnée :

- Vit avec le patient
- Autre : _____

Occupation : _____

Fréquence approximative de visite auprès de l'équipe avec le patient : _____

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

— Professionnel de la santé ou gestionnaire —

Date: _____

Code du participant : _____

Âge : _____

Sexe : Féminin Masculin

Ethnicité : _____

Profession : _____

Nombre d'années d'expérience professionnelle : _____

Nombre d'années d'expérience en oncologie : _____

Nombre d'années au sein de l'équipe : _____

Appendice G

**Guides d'entrevues pour les patients/proches, les professionnels de la santé et les
gestionnaires**

Guide d'entrevue pour les patients/proches

Description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

Introduction

Je vous remercie de votre participation à l'entrevue portant sur la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient.

Nous allons débiter par la signature du formulaire de consentement (si ce n'est pas déjà fait). Par la suite, nous allons remplir un formulaire de données sociodémographiques où je vais vous demander des informations générales comme votre âge, votre occupation et votre niveau de scolarité.

J'aimerais vous rappeler que toutes les informations recueillies durant l'entrevue demeureront confidentielles. J'aurais également besoin de votre permission pour l'enregistrer à l'aide du magnétophone afin que je puisse me rappeler des détails de l'entrevue. Il est toutefois possible d'arrêter l'enregistrement à tout moment.

Les professionnels en oncologie croient qu'il faut considérer le patient au centre de leurs soins, celui-ci étant considéré comme un membre à part entière. Le but de cette entrevue est de décrire votre point de vue quant à la pratique des professionnels centrée sur vous. Toutes les questions sont liées à votre expérience de patient diagnostiqué d'un cancer ou votre expérience de proche accompagnant une personne atteinte de cancer.

Avez-vous des questions ou des préoccupations que vous voudriez aborder avant que nous commençons?

Questions d'introduction

- Dites ce que ces expressions représentent pour vous : « centré sur le patient » et « pratique interprofessionnelle ». Donnez un exemple pour chacun.
- Décrivez-moi votre expérience avec l'équipe de soins en oncologie?

Patients/proches

Exemples de sous questions :

Quels membres composent votre équipe de soins?

Avec quels professionnels avez-vous le plus de contact?

Croyez-vous qu'on vous considère comme un membre de l'équipe? Donnez un exemple.

Questions d'entrevue

1. La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient actuelle de l'équipe en oncologie.

- Décrivez la pratique des professionnels pour vos soins.

Exemples de sous questions :

Donner un exemple où vous croyez que l'équipe a eu une pratique interprofessionnelle centrée sur vous, votre situation de santé?

Donner un exemple où vous croyez que l'équipe n'a pas eu une pratique centrée sur vous?

Quelle est votre place au sein de votre équipe interprofessionnelle?

De quelles façons pensez-vous que les professionnels sont à l'écoute de vos croyances, de vos valeurs et de vos besoins? Si oui, comment? Donnez un exemple.

Décrivez-moi comment l'équipe de soins démontre qu'elle est engagée envers vous? Donnez un exemple.

En général, décrivez-moi l'attitude des membres de l'équipe envers vous?

Lors d'une prise de décision en regard des soins, des traitements ou de toute autre situation, comment cela se passe-t-il entre les membres de l'équipe de soins et vous? Donnez un exemple.

2. Les facteurs favorisant ou limitant la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient

- Qu'est-ce qui fait selon vous que la pratique des professionnels est centrée sur vous?
- Qu'est-ce qui fait selon vous que la pratique des professionnels n'est pas centrée sur vous?

Patients/proches

Exemples de sous questions :

Selon vous, dans quelle circonstance est-il plus facile pour l'équipe de soins d'être centrée sur vous? Le plus difficile?

Comment décrivez-vous l'atmosphère lorsque vous rencontrez les membres de l'équipe de soins? Agréable? Tendue? Conviviale?

Croyez-vous que l'environnement physique a eu une influence sur vos soins? Donnez un exemple.

3. La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient de l'équipe en oncologie qui est souhaitée.

- Selon votre expérience, quelles suggestions pouvez-vous faire à votre équipe de soins en oncologie pour améliorer leur pratique centrée sur vous?

Exemples de sous questions :

Selon vous, à quoi devrait ressembler la pratique des professionnels centrée sur le patient?

Y a-t-il, selon vous, des obstacles à surmonter? Si oui, lesquels?

Quelle est la force de votre équipe interprofessionnelle pour arriver à cela?

Selon vous, qu'est-ce qui est le plus important à améliorer pour que les professionnels aient une pratique centrée sur le patient?

L'entrevue est maintenant terminée. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec moi?

Je vous remercie de votre participation.

Guide d'entrevue pour les professionnels de la santé

Description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

Introduction

Je vous remercie de votre participation à l'entrevue portant sur la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient de votre équipe.

Nous allons débiter par la signature du formulaire de consentement (si ce n'est pas déjà fait). Par la suite, nous allons remplir un formulaire de données sociodémographiques où je vais vous demander des informations générales comme votre âge, votre profession et vos années d'expériences cliniques.

J'aimerais vous rappeler que toutes les informations recueillies durant l'entrevue demeureront confidentielles. J'aurais également besoin de votre permission pour l'enregistrer à l'aide du magnétophone afin que je puisse me rappeler les détails. Il est toutefois possible d'arrêter l'enregistrement à tout moment.

La pratique interprofessionnelle en oncologie assure la qualité des soins, notamment si elle est centrée sur le patient. Le but de cette entrevue est de décrire votre point de vue quant à la pratique interprofessionnelle centrée sur un patient au moment du _____ (diagnostic, traitement, récurrence, suivi). Toutes les questions sont liées à votre expérience comme membre d'une équipe interprofessionnelle en oncologie.

Avez-vous des questions ou des préoccupations que vous voudriez aborder avant que nous commençons?

Questions d'introduction

- Décrivez ce que l'expression suivante représente pour vous : « pratique interprofessionnelle centrée sur le patient ». Donnez-moi un exemple.
- Selon vous, quelle est la place du patient et de ses proches au sein de votre équipe?
- Décrivez votre expérience au sein de votre équipe?

Exemples de sous questions :

Selon vous, quel est votre rôle au sein de votre équipe? Et auprès du patient?

Professionnels

Avec quels professionnels collaborez-vous davantage pour les soins du patient?

Questions d'entrevue

1. La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient actuelle de l'équipe en oncologie.

- Décrivez la pratique professionnelle au sein de votre équipe.

Exemples de sous questions :

Donner un exemple où vous croyez que votre équipe a eu une pratique centrée sur le patient?

Donner un exemple où vous croyez que votre équipe n'a pas réussi à exercer une pratique centrée sur le patient?

Comment votre équipe fait-elle sentir au patient et à leurs proches qu'elle est à l'écoute de leurs croyances, de leurs valeurs et de leurs besoins? Avez-vous un exemple?

Décrivez-moi l'engagement de votre équipe envers les patients et leurs proches? Donnez un exemple.

En général, comment décrivez-vous l'attitude de votre équipe envers les patients et leurs proches?

Comment se déroule le partage au niveau de la prise de décision entre les membres de votre équipe, le patient et ses proches? Donnez un exemple.

Comment les pouvoirs sont-ils partagés entre les membres de votre équipe, le patient et leurs proches? Donnez un exemple.

2. Les facteurs favorisant ou limitant la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient.

- Qu'est-ce qui favorise la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?
- Qu'est-ce qui limite la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?

Exemples de sous questions :

Dans quelle circonstance, votre équipe a-t-elle le plus de facilité à exercer une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient? Le plus de difficulté?

Comment décririez-vous l'atmosphère de votre équipe? Agréable? Tendue? Conviviale?

Professionnels

Comment qualifieriez-vous la qualité des relations de travail entre les membres de votre équipe?

Comment l'environnement physique influence-t-il la pratique de votre équipe?

Comment décrivez-vous la culture de votre équipe?

L'organisation assure-t-elle un soutien à votre équipe ? Comment? Donnez un exemple.

Comment ce soutien, s'il y a lieu, influence-t-il la pratique interprofessionnelle de votre équipe?

3. La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient souhaitée de l'équipe en oncologie

- Selon votre expérience, quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient de votre équipe?

Exemples de sous questions :

Que vous souhaitez-vous d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?

Comment une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient peut-elle être réalisable?

Y a-t-il, selon vous, des obstacles à surmonter? Si oui, lesquels?

Quelle est la force de votre équipe pour arriver à cela?

Qu'est-ce qui est le plus important à améliorer pour exercer une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?

L'entrevue est maintenant terminée. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec moi?

Je vous remercie de votre participation.

Guide d'entrevue pour les gestionnaires en oncologie

Description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

Introduction

Je vous remercie de votre participation à l'entrevue portant sur la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient de votre équipe.

Nous allons débiter par la signature du formulaire de consentement (si ce n'est pas déjà fait). Par la suite, nous allons remplir un formulaire de données sociodémographiques où je vais vous demander des informations générales comme votre âge, votre profession et vos années d'expériences cliniques.

J'aimerais vous rappeler que toutes les informations recueillies durant l'entrevue demeureront confidentielles. J'aurais également besoin de votre permission pour l'enregistrer à l'aide du magnétophone afin que je puisse me rappeler les détails. Il est toutefois possible d'arrêter l'enregistrement à tout moment.

La pratique interprofessionnelle en oncologie assure la qualité des soins, notamment si elle est centrée sur le patient. Le but de cette entrevue est de décrire l'historique de votre équipe en oncologie et votre point de vue quant à la pratique interprofessionnelle centrée sur un patient. Toutes les questions sont liées à votre expérience comme gestionnaire d'une équipe interprofessionnelle en oncologie.

Avez-vous des questions ou des préoccupations que vous voudriez aborder avant que nous commencions?

Questions d'introduction

- Décrivez de façon générale votre expérience au sein de votre équipe.

Exemple de sous question :

Décrivez votre rôle au sein de votre équipe; auprès du patient.

2. Racontez-moi l'histoire de votre équipe?

Gestionnaires

Exemples de sous questions :

Dans quelle circonstance l'équipe s'est-elle formée?

Qui faisait partie de cette équipe dans ces débuts? Comment les autres membres se sont-ils ajoutés à l'équipe?

Quelle structure a été mise en place pour le bon fonctionnement de l'équipe?

Quelle est l'influence du Programme québécois de lutte contre le cancer sur l'équipe (composition, fonctionnement)?

Quel a été le plus grand défi de votre équipe?

Quels sont les prochains défis que l'équipe devra relever?

- Que représente pour vous l'expression : « pratique interprofessionnelle centrée sur le patient ».
Donnez-moi un exemple.

- Selon vous, quelle est la place du patient et de ses proches au sein de votre équipe?

Questions d'entrevue

4. La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient actuelle de l'équipe en oncologie.

- Décrivez la pratique professionnelle au sein de votre équipe.

Exemples de sous questions :

Donner un exemple où vous croyez que votre équipe a eu une pratique centrée sur le patient?

Donner un exemple où vous croyez que votre équipe n'a pas réussi à exercer une pratique centrée sur le patient?

5. Les facteurs favorisant ou limitant la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient.

- Qu'est-ce qui favorise la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?
- Qu'est-ce qui limite la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?

Gestionnaires

Exemples de sous questions :

Dans quelle circonstance, votre équipe a-t-elle le plus de facilité à exercer une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient? Le plus de difficulté?

Comment décririez-vous l'atmosphère de votre équipe? Agréable? Tendue? Conviviale?

Comment qualifieriez-vous la qualité des relations de travail entre les membres de votre équipe?

Comment l'environnement physique influence-t-il la pratique de votre équipe?

Comment décrivez-vous la culture de votre équipe?

L'organisation assure-t-elle un soutien à votre équipe ? Comment? Donnez un exemple.

Comment ce soutien, s'il y a lieu, influence-t-il la pratique interprofessionnelle de votre équipe?

6. La pratique interprofessionnelle centrée sur le patient souhaitée par l'équipe en oncologie

- Selon votre expérience, quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient de votre équipe?

Exemples de sous questions :

Que vous souhaitez-vous d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?

Comment une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient peut-elle être réalisable?

Y a-t-il, selon vous, des obstacles à surmonter? Si oui, lesquels?

Quelle est la force de votre équipe pour arriver à les surmonter?

Qu'est-ce qui est le plus important à améliorer pour exercer une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient?

L'entrevue est maintenant terminée. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec moi?

Je vous remercie de votre participation.

Appendice H
Grille d'observation

Grille d'observation

Description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

| | |
|---|--|
| Qui sont les acteurs? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Infirmière<input type="checkbox"/> Médecin<input type="checkbox"/> Autres professionnels<input type="checkbox"/> Patients<input type="checkbox"/> Proches<input type="checkbox"/> Autres | |
| Que sont les activités observées? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Réunion pour la clientèle hospitalisée<input type="checkbox"/> Réunion pour la clientèle externe<input type="checkbox"/> Tournée infirmière<input type="checkbox"/> Tournée médicale<input type="checkbox"/> Autres | |
| Quels sont les prérequis utilisés? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Qualité de la communication entre les membres de l'équipe<input type="checkbox"/> Présence de valeurs communes entre les membres de l'équipe<input type="checkbox"/> Qualité du travail d'équipe (objectifs clairs, participation active, implication, soutien lors d'innovations) | |
| Quel est l'environnement de soins? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Présence d'un système de prise de décision partagée<input type="checkbox"/> Présence d'une bonne relation entre les membres de l'équipe<input type="checkbox"/> Présence d'un soutien du système organisationnel<input type="checkbox"/> Partage des pouvoirs entre les professionnels<input type="checkbox"/> Description de l'environnement physique | |
| Comment la pratique ICP est-elle exercée ? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Travailler avec les croyances et les valeurs du patient<input type="checkbox"/> S'engager<input type="checkbox"/> Avoir une présence empathique<input type="checkbox"/> Partager la prise de décision<input type="checkbox"/> Offrir des soins holistiques | |

Appendice I
Fiche synthèse

Fiche synthèse

Questions de recherche :

- Comment des équipes exercent-elles la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?
- Quels sont les facteurs favorisant ou limitant la pratique ICP aux différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie?
- Comment devrait s'exercer la pratique ICP à différentes périodes de la trajectoire de soins en oncologie selon les patients, les familles et les professionnels?

Résumé (cas, activités, contexte) :

Contraintes :

Réponses aux questions de recherche:

Réponse à question #1:

Réponse à la question #2:

Réponse à la question #3:

Utilité de ce cas pour répondre à la question #1 :

Utilité de ce cas pour répondre à la question #2 :

Utilité de ce cas pour répondre à la question #3 :

Conclusions :

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Verbatims à considérer :

Appendice J
Dépliant d'informations sur l'étude

Pour toutes questions concernant cette étude ou pour y participer, veuillez contacter :

Karine Bilodeau, inf. Ph. D. (c)

Téléphone : 514-XX-XXXX

(lundi au vendredi de 9 h à 17 h)

Description de la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR LE PATIENT AU COURS DE LA TRAJECTOIRE

Projet de recherche réalisé par :

Karine Bilodeau, inf. Ph. D. (c)
Candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Sylvie Dubois, inf. Ph. D.

██████████, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Jacinthe Pepin, inf. Ph. D.

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Directrice du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)

Une étude sur la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient en oncologie

La clientèle en oncologie est ciblée par des orientations gouvernementales qui visent à faciliter le parcours du patient et à assurer un suivi de la part de plusieurs professionnels (infirmière, médecin, pharmacien, psychologue, etc.). Le patient est considéré comme un membre à part entière de l'équipe où les soins sont centrés sur lui. L'équipe interprofessionnelle assure alors une présence auprès du patient tout au long de la trajectoire de soins en oncologie, c'est à dire, du diagnostic du cancer jusqu'au suivi après les traitements. Considérant que les soins pour la personne atteinte de cancer peuvent être limités s'ils sont non faits en continuité, exercer une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient semble être essentiel.

Le but de l'étude

Cette étude veut décrire la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient au cours de la trajectoire de soins en oncologie.

Les participants recherchés

Des patients atteints d'un cancer, des proches significatifs (conjoint(e), amis, frère, sœur, etc.) et des professionnels de la santé participeront à cette étude. Les points de vue de chacun des participants contribueront à la description d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient.

Les entrevues

Pour le patient et son proche : Cette étude demande de participer à une entrevue portant sur votre point de vue quant à la pratique des professionnels centrée sur vous. Toutes les questions sont liées à votre expérience de patient diagnostiqué d'un cancer ou votre expérience de proche accompagnant une personne atteinte de cancer. L'entrevue dure environ 60 minutes. Le patient et son proche sont interviewés ensemble.

Pour le professionnel de la santé : Cette étude demande de participer à une entrevue individuelle portant sur votre point de vue quant à la pratique interprofessionnelle centrée sur un patient qui a été recruté dans son équipe. Toutes les questions sont liées à votre expérience comme membre d'une équipe interprofessionnelle en oncologie. L'entrevue dure environ 60 minutes.

L'observation auprès de l'équipe de soins

L'infirmière chercheuse accompagnera des patients lors d'activités à l'hôpital comme lors de rendez-vous avec les professionnels, de traitements (ex. : chimiothérapie, radiothérapie), d'une hospitalisation, etc. Lorsque l'infirmière-chercheuse est présente, elle prendra en note les interactions avec le patient, les professionnels de la santé, et son proche, s'il y a lieu. L'infirmière chercheuse ne perturbera pas le cours des soins avec les professionnels. Pour signifier la présence de l'infirmière chercheuse, celle-ci portera un insigne mentionnant : « Observation en cours ». Vous pouvez signifier verbalement à l'infirmière chercheuse que vous ne voulez pas faire partie de l'observation. Vos interactions lors des activités observées seront ignorées par celle-ci.

