

Université de Montréal

Analyse des processus de collaboration  
entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone  
et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

Par

Sandro Échaquan

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des sciences infirmières

en vue d'obtenir l'obtention du grade de

Maîtrise ès sciences (M.Sc.)

Faculté des sciences infirmières

Août 2003

© Sandro Échaquan, 2003



WY

5

U58

2004

V.002

---

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Analyse des processus de collaboration  
entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone  
et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

Présenté par  
Sandro Échaquan

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Hélène Lefebvre, Présidente

Dave Holmes, membre du jury

Danielle D'Amour, directrice de mémoire

Mémoire accepté le.....



## Sommaire

L'étude vise à comprendre les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté, donc, entre professionnels et entre organisations. Les infirmières en région isolée, étant souvent les seules professionnelles de la santé accessibles pour assurer des services de première ligne, doivent développer des stratégies de collaboration spécifiquement avec les médecins, ceux-ci étant les principaux interlocuteurs. L'étude de cas a été adoptée pour cette recherche. Les milieux de recherche sont un dispensaire en région isolée d'une communauté autochtone, un centre hospitalier et un centre local de services communautaires (CLSC). La collecte des données a été faite à partir d'entrevues semi-structurées auprès de sept participants. Le modèle de structuration de la collaboration de D'Amour (1997) a servi à orienter les différentes étapes de la recherche.

Les résultats de cette étude confirment, à l'instar de D'Amour (1997) et de Daigle (2000), que les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle sont sous l'influence de quatre dimensions importantes : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. Au niveau de la formalisation, cette étude montre qu'il existe peu de mécanismes formels entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à cette communauté. Les résultats révèlent que des guides de pratique clinique non reconnus par les médecins existent, ce qui entrave les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins. Au niveau de la finalisation, les résultats révèlent que les

infirmières et les médecins définissent la collaboration différemment mais qu'ils ont des finalités communes. Quant à l'intériorisation, cette étude révèle, à l'instar de D'Amour (2001) que la connaissance mutuelle et l'établissement d'une relation de confiance sont nécessaires pour favoriser les processus de collaboration. De même, la formalisation est nécessaire mais non suffisante. Les résultats de cette étude confirment la relation existante entre la dimension de la formalisation et la dimension de l'intériorisation pour assurer la réussite des processus de collaboration entre ces infirmières et ces médecins. Les résultats obtenus démontrent qu'il existe peu d'instances permettant de réguler les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins. Aussi, cette étude a permis de constater que le partage des responsabilités est très peu développé à cause de la non reconnaissance par les médecins des guides de pratique clinique permettant aux infirmières d'assurer leur pratique infirmière élargie, ce qui entrave ces processus de collaboration. Enfin, l'étude a permis d'identifier dix recommandations qui concernent les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins rattachés à des organisations extérieures de cette communauté.

Mots clés : collaboration professionnelle, intégration des services, pratique infirmière élargie.

### **Abstract**

The study aims at understanding the collaborative process between nurses working in an isolated region of an indigenous community and doctors from external community organizations, that is between professionals and organizations. Since nurses in an isolated region are often the only health professionals available to ensure primary services, they have to develop cooperative strategies with doctors, the main stakeholders. The case study was adopted for this research, which is based on a dispensary for an isolated region of an indigenous community, a general hospital and a centre local de services communautaires (CLSC). Data collection was done through semi-structured interviews with seven participants. D'Amour's (1997) collaborative structural model helped identify the different research steps.

The results of this study confirm, following the example of D'Amour (1997) and Daigle (2000), that the professional and organizational collaborative processes are influenced by four major factors: formalization, finalization, internalization and delegation. The study on formalization shows that there is little formalized monitoring between nurses in an isolated region of an indigenous community and doctors from external organizations in this community. The results show that there are clinical practice guidelines, that are not recognized by doctors, which hinders the collaborative process between nurses and doctors. The study results on finalization indicate that nurses and doctors define collaboration differently but they both serve a common purpose. The study on internalization shows, according to D'Amour (2001), that mutual knowledge and a relationship of trust are necessary in promoting the collaborative

process. Formalization is also necessary but not enough. The results of this study confirm the existing relationship between formalization and internalization in ensuring the success of the collaborative process between nurses and doctors. The results show few instances that enable regulating the collaborative process between nurses and doctors. This study also reveals that the sharing of responsibility is not developed due to the doctors' non-recognition of clinical practice guidelines which enable nurses in ensuring the expansion of their nursing practice, and which interfere with these collaborative processes. Finally, the study offers ten recommendations regarding the collaborative process between nurses working in an isolated region of an indigenous community and doctors from the external organization of this community.

Keywords: professional collaboration, service integration, extended nursing practice

## Table des matières

Sommaire .....	i
Abstract .....	iii
Table des matières.....	v
Remerciements.....	ix
<b>CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>1</b>
But de l'étude.....	10
Question de recherche.....	10
<b>CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>111</b>
La pratique infirmière élargie en région isolée.....	12
Concept : collaboration/coopération.....	14
<i>Définitions de la collaboration.....</i>	<i>15</i>
Collaboration infirmières/médecins.....	18
<i>Facteurs déterminants de la collaboration infirmières/médecins .....</i>	<i>20</i>
<i>Impact de la collaboration infirmières/médecins .....</i>	<i>27</i>
Collaboration organisationnelle.....	29
Services intégrés .....	30
<i>Le concept d'intégration.....</i>	<i>32</i>
<i>Objectifs des services intégrés.....</i>	<i>35</i>
<i>Facteurs déterminants des services intégrés .....</i>	<i>36</i>
Le modèle de structuration de la collaboration professionnelle .....	41

<b>CHAPITRE III : LA MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>48</b>
Devis de recherche.....	49
Choix du cas à l'étude.....	51
Sélection des milieux.....	53
Sélection des participants.....	53
<i>Caractéristiques des participants à l'étude.....</i>	<i>54</i>
Déroulement de l'étude.....	55
Stratégie de collecte de données .....	56
Stratégie d'analyse des données.....	57
Critères de scientificité.....	59
Considérations éthiques .....	62
<b>CHAPITRE IV : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>63</b>
Description des milieux à l'étude.....	64
<i>Description du dispensaire en région isolée.....</i>	<i>64</i>
<i>Description des liens avec le CSLC à l'étude.....</i>	<i>67</i>
<i>Description des liens avec le centre hospitalier à l'étude.....</i>	<i>68</i>
Résultats relatifs à la question de recherche .....	69
Formalisation de la collaboration infirmières/médecins.....	70
<i>Existence d'ententes interorganisationnelles .....</i>	<i>70</i>
<i>Les mécanismes de communication et de consultation.....</i>	<i>72</i>
Finalisation de la collaboration infirmières/médecins .....	78

<i>Conception de la collaboration</i> .....	78
<i>Finalités de la collaboration</i> .....	79
Intériorisation de la collaboration infirmières/médecins .....	80
<i>Le processus d'interconnaissance</i> .....	81
<i>La relation de confiance entre infirmières/médecins</i> .....	83
<i>Le partage des responsabilités</i> .....	87
Délégation de la régulation de la collaboration infirmières/médecins.....	91
<i>Processus de concertation entre infirmières gestionnaires et médecins cadres</i> .....	91
<i>L'influence du Collège des médecins du Québec</i> .....	92
Facteurs déterminants de la collaboration infirmières/médecins.....	94
<i>Le roulement du personnel</i> .....	94
<i>La pénurie d'effectifs médicaux</i> .....	95
<i>Le contexte de l'environnement</i> .....	96
<b>CHAPITRE V : LA DISCUSSION</b> .....	<b>98</b>
Formalisation de la collaboration infirmières/médecins.....	99
Finalisation de la collaboration infirmières/médecins .....	102
Intériorisation de la collaboration infirmières/médecins .....	104
Délégation de la régulation de la collaboration infirmières/médecins.....	109
Un facteur structurel influençant la collaboration infirmières/médecins.....	112
L'implication pour la pratique infirmière .....	113
L'implication pour la recherche.....	116
Les recommandations .....	117

Les limites de l'étude .....	120
<b>CHAPITRE VI : LA CONCLUSION .....</b>	<b>123</b>
<b>LES RÉFÉRENCES .....</b>	<b>126</b>
<b>APPENDICES .....</b>	<b>134</b>
Appendice A .....	135
<i>Guide d'entrevue.....</i>	<i>135</i>
Appendice B.....	138
<i>Lettre de consentement .....</i>	<i>138</i>
Appendice C.....	141
<i>Lettre d'informations .....</i>	<i>141</i>
Appendice D .....	145
<i>Lettre du comité d'éthique de l'Université de Montréal.....</i>	<i>145</i>

## **Remerciements**

Je tiens à remercier sincèrement ma directrice de recherche, Madame Danielle D'Amour, PhD, pour sa disponibilité, son expertise, son encadrement et le soutien professionnel qu'elle m'a procurés tout au long de mes études, et pour ses conseils judicieux qui ont permis l'aboutissement de ce mémoire de maîtrise. Je tiens aussi à remercier tous les participants de cette étude en donnant généreusement de leur temps pour une entrevue.

Je tiens également à remercier cordialement, Monsieur Raymond Lapierre, et à souligner son travail exceptionnel qui a rendu possible l'achèvement de ce mémoire.

Enfin, je tiens à exprimer tout spécialement ma gratitude à ma conjointe Nathalie Thibault pour m'avoir soutenu, aimé et cru en mon potentiel, et pour sa patience et ses encouragements tout au long de ce processus.

## Chapitre I : La problématique

Les problématiques de santé chronique et dégénérative, tels le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires impliquant des soins de plus en plus complexes, ont un impact direct sur l'organisation des services de santé (Ackerman, 1992 ; Fagin, 1992 ; Mariano, 1989 ; Mur-Veeman, Raak & Paulus, 1999 ; Wells, Johnson & Salyer, 1998). Le système de santé québécois affichent une performance enviable. Cependant, plusieurs lacunes ont été relevées ces dernières années, notamment, la fragmentation des soins, la duplication des services et le manque d'accessibilité (MSSS, 1998). Ces lacunes obligent les gestionnaires et les professionnels de la santé à revoir l'organisation des services de santé et à miser sur l'intégration des soins par la mise en place de réseaux de services intégrés (Laditka & Jenkins, 2000 ; McEwen, 1994; Robinson, 1999). Ceci amène pour les professionnels de la santé à travailler en collaboration et en interdépendance afin d'améliorer la qualité des soins, soit l'accessibilité, la continuité, l'efficience et l'efficacité des services (Gillies, Shortell & Young, 1997 ; Laditka & Jenkins, 2000 ; Mur-Veeman & al., 1999 ; Weill, 2000 ; Wells & al., 1998). À cet égard, l'intégration des soins et des services de première ligne soulève un défi important.

Les services de première ligne ont pris de l'importance pour la prestation des services de santé au Québec avec la venue du virage ambulatoire. Au début des années 1970, la naissance des centres locaux de services communautaires (CLSC), qui répondaient aux différents besoins de la communauté en terme de santé et de services sociaux, proposait un modèle d'organisation fondé sur la collaboration entre les professionnels de diverses disciplines (D'Amour, Sicotte et Lévy, 1999). De même, les

services en région isolée, composante essentielle des services de première ligne et des soins de santé primaires, exigent un mode d'organisation des services basé sur la collaboration professionnelle et organisationnelle. Deux raisons particulières à la pratique infirmière élargie en région isolée plaident pour la mise en place des processus efficaces de collaboration. D'une part, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2001) souligne que les infirmières exerçant une pratique élargie en région isolée exercent dans des situations précaires étant donné l'éloignement et la non-disponibilité de médecins. D'autre part, elles pratiquent souvent de façon autonome étant les seules professionnelles de la santé accessibles pour assurer les services préventifs et curatifs auprès des communautés autochtones. L'OIIQ (2001) affirme entre autres que cette pratique non reconnue sur le plan légal au Québec exige des qualifications équivalentes aux praticiennes reconnues dans certaines provinces au Canada, car elles exercent une pratique élargie et posent des gestes réservés jusqu'ici aux médecins. En effet, l'exercice de la pratique infirmière élargie dépasse les frontières des soins infirmiers pour arriver à des aspects du diagnostic et du traitement médical. Selon Daigle, Rousseau et Saillant (1993), les infirmières en dispensaire ont toujours exercé une pratique élargie et autonome auprès des communautés autochtones en région isolée. Graydon et Hendry (1977) affirment également que la pratique infirmière élargie en région isolée s'apparente au rôle de praticienne, car elles évaluent, diagnostiquent et traitent des problèmes de santé courants, coordonnent les soins auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et dégénératives en étroite collaboration avec les médecins traitants, et gèrent des situations d'urgence. Les infirmières en région isolée exerçant cette

pratique doivent travailler de manière indépendante et autonome tout en reconnaissant que la collaboration professionnelle et organisationnelle avec d'autres professionnels, spécifiquement avec les médecins, et avec d'autres organisations demeure essentielles à la prestation des services de santé complets. Le développement de stratégies de collaboration spécifiquement avec les médecins, ceux-ci étant les principaux interlocuteurs, demeure donc essentiel afin d'améliorer la continuité et l'accessibilité des services. Cramer (1995) confirme que les infirmières oeuvrant en région isolée doivent travailler en étroite collaboration avec un médecin pour assurer les soins courants et les services d'urgence, en tout temps. Mais, comment les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée et les médecins rattachées à des organisations extérieures se vivent-ils dans la réalité ?

Les écrits fournissent plusieurs études qui démontrent des lacunes au niveau de la collaboration professionnelle. L'étude de D'Amour (1997) démontre que certaines difficultés sont vécues lorsqu'il s'agit d'actualiser la collaboration entre divers professionnels de la santé oeuvrant dans les CLSC. Cette auteure souligne que les professionnels de la santé ont tendance à satisfaire leurs propres attentes professionnelles afin d'entretenir leur autonomie. Dans cette étude, D'Amour (1997) a démontré que les professionnels de la santé en CLSC ont beaucoup de difficulté à intérioriser le fait qu'ils forment une équipe de travail. Ils ont des buts diversifiés et des conceptions différentes de la collaboration professionnelle. De plus, cette auteure a constaté que des règles de formalisation rigides et non consensuelles créent des enjeux de pouvoir importants ayant des conséquences négatives sur l'engagement des professionnels à la collaboration.

Cette étude a confirmé que la collaboration professionnelle demeure un idéal à atteindre et qu'il faut essentiellement développer des stratégies pour favoriser la collaboration, notamment, entre les infirmières et les médecins.

Les nombreux écrits relatifs à la collaboration infirmières/médecins ont montré que ces processus ne sont pas toujours une réalité dans les organisations. D'ailleurs, Le May (1991) a démontré que les infirmières dans les unités de soins intensifs d'hôpitaux différents rencontrent beaucoup de difficultés à travailler en équipe avec les médecins. Les écrits ont identifié plusieurs facteurs pour expliquer cette difficulté de collaborer entre les infirmières et les médecins. En effet, Patronis Jones (1994) affirme que le manque de partage au niveau du pouvoir et le manque de considération de la pratique infirmière influencent négativement les processus de collaboration infirmières/médecins. Cette auteure souligne que les médecins obtiennent un pouvoir supérieur aux infirmières sur les décisions cliniques et ne tiennent pas compte de l'expertise des infirmières et de leurs savoirs. Cette auteure démontre également que 50 % des médecins et des infirmières établissent des relations de compétition, de compromis ou d'accommodation, plutôt que des relations de collaboration. Baggs et Schmitt (1997) ont démontré dans leur étude sur la collaboration entre les infirmières et les médecins que plusieurs facteurs influencent les processus de collaboration, à savoir : le manque de partage du pouvoir, les relations hiérarchiques entre ces professionnels, leurs visions et leurs conceptions différentes de la collaboration. Snelgrove et Hughes (2000) affirment que les relations de collaboration peu fréquentes entre les médecins et les infirmières sont influencées par la perspective sociale de la profession infirmière qui fait de celle-ci l'assistante du

médecin, et par l'ambiguïté du territoire professionnel de la profession infirmière. Finalement, Lockhart-Wood (2000) mentionne, dans une méta-analyse sur la collaboration entre les infirmières et les médecins, que la hiérarchisation entre ces intervenants, la formation infirmière et la perception sociale de la profession infirmière ont une influence négative sur les processus de collaboration infirmières/médecins. Ces auteurs ont également identifié le thème du pouvoir comme étant le plus significatif dans les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins.

Il est également essentiel aux infirmières en région isolée de travailler dans un contexte d'intégration des services avec les autres établissements de santé à l'extérieur de la communauté afin d'assurer une meilleure coordination des soins auprès des clients. Or, les processus de collaboration organisationnelle s'actualise peu dans le domaine de la santé. D'ailleurs, plusieurs écrits ont traité de cette problématique. Chaudry, Polivka et Kennedy (2000) ont procédé à une étude sur la collaboration organisationnelle entre les professionnels en santé mentale. Ceux-ci ont démontré diverses problématiques comme la fragmentation des services, la compétition entre les ressources et le manque de leadership des organisations en santé mentale qui influencent négativement les processus de collaboration organisationnelle. La confusion et l'ambiguïté des rôles sont des éléments reconnus par ces auteurs comme ayant un impact sur la collaboration entre les établissements. Enfin, ces auteurs ont confirmé que le manque d'intégration des services avait pour conséquence la fragmentation des services, un manque de continuité et des relations peu fréquentes entre les organisations. Polivka (1996) a effectué une étude sur la collaboration organisationnelle dans les programmes d'éducation sexuelle

en milieu rural. Cette étude a démontré que les organisations avaient leurs propres programmes d'éducation sexuelle, avec des visions et des objectifs différents. L'étude démontrait également l'existence de relations de compétition dans le but d'obtenir de plus amples financements. Finalement, Polivka, Kennedy et Chaudry (1997) ont fait une étude sur les processus de collaboration entre les centres de santé mentale et les centres de santé physique et ont démontré le peu de collaboration entre ces organisations à vocation différente. Plusieurs facteurs étaient identifiés soient la non-réceptivité des acteurs aux autres organisations, le manque d'intérêt pour les processus de collaboration avec les autres organisations, le manque de soutien financier et le manque de personnel dans les organisations.

Malheureusement, aucune étude n'a été recensée portant spécifiquement sur les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée dans les communautés autochtones et les médecins rattachés à des organisations extérieures à la communauté. Cependant, Smith (1998) a été la seule auteure recensée qui a écrit sur les facteurs et l'impact de la collaboration entre les organisations autochtones et les organisations allochtones. Plusieurs facteurs tels le manque de confiance entre autochtones et allochtones, et les mésententes politiques avec les autorités gouvernementales peuvent entraver la collaboration entre les organisations autochtones et les organisations allochtones. Selon cette auteure, la culture, l'ethnie et la vision autochtone sont également des facteurs pouvant influencer les processus de collaboration. Selon Smith (1998), ces facteurs doivent être considérés lorsqu'il s'agit de mettre en place des processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en

région isolée des communautés autochtones et les médecins des autres organisations à l'extérieur de la communauté.

Une analyse des processus de collaboration qui existent entre les infirmières oeuvrant en région isolée dans les milieux autochtones et les médecins rattachés à d'autres organisations extérieures à ces communautés s'avère pertinente afin de mieux comprendre les relations qui existent entre ces professionnels. La compréhension de ces processus de collaboration permettrait d'améliorer la qualité des soins, soit l'accessibilité, la continuité, l'efficience et l'efficacité des services, surtout dans le contexte où il y a un manque de ressources dans ces régions. Dans le but d'aider les infirmières exerçant une pratique élargie en région isolée dans une communauté autochtone et les médecins rattachés à des organisations extérieures à la communauté à mieux collaborer, cette étude apportera nécessairement des pistes de solutions aux gestionnaires des différentes organisations.

Le modèle de collaboration professionnelle proposé par D'Amour (1997) convient bien à cette étude. Ce modèle permet d'analyser et de comprendre en profondeur les divers processus de collaboration professionnelle et organisationnelle. D'Amour (1997) et Daigle (2000) mentionne que le modèle de collaboration professionnelle permet de comprendre divers contextes de collaboration, entre autres, celle entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté. Cette approche amène à concevoir la collaboration professionnelle comme étant une structuration d'une action collective à travers le partage d'informations et de prise de décision conjointe et ayant

comme but final, un plan interprofessionnel. Ce modèle identifie quatre dimensions à la collaboration professionnelle : 1) la dimension de la formalisation ; 2) la dimension de la finalisation ; 3) la dimension de l'intériorisation et ; 4) la dimension de la délégation. Ces quatre dimensions entrent en interaction et s'influencent mutuellement, et elles sont présentes à toute action collective mais leur intensité et leur mise en œuvre varient selon le contexte et selon les situations.

---

### **But de l'étude**

L'étude vise à comprendre les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

### **Question de recherche**

1. Quels sont les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté ?

## Chapitre II : La recension des écrits

La présente étude fait appel à deux concepts pour lesquels de nombreux écrits ont été publiés soit le concept de collaboration professionnelle, spécifiquement de la collaboration entre les infirmières et les médecins, et le concept d'intégration des services que les auteurs appellent « integrated delivery system » ou de collaboration organisationnelle. Mais, avant tout, une brève description de la pratique infirmière élargie en région isolée sera présentée afin de mieux décrire le contexte dans lequel ces processus de collaboration se construisent entre les infirmières et les médecins. Par la suite, les écrits relatifs aux concepts ci-haut mentionnés seront présentés et développés en fonction des objectifs visés, des facteurs déterminants et de leurs impacts sur la clientèle et sur les services. Pour terminer, le modèle de structuration de la collaboration professionnelle, proposé par D'Amour (1997), sera présenté dans lequel les quatre dimensions du modèle sont exposées et définies.

### **La pratique infirmière élargie en région isolée**

Avant de définir le concept de collaboration, il importe de situer le contexte de la pratique infirmière en région isolée. Ces infirmières assument ce qui est convenu d'appeler « une pratique infirmière élargie » en ce sens qu'en raison de l'éloignement des ressources médicales, elles exercent certaines activités habituellement réservées aux médecins. Ces activités sont les suivantes : 1) initier, effectuer et interpréter des mesures diagnostiques et de dépistages ; 2) poser un diagnostic ; 3) prescrire et effectuer le traitement des affections courantes touchant les adultes, les enfants, les femmes

enceintes et les soins d'urgence ; et enfin, 4) appliquer certaines techniques présentant des risques de préjudices comme la réparation des lacérations à l'aide de points de suture (St-Gelais et Martin, 1998). Si nécessaire, une communication est établie avec un médecin répondant dans tous les cas où l'infirmière a besoin de conseils et d'assistance médicale afin d'assurer des services sécuritaires. Ces activités permettent aux infirmières oeuvrant en région isolée d'exercer une pratique élargie pour assurer aux communautés isolées des services de première ligne.

Cependant, ceci constitue une seule facette de la pratique infirmière en région isolée. Selon St-Gelais et Martin (1998), la pratique infirmière élargie en région isolée s'inscrit dans une approche de soins de santé primaires visant un niveau maximal de bien-être et d'actualisation de chaque personne, de chaque famille et de chaque communauté. Cette pratique s'effectue dans une perspective de santé holistique intégrant les soins préventifs, les soins curatifs, les soins de réadaptation et les soins palliatifs, s'il y a lieu. Les infirmières exerçant une pratique élargie en région isolée assurent les services de première ligne et sont souvent les seules professionnelles de la santé accessibles à la population desservie. Le plus souvent, elles offrent des services liés à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie, aux soins curatifs à des clientèles de tous âges et aux soins d'urgence, souvent en l'absence des médecins ou en consultation téléphonique avec ces derniers. St-Gelais et Martin (1998) soulignent également que les soins sont offerts dans des situations précaires, à savoir des problèmes de transports, d'équipement, de communication, de distances géographiques et d'isolement. La pratique infirmière élargie comporte deux volets : 1) une pratique en

santé communautaire et 2) une pratique élargie qui comprend des connaissances, des habiletés et un jugement clinique avancés permettant de bien évaluer l'état de santé de la personne qui consulte, de poser un diagnostic et d'effectuer un traitement, infirmier ou médical, et d'assurer le suivi. Les infirmières exercent cette pratique élargie souvent en l'absence des médecins. Cependant, la collaboration professionnelle avec les médecins s'avère essentielle pour assurer la protection du public et la qualité des services offerts à la communauté.

L'introduction de la Loi 90 modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.R.Q., c. C-26), adoptée le 14 juin 2002, vise la modernisation de la pratique professionnelle en santé. Cette loi qui propose une révision du partage des responsabilités professionnelles n'a toutefois pas statué sur la situation des infirmières en région isolée. Malheureusement, la portée de cette nouvelle loi ne permet pas la mise en place des conditions de pratique sécuritaire et des mesures législatives pour légaliser le statut de l'infirmière en région isolée.

### **Concept : collaboration/coopération**

Dans les écrits, plusieurs concepts tels que ceux de collaboration, de coopération, de coordination et d'intégration sont évoqués. Diverses définitions sont proposées pour en faire la distinction. Plusieurs auteurs emploient les termes collaboration et coopération de façon interchangeable (Alter, 1990; Henneman, Lee & Cohen, 1995; Phillips, Lawrence, & Hardy, 2000; Ring & Van de Ven, 1994; Rodriguez, 2000; Smith, Carroll, & Ashford, 1995). Selon Smith et al. (1995), il existe une relation entre la performance

d'une organisation, la coordination et la coopération. Ces auteurs affirment que la performance est directement liée au degré de coordination. La coordination est par la suite liée au degré de coopération. Enfin, la motivation est nécessaire dans les relations de coopération. En d'autres mots, la motivation aide à établir de meilleures relations de coopération, améliorant ainsi le degré de coordination et la performance. Smith et al. (1995) ont défini la coopération comme un processus par lequel des individus, des groupes et des organisations travaillent ensemble, interagissent et construisent des relations dans un même but soit des bénéfices mutuels. Pour Ring et Van de Ven (1994), les relations coopératives sont « socially contrived mechanisms for collective action, which are continually shaped and restructured by actions and symbolic interpretations of the parties involved (p.96) ». Cette définition de la coopération est plus dynamique, car elle implique la volonté des acteurs à poursuivre leurs relations coopératives (Smith & al. , 1995). D'Amour (1997) et Friedberg (1993) défini le concept de coopération comme étant un processus de structuration des contextes d'action où se déploient l'action collective des partenaires. Ainsi, les partenaires sont mis en situation d'interdépendance à travers un partage d'informations et de prise de décision afin d'assurer l'émergence d'une action collective ayant comme but ultime : un plan d'intervention interprofessionnelle commun (D'Amour, 1997).

#### *Définitions de la collaboration*

Le concept de collaboration est un phénomène complexe qui a été défini de manière variable et ambiguë dans les écrits. Henneman et al.(1995) ont réalisé une analyse du concept de collaboration. Ces auteurs affirment que la collaboration est définie en terme

de travail conjoint entre deux ou plusieurs partenaires, ce qui implique une certaine coopération entre les acteurs. Henneman (1995) et Henneman et al. (1995) déclarent entre autres que la collaboration est définie comme un processus conjoint d'engagement et d'activités intellectuelles, de partage d'informations et de communication, de partage des prises de décision, et ce dans le but de satisfaire les besoins de la clientèle, soit son bien-être et sa santé. En fait, plusieurs auteurs s'entendent pour définir la collaboration en terme de partage soit des responsabilités, des prises de décision, d'informations, d'expertises ou d'objectifs. Cela implique le développement d'action commune et de stratégies de coopération pour atteindre les buts communs. Elle implique également une ouverture de la communication entre partenaires. La collaboration est à cet effet définie comme le partage du pouvoir dans les prises de décision lors des processus de résolution de problème, et, la base de la collaboration est la croyance que la qualité des soins peut être obtenue par la contribution de toutes les disciplines. Les relations de collaboration correspondent à une synergie obtenue de cette alliance. Il importe de préciser que la collaboration réfère également à un engagement mutuel dans lequel les partenaires participent volontairement (Arcangelo, Fitzgerald, Carroll, & Plumb, 1996; Baggs, 1994; Baggs & Schmitt, 1988; Baggs & Ryan, 1990; Evans, 1994; Hardy & Phillips, 1998; Smith, 1998; Wells & al., 1998). En d'autres termes, la collaboration peut être définie comme un processus dans lequel des partenaires partagent leurs expertises afin de donner un service de qualité. Elle inclut une communication et une prise de décision conjointe pour atteindre un même but soit la satisfaction des besoins de santé de la clientèle tout en respectant la contribution de chaque professionnel. Récemment,

Lockhart-Wood (2000) a défini la collaboration comme étant un processus de consultation conjointe entre deux individus ou plus dans le but de discuter d'un problème commun. Chaque participant partage ses connaissances et son expertise pour la résolution de la problématique. Le partage du pouvoir et le respect mutuel s'inscrivent dans les processus de collaboration définis par Lockhart-Wood (2000). Le centre d'intérêt de ces processus de collaboration est le client et sa famille. D'Amour et al. (1999) définit la collaboration comme étant un ensemble de relations et d'interactions permettant à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises, leur expérience pour les mettre au service de la population desservie. Baggs et Schmitt (1997) ont fait une étude qualitative qui consistait à analyser la nature de la collaboration dans un centre hospitalier. Les participants de cette étude ont décrit la collaboration comme étant un travail d'équipe centré sur le client et sa famille, où tous les acteurs travaillent conjointement pour atteindre un même but, soit la qualité des soins. Le partage est le concept que les auteurs ont retrouvé dans les définitions décrites par les participants de cette étude, soit le partage d'informations par une communication efficace, une écoute attentive et le partage des responsabilités.

Phillips et al.(2000) ont proposé une autre forme de définition qui restreint la notion de collaboration à une relation de coopération volontaire entre diverses organisations, et non entre individus. En fait, ces auteurs ont défini la collaboration dans les termes suivants : « a cooperative relationship among organizations that relies on neither market nor hierarchical mechanisms of control (p. 23) ». Rodriguez (2000) qui s'est inspiré de Phillips et al.(2000) décrit la collaboration comme un processus qui émerge directement

entre acteurs interdépendants cherchant des réponses à leurs problèmes par la négociation.

### **Collaboration infirmières/médecins**

La collaboration entre les infirmières et les médecins est la forme la plus souvent retrouvée dans les écrits. Plusieurs auteurs se sont attardés sur ce sujet soit pour mieux comprendre la nature de ces processus de collaboration, soit pour identifier les facteurs ou l'impact de cette collaboration. Diverses définitions sont d'ailleurs présentées à travers les écrits. Weiss et Davis (1985) conçoivent la collaboration infirmières/médecins comme les interactions existantes entre ces deux professionnels pour permettre le partage de leurs connaissances, de leurs habilités, de leurs compétences et de leurs expertises, et représente une relation synergique de coopération. Pour Alt-White, Charns et Strayer (1983), la collaboration infirmières/médecins réfère à un processus par lequel les infirmières et les médecins travaillent conjointement dans la distribution des services, développent des relations de coopération qui se caractérisent par la confiance et le respect mutuel. Baggs et Schmitt (1988), Baggs et Ryan (1990), et Baggs (1994) ont conduit différentes études sur la collaboration entre les infirmières et les médecins. Dans leurs études, ces auteurs définissent la collaboration infirmières/médecins dans les termes suivants : « nurses and physicians cooperatively working together, sharing responsibility for problem solving and decision making, to formulate and carry out plans for patient care (Baggs & Smith, 1988, p.145) ». Dans cette définition, le partage est mis en valeur, soit le partage dans la planification, dans la prise de décision, dans l'attribution des responsabilités et dans la résolution des

problèmes reliés au client. La collaboration infirmières/médecins représente également la mise en commun des intérêts et des objectifs (Baggs & Ryan, 1990). Le développement de stratégies de coopération, de communication et de coordination des soins est essentiel dans la collaboration entre les infirmières et les médecins (Baggs & Schmitt, 1988). Selon Baggs et Schmitt (1988), il importe de spécifier que les infirmières et les médecins peuvent travailler de deux façons, soit dans un processus de collaboration ou dans un processus de consultation. Dans la collaboration, les deux acteurs travaillent conjointement, analysent ensemble la problématique, établissent des buts communs et un plan de soins interprofessionnels. Dans la consultation, les deux acteurs travaillent encore ensemble, mais leurs buts diffèrent et leur analyse est différente. L'absence de partage dans l'analyse et l'évaluation du problème représente le fonctionnement parallèle de ces deux professionnels de la santé (Baggs & Schmitt, 1988). Plus récemment, Krairiksh et Anthony (2001) ont défini la collaboration infirmières/médecins comme étant les interactions entre ces deux professionnels à travers la confiance, le respect et le partage soit des connaissances, de l'expertise ou des valeurs afin d'obtenir la qualité des soins. Les processus de collaboration se manifestent à travers la coopération, la communication ouverte, la prise de décision conjointe et le respect. Chaque acteur se voit dans une équipe de travail contribuant à un but commun, la qualité des soins. Il est à noter que ces auteurs englobent la participation du client à travers la collaboration infirmières/médecins pour la prise des décisions.

### *Facteurs déterminants de la collaboration infirmières/médecins*

Plusieurs facteurs ont une influence sur les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins dans les organisations. Dans la littérature, plusieurs auteurs se sont intéressés aux facteurs qui ont une influence sur la collaboration. Trois types de facteurs ont été identifiés soit : personnels, interactionnels, et organisationnels. Ces facteurs ont été reconnus comme étant susceptibles d'influencer le processus de collaboration.

#### *Facteurs personnels*

Selon Henneman et al. (1995), les facteurs personnels réfèrent aux caractéristiques de chaque individu impliqué dans les processus de collaboration. L'engagement est un élément essentiel dans les processus de collaboration. L'engagement réfère à la volonté des acteurs d'entamer ou de participer à des relations de collaboration. Selon Temkin-Greener (1983), il existe un manque d'engagement de la part des médecins dans les relations de collaboration. En effet, une étude montre que des participants manifestent une frustration reliée à ce manque d'engagement médical aux processus de collaboration.

Le niveau de scolarité et l'expérience sont également des facteurs ayant une influence sur la collaboration. L'infirmière ayant un baccalauréat en sciences infirmières développe de meilleures relations avec les médecins. En effet, lors d'une étude portant sur les indicateurs ayant une influence sur la collaboration, Weiss et Davis (1985) ont identifié que les infirmières ayant une scolarité d'au moins un baccalauréat développent des stratégies de collaboration plus efficaces. Ainsi, selon Arslanian-

Engoren (1995), le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée avec une formation de maîtrise a une influence positive sur les processus de collaboration avec les médecins. Certaines études spécifient que les infirmières ont un manque au niveau de leurs connaissances ce qui influence négativement les relations avec les médecins. L'acquisition de connaissances avancées sur la santé influence positivement la perception que les médecins ont des infirmières, et par conséquent, les processus de collaboration inhérents (Alt-White & al., 1983; Baggs & Schmitt, 1997; Fagin, 1992; Lockhart-Wood, 2000; Snelgrove & Hughes, 2000; Weiss, 1983 ; Weiss & Davis, 1985).

Le niveau de compétences des acteurs est également un facteur susceptible d'influencer les processus de collaboration. Le sentiment de compétence dans son travail influence l'approche collaborative des acteurs (Henneman & al., 1995). Baggs et Schmitt (1988) mentionnent que les compétences sont primordiales dans le développement des processus de collaboration. Les compétences ainsi reconnues améliorent les interactions entre professionnels. Baggs et Schmitt (1997) ont confirmé, par une étude sur la perception de la collaboration entre les infirmières et les résidents médicaux, que plus une infirmière démontre des compétences cliniques avancées, plus les résidents développent des stratégies de collaboration avec elle. Par ailleurs, la réciproque est aussi vraie, c'est-à-dire que les infirmières préfèrent dans cette étude travailler en collaboration avec des résidents plus expérimentés.

L'estime de soi des acteurs a également une influence sur l'interaction entre les infirmières et les médecins (Evans, 1994). Baldwin, Welches, Walker et Eliastam

(1987) définissent l'estime de soi comme étant le résultat cognitif et affectif d'un processus d'auto-évaluation. Un individu ayant un haut niveau d'estime de soi tend vers le sentiment de bonheur et d'esprit positif. Ces auteurs ont effectué une étude sur l'estime de soi dont un des objectifs était de définir la relation existant entre l'estime de soi et les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins. Les résultats montrent qu'un haut niveau d'estime de soi influence positivement les processus de collaboration.

#### *Facteurs interactionnels*

Les facteurs interactionnels correspondent entre autres aux relations interpersonnelles, à la communication, à l'ouverture des acteurs et au leadership. Divers auteurs (Baggs & Schmitt, 1988; Evans, 1994; Katzman, 1989; Lockhart-Wood, 2000; Snelgrove & Hughes, 2000) stipulent que les relations hiérarchiques préexistantes entre les infirmières et les médecins ont une influence directe sur la collaboration. En fait, la perception par les autres professionnels de l'infirmière comme une assistante médicale inhibe les relations de collaboration avec les médecins. La relation traditionnelle hiérarchique encourage la tendance naturelle de relation de supérieur-subordonnée entre ces deux professionnels.

Le pouvoir est également un facteur ayant une influence sur la collaboration infirmières/médecins. Selon Arslanian-Engoren (1995) et Katzman (1989), les infirmières veulent être considérées comme des partenaires égales aux médecins, avec un partage de pouvoir et des responsabilités équitables. Cependant, Snelgrove et Hughes (2000) démontrent dans leurs études que les médecins possèdent plus de pouvoir

dû à leurs plus grandes responsabilités. La légitimité du diagnostic, du traitement et de la prescription apporte un pouvoir aux médecins. Toujours selon ces auteurs, les médecins évitent le partage du pouvoir à cause de leurs perceptions que les infirmières démontrent un manque de connaissances et de compétences. Lockhart-Wood (2000) mentionne que la disparité du pouvoir entre les infirmières et les médecins entraîne des conflits qui se traduisent par un manque de collaboration.

Selon Snelgrove et Hughes (2000), l'autonomie professionnelle est également l'élément recherché par les infirmières d'une part, par l'acquisition d'un pouvoir partagé, et d'autre part, par l'acquisition d'une expertise et de connaissances avancées par les études supérieures. Toutefois, l'autonomie peut avoir des effets négatifs sur les processus de collaboration. En fait, l'engagement vers ces processus engendre une menace d'atteinte à l'autonomie de chacun. Chaque professionnel a tendance à protéger son autonomie et son territoire professionnel. D'ailleurs, les juridictions protégeant les territoires professionnels influencent la mise en place des processus de collaboration. Les médecins affirment que les stratégies de collaboration avancées par les infirmières menacent leur autonomie, leur territoire professionnel et leur pouvoir de décision (Fagin, 1992; Snelgrove & Hughes 2000). D'Amour et al. (1999) mentionne que certains intervenants travaillent dans le but de satisfaire leurs propres aspirations professionnelles et ainsi de maintenir leur autonomie au lieu de collaborer avec les autres professionnels.

La communication entre les acteurs est un élément important dans les processus de collaboration. Henneman et al.(1995) rapportent que des facteurs tels que les habiletés de communication et le style de communication ont une influence directe sur la

collaboration. Van Ess Coelin et Cukr (2000) ont mené une étude sur l'influence du style de communication sur la collaboration infirmières/médecins. Trois styles de communication ont été identifiés soit : dominant, contestataire et attentif. Ces auteurs ont démontré qu'un style attentif de communication favorise la collaboration entre les professionnels. Une communication efficace nécessite que chaque intervenant soit attentif aux opinions et aux idées des autres. Baggs et Schmitt (1997) mentionnent que les acteurs doivent démontrer une réceptivité face aux autres intervenants pour améliorer la communication et la collaboration. Ils doivent être intéressés aux discussions et démontrer une communication ouverte. Il importe également que les acteurs soient disponibles pour permettre une bonne communication. La disponibilité de l'espace et du temps est essentielle. La proximité des acteurs et l'espace sont des éléments qui influencent la communication et la collaboration. Bien entendu, si la distance entre les intervenants est grande, il y a peu de chance que ces acteurs développent des stratégies de communication et de collaboration. Prendre le temps est également nécessaire pour permettre de meilleures communications. Le manque de communication engendre des mésententes entre les professionnels et influence les processus de collaboration. Cela peut créer des conflits et des hostilités entre les professionnels.

Les notions de cohésion, de confiance et de respect mutuel semblent être assez importantes dans les processus de collaboration. D'Amour et al. (1999) décrit la cohésion comme étant le degré d'affinité entre les acteurs, la motivation et l'engagement de chacun vis-à-vis des autres. La confiance quant à elle est définie comme étant l'acceptation de se rendre vulnérable face aux autres membres de l'équipe et à prendre

un risque. La confiance entre les divers intervenants est l'élément clé pour développer des relations interpersonnelles de qualité, et ainsi promouvoir la communication entre les infirmières et les médecins (Arcangelo & al., 1996). La notion de confiance est également essentielle dans le développement d'une action collective entre les professionnels de la santé. Selon Arslanian-Engoren (1995), la reconnaissance des compétences cliniques est la base de la confiance entre les infirmières et les médecins. D'ailleurs, deux études conduites par Arslanian-Engoren (1995) et Baggs et Schmitt (1997) démontrent que les concepts de confiance et de respect mutuel sont essentiels dans les relations de collaboration. Le respect mutuel est le terme utilisé par les participants pour désigner le respect des compétences de chacun, de leurs expertises comme discipline professionnelle et des contributions apportées par les intervenants. Le respect mutuel implique également la reconnaissance des corps de connaissances des acteurs, de leur jugement clinique, de leurs habiletés et de leurs expertises (Arslanian-Engoren, 1995; Baggs & Schmitt, 1997; Henneman & al., 1995).

#### *Facteurs organisationnels*

Les facteurs organisationnels réfèrent à la structure, à la taille et à la composition des groupes (D'Amour et al., 1999). Ils se réfèrent aux rôles des professionnels, aux stratégies de promotion de la collaboration et à l'environnement organisationnel. Un des facteurs importants est l'élaboration d'une philosophie qui appuie la promotion de la collaboration, philosophie basée sur la participation active, l'équité, l'autonomie professionnelle, la liberté d'expression et l'interdépendance. Il importe également de bien identifier les objectifs communs de l'équipe, éviter que chacun des intervenants

aient ses propres objectifs (Henneman & al., 1995; Mariano, 1989). Une conception ambiguë de la collaboration de la part des intervenants peut également avoir une influence sur les processus de collaboration. Une conception claire et précise, surtout partagée par l'équipe, permet d'établir des relations saines avec les autres professionnels. Le manque de clarté dans les rôles et les responsabilités des acteurs peut aussi influencer les processus de collaboration. Aslanian-Engoren (1995) affirme que la difficulté de cerner le rôle spécifique des infirmières engendre des difficultés au niveau de la collaboration. Les médecins sont incapables d'identifier la spécificité de la pratique infirmière. La différence entre la culture et les cadres conceptuels disciplinaires est également un facteur important qui a une influence sur la collaboration. Baggs et Schmitt (1997) énoncent qu'il est nécessaire d'établir un processus d'interconnaissance entre les différents professionnels. En effet, le manque de connaissances des rôles et des responsabilités de chacun nuit à la collaboration. Une meilleure compréhension des rôles de chaque intervenant améliore la confiance et l'établissement des stratégies de collaboration.

Un autre facteur influençant la collaboration est l'existence d'un mécanisme de coordination clinique, notamment par un intervenant pivot. La mise en place d'un « case management » par exemple favorise la communication et la structuration des processus de collaboration (Baggs & Schmitt, 1988). Selon Weils et al. (1998), l'implantation d'une structure telle le suivi systématique est un exemple de stratégie qui aide à favoriser les processus de collaboration. Une telle stratégie nécessite de développer des protocoles de suivi pour permettre une meilleure coordination. Pour

Dechairo-Marino, Jordan-Marsh, Traiger et Saulo (2001), le développement des protocoles de suivi systématique pour une clientèle spécifique permet une meilleure coordination entre les acteurs et encourage les processus de collaboration. Une étude faite par Lassen, Fosbinder, Minton et Robins (1997) démontre que les relations de collaboration entre les infirmières et les médecins ont été accrues lors de la mise en place d'un protocole de traitement et de suivi pour les nouveau-nés à risque de septicémie. Ainsi, l'infirmière étant affectée à une clientèle spécifique développe des relations interpersonnelles régulières avec le médecin pour assurer le suivi (Alt-White & al., 1983).

Le facteur organisationnel essentiel pour la collaboration est l'appui institutionnel et administratif pour le bon fonctionnement de l'équipe. Être reconnue comme une entité qui possède une structure, une vision, des objectifs communs et, surtout une synergie favorise l'établissement de relations de collaboration (D'Amour et al., 1999).

#### *Impact de la collaboration infirmières/médecins*

Plusieurs auteurs rapportent différents impacts positifs de la collaboration entre les infirmières et les médecins. Tout d'abord, elle permet d'assurer des services de qualité aux patients. La collaboration infirmières/médecins permet entre autres de diminuer le taux de mortalité auprès des patients et de minimiser les complications (Arcangelo & al., 1996; Dechairo-Marino & al., 2001; Van Ess Coeling & Curk, 2000). Higgins (1999) mentionne d'ailleurs qu'une étude a permis de constater qu'une collaboration infirmières/médecins permet de diminuer de près de 16 % le taux de mortalité et de morbidité dans une unité de soins intensifs. Wells et al. (1998) rapportent

également que les processus de collaboration diminuent le temps d'hospitalisation et la réhospitalisation des clients. Une étude faite par Lassen et al. (1997) a démontré qu'une bonne collaboration infirmières/médecins, à partir d'un protocole de soins préétabli, a diminué l'utilisation des antibiotiques chez les nouveau-nés à risque de septicémie et la réhospitalisation de ceux-ci. Fagin (1992) affirme également qu'une étude menée par Bennet et ses collaborateurs a démontré une diminution du taux de mortalité des personnes atteintes du SIDA à partir des relations de collaboration entre les infirmières et les médecins. Dechairo-Marino et al. (2001) mentionnent une satisfaction accrue des patients.

La collaboration infirmières/médecins présente également des impacts sur les acteurs, principalement chez les infirmières. Elle permet entre autres d'augmenter la satisfaction au travail, le sentiment de compétence et l'opportunité d'acquisition de nouvelles connaissances et de compétences cliniques (Baggs & Ryan, 1990; Baggs & Schmitt, 1997; Dechairo-Marino & al., 2001; Evans, 1994; Henneman & al., 1995; Higgins, 1999; Van Ess Coeling & Cukr, 2000). Baggs et Ryan (1990) ont démontré l'influence positive des relations de collaboration sur la satisfaction des infirmières. Lors de la structuration de la collaboration, les infirmières sont plus satisfaites au travail et elles ont tendance à rester à leur travail, réduisant ainsi le roulement du personnel. Van Ess Coeling et Cukr (2000) mentionnent également que le développement de stratégies de collaboration et de coordination entraîne une satisfaction du personnel au travail. Les résultats d'une étude confirment que les infirmières se sentent mieux au travail lorsqu'il y a des stratégies de collaboration entre les intervenants (Baggs &

Schmitt, 1997). Cette étude a également permis de démontrer que les opportunités d'apprentissage et d'expérience sont plus grandes.

Au niveau de l'organisation, la collaboration permet d'augmenter l'accessibilité des soins et la qualité des services (Arcangelo & al., 1996). Elle permet d'offrir des services de meilleure qualité, plus efficaces et efficients. En effet, la collaboration permet de réduire les coûts liés à la duplication des services et à la fragmentation des soins (Dechairo-Marino & al., 2001; Wells & al., 1998). Fagin (1992) déclare qu'une collaboration infirmières/médecins peut réduire d'au moins 25 % les coûts de traitement. Henneman et al. (1995) mentionnent également qu'elle permet de réduire le taux de roulement du personnel infirmier et d'augmenter le taux de rétention. L'augmentation du taux de rétention permet donc de réduire les coûts liés au recrutement du personnel (Baggs & Schmitt, 1997).

### **Collaboration organisationnelle**

Selon Smith (1998), la collaboration organisationnelle est définie comme étant « a process through which different parties who see different aspects of a problem can constructively explore their differences and search for solutions that go beyond their own limited vision of what is possible (p. 132) ». Elle représente un travail collectif et l'établissement d'objectifs communs tout en maintenant l'autonomie de chacune des organisations impliquées. Smith (1998) affirme que la collaboration organisationnelle réfère à deux ou plusieurs organisations qui décident de développer des stratégies d'affiliation et de coordination de leurs services et programmes afin d'apporter les

services à une population. La création d'un partenariat entre les organisations est donc implicite. Polivka (1996), qui a fait différentes études sur le sujet, ajoute que la collaboration organisationnelle implique une structuration d'interactions et de relations entre les différentes organisations dans un contexte de services intégrés. Ales (1998) affirme également que la collaboration organisationnelle permet la coordination des différents services et des ressources afin d'atteindre des buts communs.

Dans cette étude, la collaboration organisationnelle sera abordée également en terme de services intégrés. Dans la section suivante, les concepts de services intégrés et d'intégration clinique seront présentés en fonction des objectifs visés, des facteurs déterminants et des barrières.

### **Services intégrés**

Selon Weil (2000), plusieurs auteurs se sont penchés sur les différents systèmes de distribution de services. Il stipule que les concepts tels que « organized delivery system », « integrated delivery system », « health network » et « health alliance » sont tous interchangeables et synonymes dans les écrits. Christianson, Wellever, Radcliff et Knutson (2000) affirment aussi qu'il n'y a pas de consensus sur la définition des concepts ci-haut mentionnés. Toutefois, ces auteurs s'accordent à l'effet que ces termes sous-tendent le fait que différents types de dispensateurs de services s'organisent, se dotent de nouvelles façons de faire, se coordonnent et collaborent dans un même but soit d'offrir des services de qualité : accessibles, continus, efficaces et efficients. Aux États-Unis, divers modes de distribution de services reliés à l'intégration des services ont été

étudiés (Alter & Hage, 1993; Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell & Morgan, 1993; Gillies & al., 1997; Snyder-Halpern & Chervany, 2000; Robinson, 1999).

Alter et Hage (1993) définissent un réseau comme étant une forme sociale permettant aux organisations d'établir des relations organisationnelles. Bazolli, Shortell, Dubbs, Chann et Kralovec (1999) décrivent le réseau comme deux ou plusieurs organisations ayant développé des alliances stratégiques ou contractuelles, des affiliations entre organisations dans le but d'offrir une gamme de services de santé accessibles et coordonnés. Gillies et al.(1997) mentionnent que le réseau de services intégrés est une approche intégrée des diverses organisations de la santé dans le but ultime de diminuer les coûts des services et d'en assurer une qualité égale ou supérieure. Il implique pour les organisations d'établir des relations organisationnelles pour répondre aux besoins d'intégration et de coordination des services. Gillies et al.(1997) ont défini plus précisément ce concept comme étant un réseau d'organisations ayant établi conjointement un modèle d'organisation des services pour permettre une meilleure coordination des soins à une population définie. Ce modèle d'organisation a comme objectif d'améliorer les activités cliniques et financières de l'organisation, et par le fait même, l'état de santé des populations desservies. En d'autres termes, un système de services intégrés représente un ensemble d'organisations en réseau assurant la prestation d'un continuum de services de santé selon les besoins d'une population spécifique, et qui sont coordonnés de façon horizontale et verticale, sur le plan clinique et financier (Gillies & al., 1993; Shortell, Gillies, Mitchell & Morgan, 1993). Snyder-Halpern et Chervany (2000) affirment que l'implantation d'un nouveau système de services

intégrés implique que les organisations doivent établir des affiliations, des regroupements ou des fusions entre établissements de santé. Selon Christianson et al. (2000), la restructuration d'un tel système de distribution de services offre une possibilité de développer de nouvelles stratégies d'alliances, de collaboration ou de coordination entre les milieux urbains et ruraux. Selon Rodriguez (2000), il semble que l'élément central des systèmes de services intégrés soit la coordination des acteurs à travers différents processus de collaboration. Ainsi, le succès ou la réussite d'un service intégré s'évalue selon son degré d'intégration et selon le processus d'intégration existant entre les organisations (Burns, Walston, Alexander, Zuckerman, Andersen, Torrens & Hilberman, 2001; Gillies & al., 1993; Gillies & al., 1997).

#### *Le concept d'intégration*

Burns et al. (2001) affirment que le concept d'intégration est le principe central d'un réseau de services intégrés. Ceci permet aux acteurs de travailler en collaboration et en coordination dans un continuum des services offerts à la population. Avant tout, il importe de bien comprendre ce concept afin d'optimiser les résultats souhaités. Le concept d'intégration est défini comme étant la coordination ou les liens existants entre les acteurs, les organisations, les unités ou les activités dans le but d'offrir des services optimaux et accessibles. Gillies & al.(1993) et Gillies et al. (1997) ont défini l'intégration de la façon suivante :

*The generic concept of integration is defined as the extent to which functions and activities are appropriately coordinated across operating units. That is, any organization within the system that is involved in the provision of health care services such as acute care and specialty hospital, home health agencies, nursing home facilities, and single- and*

*multispecialty group practices- so as to maximize the value of services delivered to patients. (Gillies & al., 1993, p.468).*

Il existe trois types d'intégration : l'intégration des médecins et du système, l'intégration fonctionnelle et l'intégration clinique. Ces différentes formes d'intégration sont interdépendantes pour parvenir à une intégration optimale des services et organisations (Gillies & al., 1993; Gillies & al. 1997). Malgré l'importance et l'interdépendance des différents types d'intégration, l'intégration clinique retient l'attention de la présente étude. Cette forme d'intégration favorise une meilleure coordination et une continuité optimale des soins, et par le fait même, elle encourage l'émergence des stratégies de collaboration.

L'intégration clinique réfère à la coordination des différentes activités et des fonctions qui relèvent directement de la prestation des soins. En d'autres mots, l'intégration clinique s'identifie à l'étendue avec laquelle les services et les soins aux patients sont coordonnés à travers les personnes, les fonctions, les activités, les processus et les unités des systèmes afin d'optimiser la valeur des services produits. La continuité des soins est l'élément central dans cette forme d'intégration qui est la plus importante dans les différents systèmes de distribution de services (Conrad, 1993; Gillies & al., 1993; Gillies & al., 1997, Shortell, Gillies, Anderson, Erickson & Mitchell, 2000a ; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson & Mitchell, 2000b ). Shortell et al. (2000b) mentionnent que les principales activités relevant de l'intégration clinique sont le développement des guides cliniques, des protocoles de soins, la gestion de cas,

l'identification des populations cibles, l'implantation de systèmes d'informations et la gestion de la qualité des soins.

L'intégration clinique se répartit en deux formes d'intégration : l'intégration horizontale et l'intégration verticale (Gillies & al., 1993; Gillies & al., 1997). L'intégration horizontale se définit comme la coordination s'accomplissant entre les organisations qui se situent dans le même niveau de dispensation de services. Des stratégies de collaboration sont à cet effet déployées pour arriver à cette forme d'intégration entre les différentes organisations, parfois par le développement d'alliances stratégiques ou par les affiliations contractuelles (Ackerman, 1992; Charns, 1997). L'intégration horizontale réfère en fait à la coordination des fonctions, des activités et des unités opérationnelles offertes conjointement entre les organisations ayant des vocations communes dans le processus de distribution de services de santé (Gillies & al., 1993; Gillies & al., 1997). Les services partagés et les fusions entre établissements de santé sont des exemples concrets de l'intégration horizontale. Selon Charns (1997), cette forme d'intégration permet des économies financières pour les organisations et augmente le capital afin de permettre l'acquisition de nouvelles technologies, offrant ainsi de meilleurs services à la population.

L'intégration verticale réfère quant à elle à la coordination des activités, des fonctions et des unités d'opérations à différentes étapes dans le processus de distributions de services. Elle permet aux organisations à vocation différente de s'allier afin d'assurer la continuité des services prodigués à une population (Ackerman, 1992; Charns, 1997; Conrad, 1993; Gillies & al., 1993; Gillies & al., 1997). L'intégration

verticale permet de répondre aux besoins actuels de notre société, en dispensant des services plus accessibles dans un continuum de soins et de services. C'est le cas par exemple lorsqu'un centre hospitalier développe des stratégies de collaboration avec les centres locaux de services communautaires pour assurer la continuité des soins auprès des patients en épisodes de soins.

#### *Objectifs des services intégrés*

Les réseaux de services intégrés reconnaissent leur efficacité dans l'augmentation de la qualité des soins et des services offerts aux patients. Gillies et al.(1993) stipulent que l'intégration diminue la duplication des soins, la fragmentation des services et augmente l'accessibilité des services. Elle permet une meilleure continuité des soins et des services parmi tous les acteurs dispensateurs de soins aux patients, permettant d'améliorer, d'une part, la qualité des services, et, d'autre part, l'état de santé des patients. Pour les patients, l'intégration des services permet de recevoir des traitements thérapeutiques de qualité supérieure. Elle contribue ainsi à accroître la satisfaction des patients (Gillies & al., 1997; Charns, 1997). Les services intégrés apportent également de meilleurs soins aux régions éloignées et isolées, soit par une meilleure accessibilité de services spécialisés (Christianson & al., 2000). Selon Gillies et al. (1993) et Gillies et al., (1997), les organisations impliquées dans un processus d'intégration des services diminuent les coûts engendrés par la duplication des services et par la fragmentation des soins. Les services sont ainsi plus efficaces, c'est-à-dire, sont offerts avec une qualité optimale, mais à un rapport coût/efficacité moindre. Pour les professionnels de la santé, elle améliore les relations professionnelles, développe les habiletés de communication et

de collaboration, et encourage une plus grande productivité professionnelle. Ceci implique donc une plus grande satisfaction au travail.

### *Facteurs déterminants des services intégrés*

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les forces et les facteurs déterminants qui ont une influence positive sur les processus et sur le niveau d'intégration entre les organisations offrant des services de santé (Conrad, 1993; Gillies & al., 1997; ; Laditka & Jenkins, 2000; Shortell & al., 2000a; Shortell & al., 2000b; Weil, 2000). Shortell et al. (2000b) ont structuré ces différents facteurs en quatre dimensions : la dimension stratégique, la dimension structurelle, la dimension culturelle, et, finalement, la dimension technique. Ces différentes dimensions sont importantes dans l'implantation d'un système de services intégrés. Chaque dimension a une influence sur l'intégration des services.

#### *Dimension stratégique*

Selon Shortell et al. (2000b), la dimension stratégique réfère au fait de mettre l'emphase sur le processus d'intégration auprès des organisations. Dans cette dimension, l'intégration clinique doit être le centre d'intérêt de l'organisation, et la mission doit véhiculer ce processus. Elle doit être la priorité stratégique pour assurer des services de qualité à la population. Weil (2000) affirme qu'il importe de bien identifier la mission, les valeurs et les objectifs avant de débiter des affiliations entre organisations. Il est essentiel de développer des valeurs, des missions et des objectifs communs. Le développement d'un plan stratégique approfondi contribue au succès de

l'intégration clinique. Aussi, un plan stratégique et des plans spécifiques d'implantation, sans oublier l'implication des médecins, doivent être envisagés

#### *Dimension structurelle*

La dimension structurelle réfère à la structure organisationnelle du système qui supporte l'intégration clinique des services. (Shortell & al., 2000b) Elle implique la mise en place d'un comité d'intégration clinique pour renforcer les stratégies de coopération et de collaboration entre les établissements. Selon Laditka et Jenkins (2000), une étude portant sur les stratégies de coopération dans les systèmes intégrés a démontré qu'une telle initiative a une influence positive sur le processus d'intégration. Cette dimension consiste également à une restructuration organisationnelle qui implique les systèmes de distribution de services dans les organisations de soins. Le développement de nouveaux styles de gestion qui facilitent la coordination des soins dans un continuum de services est essentiel. Cette dimension implique aussi une réorganisation des soins, en établissant de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités à chacun des acteurs impliqués, sans oublier d'établir de nouveaux liens avec les autres établissements tels que les centres hospitaliers, les cliniques médicales et les centres de santé communautaire. Charns (1997) mentionne, par exemple, que certaines organisations ont établi des responsabilités partagées entre les infirmières cliniciennes et les médecins dans certains programmes de soins, impliquant ainsi le développement de stratégies de collaboration entre les intervenants. Il importe de produire les différents guides cliniques pour la coordination des services et des soins comme les protocoles de soins, la gestion de cas et le processus de référence pour les patients. Une étude portant

sur l'analyse des réseaux de services intégrés a permis de conclure qu'il est essentiel de formaliser les relations de coopération et de collaboration entre les établissements. Selon cette étude, une formalisation a une influence positive sur le processus d'intégration (Laditka & Jenkins, 2000). Tous ces changements organisationnels doivent permettre la promotion de l'intégration clinique auprès des établissements.

#### *Dimension culturelle*

La dimension culturelle réfère aux croyances, aux valeurs, aux normes et aux habitudes comportementales des organisations. Chaque organisation, chaque unité et chaque intervenant a une culture qui lui est propre. Il est parfois difficile d'établir des relations lorsque deux cultures sont en jeu (Shortell et al., 2000b). C'est pourquoi, il faut construire une culture commune, orientée vers le changement, l'ouverture et l'apprentissage. Shortell et al. (1993) ont mené une étude sur douze réseaux, et qui a permis de comprendre l'importance de gérer le changement de la culture organisationnelle de façon adéquate afin d'augmenter les chances de succès dans l'intégration clinique des services. Shortell et al. (2000b) exposent trois facteurs reliés à la culture organisationnelle sur lesquels le changement s'appuie soit : la gestion de la qualité de soins, la formation des acteurs et le développement d'un leadership clinique. La gestion de la qualité des soins réfère à une approche évaluative systématique et continue des processus de coordination et d'intégration mis en place dans les organisations. Cette gestion sert à définir un cadre conceptuel qui standardise l'intégration clinique. Elle a également comme objectif d'établir des pratiques uniformes aidant à un changement de la culture organisationnelle. L'intégration clinique

dépend également de la formation des acteurs au concept d'intégration clinique. Selon Shortell et al. (2000b), il importe de donner de nouvelles habiletés et compétences aux acteurs afin de leur permettre de mieux gérer le processus d'intégration. Un programme de formation impliquant la philosophie, la mission et les nouvelles valeurs véhiculées par l'intégration clinique soit l'apprentissage continu, le respect, la confiance et la collaboration doit être mis de l'avant. Conrad (1993) mentionne d'ailleurs que l'établissement d'une relation de confiance entre les intervenants permet d'établir de meilleures stratégies de collaboration. Une telle formation a comme but d'établir une nouvelle culture auprès des acteurs. Laditka et Jenkins (2000) proposent aussi un programme d'intervention éducative à l'intention des patients et leurs familles, des intervenants et des médecins pour promouvoir l'intégration des services et permettre une coordination efficace et efficiente. Shortell et al.(2000b) mentionnent, d'autre part, que le développement d'un leadership auprès des acteurs a une influence directe sur le processus d'intégration. Ils définissent huit caractéristiques du leadership : un sentiment d'appartenance à une équipe de travail (inter professionnalisme), une bonne compréhension des besoins des populations, des compétences cliniques, une vision commune du processus d'intégration et de la nature de l'interdépendance, le respect des autres acteurs, une bonne gestion des conflits et du changement, et, finalement, la disponibilité d'un système d'évaluation de la performance. Les objectifs dans le développement du leadership sont d'avoir une perspective des soins et des services centrés sur le client, d'avoir une approche holistique, de concevoir les soins dans un continuum de services, de comprendre l'importance de la collaboration et du travail

d'équipe, et, en faire la promotion auprès de l'organisation pour améliorer la qualité des services.

#### *Dimension technique*

La dimension technique réfère à la mise en place d'un système d'informations efficace, et d'un programme de sensibilisation portant sur l'intégration clinique auprès des acteurs et des organisations (Shortel & al., 2000b). La mise en place d'un système d'informations permet de promouvoir le processus d'intégration clinique auprès des intervenants. Il est nécessaire également d'uniformiser les données cliniques et le format du système d'informations pour permettre une meilleure coordination des soins auprès des patients (Shortell & al., 2000b). Conrad (1993) affirme qu'il est nécessaire d'établir un système d'informations avec la technologie adéquate. Il stipule qu'un système d'informations avec une technologie avancée permettant l'intégration clinique des services améliore la coordination des soins auprès des patients. Snyder-Halpern et Chervany (2000) mentionnent entre autres qu'un système d'informations efficace a une influence positive sur le succès d'un système intégré.

Polivka (1995) a fait différentes études qui lui ont permis de développer un modèle de collaboration organisationnelle comportant cinq composantes essentielles soit les facteurs de l'environnement, les facteurs situationnels, les caractéristiques des tâches, les facteurs transactionnels et les résultats. Les facteurs environnementaux réfèrent au contexte politique, aux caractéristiques démographiques et sociales de la population et au contexte économique, qui affectent les processus de collaboration organisationnelle. Les facteurs situationnels, quant à eux, réfèrent à la motivation, à l'engagement, au

partage des ressources, aux intérêts communs et à l'établissement d'un consensus. Les caractéristiques de la tâche comprennent la considération des rôles et des responsabilités des différents acteurs lors de l'établissement des relations de collaboration. La structure et les processus de collaboration sont des facteurs transactionnels, plus précisément, le degré de formalisation, l'intensité des relations et les stratégies de prise de décision. Les résultats représentent les changements organisationnels, l'efficacité des relations organisationnelles et l'atteinte des buts communs préétablis (Polivka, 1995).

### **Le modèle de structuration de la collaboration professionnelle**

Avant de présenter le cadre de référence sur lequel repose la présente étude, il est important de spécifier la définition qui a été retenue de la collaboration. La collaboration est définie en terme de structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'informations et de prise de décision ayant un plan d'intervention interprofessionnel comme but final (D'Amour et al., 1999). Il s'agit donc d'un processus d'interaction duquel se crée une structuration de l'action collective entre les partenaires mis en situation d'interdépendance. La collaboration est une construction sociale entre les acteurs à l'intérieur d'une organisation formalisée. Cette conception de la collaboration professionnelle reconnaît la présence d'acteurs stratégiques développant un ordre local à l'intérieur des contraintes de l'organisation et utilisant leur pouvoir pour négocier et stabiliser les interactions des acteurs (D'Amour et al., 1999).

Le modèle de structuration de la collaboration professionnelle proposé par D'Amour (1997) est le cadre de référence retenu pour cette étude. Ce modèle permet l'analyse en profondeur les processus de collaboration et aide à mieux comprendre ce phénomène. D'Amour (1997) et Daigle (2000) suggèrent d'utiliser ce modèle comme armature intellectuelle afin de mieux comprendre divers processus de collaboration et de reprendre ce modèle pour comprendre d'autres contextes de collaboration. L'utilisation de ce modèle semble appropriée pour l'étude de la collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins à l'extérieur de cette communauté autochtone.(Voir figure 1.) Le modèle trouve son utilité et son originalité dans le fait qu'il permet de concevoir la collaboration en tant que processus de structuration d'un action collective contrairement à d'autres recherches qui tentent d'expliquer les divers processus de collaboration sur la base de facteurs structurelles. Il permet également de considérer les rapports humains en essayant de comprendre la façon dont un groupe d'acteurs stratégiques construit une action, le contexte dans lequel l'action se construit et l'interaction entre les acteurs (D'Amour et al., 1999). Enfin, le recours à ce modèle permet l'analyse des dynamiques en jeu autour de quatre dimensions, soit : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. Ces quatre dimensions seront décrites et expliquées dans les sections suivantes.

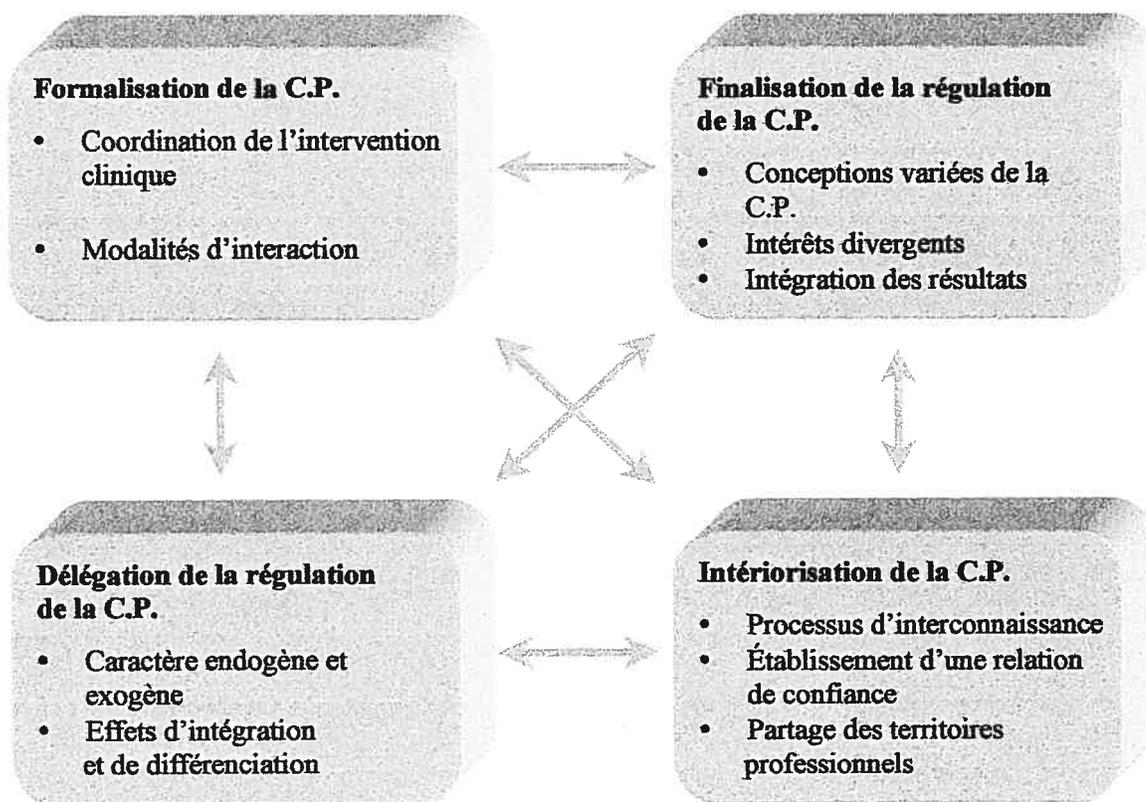


Figure 1. Modèle de structuration de la collaboration professionnelle (C.P.) (D'Amour, 1997)

Le modèle a été développé à partir d'une étude empirique réalisée par D'Amour (1997). Ce modèle de structuration de la collaboration permet de comprendre et d'analyser la nature de la collaboration professionnelle dans le domaine de la santé. Inspiré des écrits en sociologie des organisations, particulièrement de l'approche organisationnelle proposée par Friedberg (1993), D'Amour (1997) a construit et adapté ce modèle afin de comprendre les différentes structurations d'action collective auprès

des professionnels de la santé. Ce modèle s'inspire de trois prémisses à l'action collective proposées par Friedberg (1993), soit :

*La notion d'acteurs stratégiques : ce sont des acteurs qui affichent des comportements stratégiques selon leurs propres intérêts et en vue de se préserver une marge de manœuvre. Dans la démarche de l'approche organisationnelle, il y a donc l'hypothèse de comportements dictés par des intérêts, comportements qui deviennent un outil méthodologique pour lier les acteurs et leurs systèmes d'interactions.*

*La contingence des acteurs : la notion de système d'action ou d'ordre local. Il existe toujours un système local d'action, système qui comporte des contraintes. Les acteurs construisent les règles du jeu afin de médiatiser ces contraintes, de se préserver une marge de manœuvre tout en répondant aux attentes des autres participants, ceci afin de maintenir le système. Dans ce système, il est possible de repérer un minimum de régularité derrière un désordre apparent des stratégies des acteurs.*

*Le pouvoir comme capacité d'action : les deux prémisses précédentes sont articulées autour de la conceptualisation de l'interaction humaine en tant que relations de pouvoir, c'est-à-dire un échange non égal de ressources qui conduit à la négociation. Donc, le système d'action perçu comme un ordre négocié se trouve à être le produit de relations de pouvoir par lesquelles des acteurs interdépendants ont stabilisé leurs interactions (D'Amour et al., 1999, pp. 72-73).*

Dans ce modèle, il existe quatre dimensions essentielles pour mieux comprendre une action collective entre différents partenaires soit la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. Il est important de spécifier que ces quatre dimensions sont omniprésentes dans toute action collective, mais varient en intensité et selon les contextes. Aussi, ces dimensions sont en interaction continue et s'influencent mutuellement dans tout le processus de structuration de la collaboration professionnelle (D'Amour, 1997).

Premièrement, la dimension de la formalisation englobe les règles de conduite dont l'organisation se dote (D'Amour, 1997). Ces règles permettent de régulariser et de stabiliser les actions par une structure plus formelle. Les procédures de soins, les protocoles et la description des tâches sont des exemples de règles qui régularisent les stratégies d'action des professionnels. D'Amour (1997) stipule que cette formalisation permet aux gestionnaires de contrôler les incertitudes reliées au travail. Deux règles sont importantes dans les processus de collaboration soit la coordination clinique désignant une personne responsable de coordonner les intervenants autour d'une clientèle et les modalités d'interaction entre les différents professionnels impliqués dans l'action collective. La coordination clinique réfère aux mécanismes où une personne est responsable de coordonner les différents professionnels autour d'un client et de sa famille. La notion de « médecin traitant » du domaine médical est une analogie, l'intervenant pivot étant responsable de la coordination des activités des autres professionnels auprès d'un client (D'Amour, 1997). Cette notion apporte toutefois des problèmes reliés aux enjeux de pouvoir et à l'accessibilité des services. D'Amour (1997) mentionne également que des règles rigides non consensuelles engendrent des conflits et des inégalités de pouvoir. Ces conflits influencent l'ambiance du travail, l'engagement et les processus de collaboration.

La finalisation réfère aux finalités et aux objectifs communs des différents partenaires. Leurs conceptions de la collaboration et la concordance dans les attentes des processus de collaboration se rapportent également à la dimension de la finalisation (D'Amour, 1997). La finalisation réfère à la formulation des buts communs et à

l'intégration de ces buts dans les différentes stratégies d'action des intervenants. En fait, plus les acteurs intègrent les finalités de l'équipe, plus ils sont prêts à développer des processus de collaboration pour arriver aux buts, et faire des compromis. D'Amour (1997) affirme que la plupart des professionnels possèdent leurs propres conceptions des buts et de la collaboration. Pour l'un, la collaboration réfère à un échange simple d'informations, alors que pour d'autres, cela peut se traduire par des prises de décision conjointes et par le partage des responsabilités. D'Amour (1997) remarque également que les intérêts et les visions sont différents entre les professionnels. Cette divergence s'explique en partie à cause des cadres de référence ou des modèles conceptuels de chaque discipline.

La dimension de l'intériorisation réfère au processus d'interconnaissance des différents acteurs, à l'établissement d'une relation de confiance et au partage des responsabilités professionnelles. Selon D'Amour (1997), le processus d'interconnaissance réfère à l'ensemble des stratégies d'action permettant aux différents intervenants de se connaître mutuellement. L'intériorisation porte également sur la compréhension des cadres conceptuels des autres disciplines, de leurs orientations et de la nature de leur travail. L'établissement de la relation de confiance entre les acteurs est un élément important dans cette dimension, car il permet de meilleurs mécanismes de coordination et d'intégration des acteurs. D'Amour (1997) mentionne que le partage des territoires professionnels est au centre de la collaboration. L'ambiguïté des rôles des professionnels engendre des zones grises ou zones de chevauchement. Ce manque de clarté rend difficile la structuration d'une action collective pour permettre une meilleure

collaboration. L'hermétisme du territoire professionnel est mis de l'avant par certains professionnels, alors que d'autres prônent l'ouverture et le développement d'actes partagés (D'Amour, 1997).

Finalement, la délégation correspond à la délégation des responsabilités pour la régulation de la collaboration entre les différents professionnels. Cela concerne les délégations endogènes qui impliquent les moyens internes utilisés pour la gérance de l'action collective ou les délégations exogènes où les influences externes modifient la structuration de la collaboration (D'Amour, 1997). Dans tous les systèmes d'action collective, il existe des systèmes de régulation soit partiellement endogènes, ou soit partiellement exogènes. Les régulations endogènes se rapportent à la mise en place d'agents intégrateurs agissant comme un arbitre. La délégation exogène partielle réfère, quant à elle, au système de régulation venant de l'extérieur. Les discours des ordres professionnels en sont des exemples.

### Chapitre III : La méthodologie

Cette étude vise à comprendre les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins rattachées à des organisations extérieures à la communauté. Cette recherche se veut une étude qualitative et exploratoire. Elle permet l'analyse en profondeur des divers processus de collaboration entre ces infirmières et ces médecins. L'intention n'est pas de généraliser les résultats de l'étude, mais plutôt d'approfondir la compréhension du phénomène. C'est pourquoi, l'étude de cas a été adoptée pour cette recherche.

Dans les sections suivantes, le cadre méthodologique est présenté en spécifiant le devis de recherche, le choix du cas à l'étude, la sélection des milieux de recherche et des participants, et en présentant le contexte de l'étude, soit le déroulement de l'étude et les caractéristiques des participants à l'étude. Les dernières sections sont consacrées aux stratégies de collecte de données, aux stratégies d'analyse des données, à la rigueur méthodologique et aux considérations éthiques.

### **Devis de recherche**

Selon Yin (1994), une stratégie de recherche est un guide, un fil conducteur, qui relie les questions de recherche, le devis de recherche, les processus de collecte et d'analyse des données, et enfin, les résultats et les conclusions obtenues. L'étude de cas est une approche utilisée dans les recherches qualitatives lorsqu'il s'agit de phénomènes complexes permettant davantage l'exploration de la situation. Selon Yin (1994), l'étude de cas est utilisée également lorsque les questions sont centrées sur le « comment » et

sur le « pourquoi » du phénomène. Cette stratégie est pertinente lorsque le chercheur n'a pas ou peu de contrôle sur les événements et que le phénomène est de nature contemporaine. Cette stratégie de recherche est donc pertinente pour la présente étude portant sur les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

L'étude de cas unique a été choisie parce qu'elle permet l'analyse en profondeur du phénomène à l'étude et elle est pertinente pour la présente recherche à cause de la complexité du phénomène (D'Amour, 1997 ; Stake, 2001 ; Yin, 1994). Les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté s'inscrivent dans cette complexité. Cette stratégie de recherche permet de considérer plusieurs sources de données afin d'approfondir la compréhension des processus de collaboration. Par ailleurs, Yin (1994) affirme que l'étude de cas permet l'utilisation d'un cadre conceptuel qui servira d'armature intellectuelle pour les études dites exploratoires. Le cadre conceptuel permet de guider les processus de collecte de données et d'analyse.

Yin (1994) propose de bien définir l'unité d'analyse pour l'étude de cas, celle-ci pouvant être un individu, une famille, une organisation ou un processus. Dans cette étude, elle se présente comme l'ensemble des relations de collaboration existant entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins rattachés à des organisations extérieures de cette communauté. En fait, il s'agit d'étudier les différentes stratégies de collaboration que ces infirmières oeuvrant en région isolée et

ces médecins rattachées à d'autres organisations utilisent pour répondre aux besoins de la communauté autochtone desservie. Stake (2001) énonce également qu'il est nécessaire de bien délimiter les frontières du cas. Ainsi, pour cette étude, les frontières sont délimitées par l'ensemble des relations de collaboration entre les infirmières et les médecins à l'intérieur de deux programmes et de la clinique externe. Le premier programme est celui centré sur les clients autochtones ayant des maladies chroniques et dégénératives, et le deuxième, le programme des soins à domicile. Stake (2001) mentionne également que le cas doit être spécifique. Le cas à l'étude est spécifique, car elle analyse les relations de collaboration à deux niveaux, soit clinique et administratif. Au niveau clinique, ce sont les échanges d'informations, les relations professionnelles, la planification des soins et le suivi à assurer lors des consultations médicales par les clients qui sont explorés et analysés. Au niveau administratif, ce sont les guides de pratique clinique ou protocoles de traitements et les ententes formelles, s'ils existent, qui sont étudiés.

### **Choix du cas à l'étude**

Le choix du cas est une étape importante dans le déroulement de l'étude. Selon Stake (2001), le choix d'un cas implique la détermination des frontières permettant de circonscrire le phénomène. Le cas à l'étude est délimité par l'ensemble des relations de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins rattachées à des organisations extérieures à la communauté,

et autour d'une clientèle spécifique. Le but de ces relations est la dispensation des services de santé à une clientèle commune.

Le programme de santé communautaire pour les clients atteints de maladies chroniques et dégénératives, les soins à domicile et la clinique externe ont été choisis dans cette présente recherche. Les divers processus de collaboration sont analysés entre les différents acteurs autour de la clientèle spécifique à ces programmes et à la clinique externe. Il s'agit de décrire et d'analyser les différentes stratégies que les acteurs développent à travers les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle.

Les personnes atteintes de maladies chroniques et dégénératives telles le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires, qui sont admis dans le programme des maladies chroniques et dégénératives et les soins à domicile, ont été choisies comme référence clinique pour témoigner des relations professionnelles et organisationnelles entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté. Le choix de cette clientèle a été motivé par l'incidence alarmante des maladies chroniques et dégénératives au sein des communautés autochtones à travers le Québec (Services de santé Atikamekw, 1995). À cause de l'éloignement et de la non-disponibilité des médecins dans ces régions, les responsabilités pour le suivi de cette clientèle sont partagées entre les infirmières et les médecins. Les personnes atteintes de maladies chroniques et dégénératives représentent donc l'élément de référence des processus de collaboration qui existent entre ces professionnels.

### **Sélection des milieux**

Les milieux de recherche ont été sélectionnés à partir des critères suivants : 1) le milieu à l'étude doit offrir des services curatifs et préventifs de première ligne pour une communauté autochtone en région isolée, 2) le centre hospitalier doit avoir des relations fréquentes avec le milieu et 3) le CLSC doit assurer une disponibilité médicale aux infirmières du milieu à l'étude.

### **Sélection des participants**

Les participants sont des professionnels de la santé provenant des trois milieux ci-haut mentionnés.

La sélection des participants s'est faite à partir des critères suivants : 1) les professionnels doivent avoir travaillé au moins six mois auprès de la clientèle autochtone admise dans les programmes à l'étude; et 2) les professionnels doivent consentir à participer au projet de recherche.

Sept professionnels ont ainsi été sélectionnés : soit trois au dispensaire, trois au centre hospitalier et un au CLSC. Au dispensaire, les entrevues ont été réalisées auprès d'une infirmière soignante, de l'infirmière-chef et la responsable des soins infirmiers. Pour le centre hospitalier, les rencontres ont été faites auprès d'un médecin de l'urgence, d'un médecin omnipraticien en hospitalisation et d'un médecin cadre. Enfin, une dernière entrevue a été obtenue auprès d'un médecin du CLSC à l'étude.

### *Caractéristiques des participants à l'étude*

Les participants sont des professionnels de la santé provenant des trois milieux de recherche. Au dispensaire, la moyenne d'âge des infirmières participantes est de 42 ans avec en moyenne 8 années d'expérience dans leurs postes temps plein en région isolée dénotant une certaine stabilité dans l'équipe des soins infirmiers. Les infirmières participantes détiennent toutes une formation collégiale et au moins un certificat en sciences infirmières. Seule la responsable des soins infirmiers détient une formation au deuxième cycle. L'infirmière-chef possède 11 années d'ancienneté à ce poste et 11 années d'expérience en soins infirmiers en région isolée. Elle possède un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et un certificat clinique, en cours, en sciences infirmières. L'infirmière soignante possède 6 années d'ancienneté à son poste et 6 années d'expérience en soins infirmiers en dispensaire. Elle détient un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers, un certificat en santé communautaire et un certificat en cours en soins cliniques. La responsable des soins infirmiers possède 8 années d'expérience à ce poste, 26 années d'expérience en soins infirmiers dont 25 années d'expérience en dispensaire auprès des communautés autochtones. Elle détient un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers, un baccalauréat général avec une majeure en services sociaux et une mineure en services de santé, et, enfin, une formation en interculturelisme et en administration de la santé au deuxième cycle.

Au centre hospitalier, trois médecins ont été rencontrés pour une entrevue. En moyenne, le nombre d'années d'expérience en médecine générale des participants s'élève à 17 ans. Il est à noter qu'aucun des médecins n'a travaillé dans un dispensaire dans le

passé. Un des médecins du centre hospitalier n'a pas décrit son expérience en médecine générale et son ancienneté. Le médecin de l'urgence a quant à lui 15 années d'expérience en médecine générale. Le médecin cadre, lui-même médecin généraliste, possède 19 ans d'expérience en médecine générale. Enfin, le médecin du CLSC possède 37 années d'expérience en médecine générale. Il est à noter que ce médecin possède également 16 années d'expérience en région isolée particulièrement dans la communauté autochtone à l'étude.

### **Déroulement de l'étude**

Une lettre explicative a été envoyée au directeur des services de santé et à l'infirmière responsable du dispensaire, au directeur général du centre hospitalier et au directeur général du CLSC. Suite à l'envoi de cette lettre, une rencontre téléphonique a été réalisée avec chacune des personnes ci-haut mentionnées afin d'apporter davantage d'explication sur les objectifs de cette recherche et sur la pertinence pour les organisations et les acteurs. Après acceptation du projet, une rencontre a eu lieu avec le directeur général du centre hospitalier qui a procédé au recrutement des médecins participant dans son organisation. Un horaire de rencontres avec les médecins participants a été élaboré afin de procéder aux entrevues individuelles. Lors de ces entrevues, une lettre explicative a été distribuée aux médecins participants et une période de questions a été permise afin de mieux répondre à leurs interrogations. Ces médecins répondants ont donc pu consentir de façon libre et éclairée au projet de recherche et participer aux entrevues. Les mêmes démarches ont été faites auprès des infirmières répondantes du dispensaire et du médecin du CLSC. Pour chacune des entrevues, un

formulaire de consentement a été signé par les participants pour permettre la réalisation de cette étude (Appendice B).

### **Stratégie de collecte de données**

Selon Yin (1994) et Stake (2001), l'étude de cas permet l'utilisation de plusieurs sources de données. Yin (1994) mentionne également que la triangulation est une stratégie qui consiste à utiliser plusieurs sources de données afin d'apporter une certaine robustesse à l'étude. Toutefois, le temps alloué au projet et les délais à respecter dans le cadre d'une recherche de maîtrise obligent à faire la collecte de données uniquement à partir d'entrevues semi-structurées. Yin (1994) propose que l'entrevue semi-structurée soit la source de données à privilégier pour l'étude de cas. Un guide d'entretien a été développé à partir des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration de D'Amour (1997)(Appendice A), soit la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. Ainsi, ces quatre dimensions ont servi d'armature pour le déroulement de l'entretien en établissant des thèmes spécifiques et des sous-thèmes reliés au modèle conceptuel utilisé. Sept entrevues ont été réalisées d'une durée approximative de 60 minutes chacune. Avec la permission et le consentement des participants, les entrevues ont été enregistrées sur bande audio puis retranscrites intégralement pour en faciliter l'analyse.

### Stratégie d'analyse des données

L'utilisation d'un cadre de référence a permis de guider l'analyse des données. Yin (1994) favorise d'ailleurs l'utilisation d'un modèle conceptuel pour guider tout le processus de recherche, jusqu'à l'analyse des données. L'analyse a été faite selon les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration élaboré par D'Amour (1997) soit la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. Selon Yin (1994), l'analyse est plus complexe et difficile lorsque le chercheur est un novice en recherche. D'ailleurs, Yin (1994) propose d'utiliser une méthode d'analyse de données qualitatives comme celle proposée par Huberman et Miles (1991). L'analyse des données s'est fait en trois stades : la condensation, la présentation des données, l'élaboration ou la vérification des données.

Selon Huberman et Miles (1991), la condensation des données renvoie à l'ensemble des processus de sélection, de centration, d'abstraction et de transformation des données qui figurent dans la transcription des données. Elle s'opère continuellement dans tout le processus de recherche, se déroulant à travers toutes les étapes de l'étude qualitative. Ainsi, cette opération a débuté bien avant la collecte de données, soit durant le choix du cadre de référence, des questions de recherche, du devis d'étude et le choix des participants (Huberman & Miles, 1991). Ces différentes étapes ont contribué à la condensation anticipée des données. À travers la collecte de données, le chercheur a poursuivi d'autres phases de condensation soit par la création d'un système de codage, et s'est poursuivi également après le travail sur le terrain. En fait, la condensation est une forme d'analyse qui consiste à élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données

obtenues afin d'en tirer des conclusions. Durant la condensation, une liste préliminaire de codes a été défini en considérant le but de l'étude, les questions de recherche et le cadre de référence. Ces codes ont servi à identifier les catégories, les segments de textes du verbatim des participants afin de les analyser selon un cadre conceptuel. Huberman et Miles (1991) favorisent également la création du système de codage multiple, c'est-à-dire, d'avoir une participation d'autrui pour valider les codes déterminés. L'expertise d'une autre personne a permis ainsi de clarifier ces codes et d'augmenter la crédibilité des codes. L'application du système de codage s'est faite durant toute l'analyse des entrevues (Huberman & Miles, 1991). Pour faciliter cette activité analytique, l'auteur a utilisé un support informatique, soit le programme N.U.D.I.S.T. (Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing) afin d'organiser et de coder les données recueillies auprès des participants.

Dans la présentation des données, Huberman et Miles (1991) proposent différentes formes d'assemblage organisé d'informations permettant de tirer des conclusions précises. Dans cette étude, la forme qui a été privilégiée est le texte narratif, appuyée entre autres par des extraits de verbatim illustrant les résultats. Cette forme de présentation était pour l'auteur la plus pertinente pour les données qualitatives, bien que Huberman et Miles (1991) proposent d'autres formes de présentations soit des matrices, diagrammes ou tableaux.

L'élaboration et la vérification des conclusions représentent le troisième courant de l'activité analytique proposée par Huberman et Miles (1991). Cette troisième activité analytique a commencé dès le début du recueil des données, en identifiant les

régularités, les « patterns », les explications, les configurations possibles et les propositions (Huberman & Miles, 1991 ; Yin, 1994). Également, la vérification des conclusions a été fait en impliquant un experte sur la collaboration professionnelle, soit la directrice de cette recherche, dans le développement de la codification et dans la codification d'un entrevue.

### **Critères de scientificité**

Dans toute approche de recherche, il est important d'assurer la validation des données et la rigueur de l'étude. Pourtois et Desmet (1988) proposent des critères d'évaluation faisant un parallèle avec les critères de validité et de fiabilité connus dans les recherches quantitatives. Quatre critères sont donc proposés pour assurer la rigueur soit les critères de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité.

Tout d'abord, le critère de crédibilité se réfère à la garantie que le chercheur fournit afin d'assurer la qualité des observations effectuées, sans oublier l'exactitude des relations établies entre l'observation lors de l'interprétation. Selon Pourtois et Desmet (1988) et Huberman et Miles (1991), la triangulation des sources de données et la confrontation des données sont deux stratégies utiles pour garantir la qualité des données obtenues et pour assurer la crédibilité des données. Cependant, comme il a été question auparavant, l'usage exclusif d'une source de données, soit par les entrevues semi-structurées, a été adopté dans cette étude pour permettre au chercheur de respecter le temps alloué pour l'élaboration et l'application de cette étude de deuxième cycle. En plus, l'utilisation d'un cadre de référence a permis d'assurer la qualité de l'information

recueilli et sa crédibilité. Ainsi, l'utilisation du modèle de structuration de la collaboration (D'Amour, 1997) a permis d'assurer cette crédibilité des données. Yin (1994) mentionne que l'utilisation d'une proposition théorique lors de la collecte et de l'analyse permet d'assurer une validité interne adéquate. Également, l'auteur a procédé aussi à une consultation d'une spécialiste sur les processus de collaboration qui a permis d'assurer la validité des données et leur crédibilité. D'ailleurs, selon Pourtois et Desmets (1988), la consultation de spécialistes est une tactique utile pour assurer que les données sont valides et crédibles.

Le critère de transférabilité réfère aux conclusions auxquelles le chercheur aboutit, à savoir le transfert à d'autres contextes apparentés aux milieux (Pourtois & Desmets, 1988). Yin (1994) et Stake (2001) spécifient que le but ultime d'une étude de cas est la compréhension approfondie d'un phénomène rare et complexe, et non la généralisation. Donc, ce critère a été difficile à réaliser pour l'auteur. L'auteur peut cependant vérifier si les données obtenues auprès de d'autres études de même nature sont similaires ou divergentes à celles obtenues dans cette étude (Pourtois et Desmets, 1988). L'utilisation du modèle de structuration de la collaboration proposé par D'Amour (1997) dans cette étude, et l'utilisation de ce modèle à d'autres milieux et à d'autres contextes peut permettre d'assurer une forme de transférabilité des conclusions à d'autres contextes. Toutefois, le but de cette étude n'est pas de généraliser les résultats, mais plutôt de mieux comprendre les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières travaillant en région isolée auprès des

communautés autochtones et les médecins des organisations extérieures de la communauté.

Pourtois et Desmets (1988) identifient également le critère de constance interne afin d'assurer la rigueur de la recherche. La constance interne se réfère à l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles et systématiques du chercheur telles que l'expérience, la personnalité et le temps. L'auteur n'a utilisé ni la triangulation des méthodes de collecte de données, ni la confrontation de l'analyse des données par le chercheur et par le spécialiste qui pourtant aurait pu favoriser une constance interne. Cette décision a été prise à cause du temps restreint pour cette recherche et du travail laborieux que cela aurait exigé.

Pour terminer, le critère de fiabilité consiste à l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur (Pourtois & Desmets, 1988). La fiabilité d'une étude vise à éviter les biais pouvant être introduits par le chercheur lui-même. Cependant, l'auteur de cette étude a été conscient des jugements qu'il peut apporter pouvant influencer l'analyse et l'interprétation des résultats et s'est abstenu, le plus possible, de jugements lors de cette analyse et de cette interprétation. L'auteur est conscient que cela peut devenir une limite non négligeable car l'auteur travaille dans ce milieu, ce qui le rend encore plus conscient des possibilités de biais. Cette situation est discutée plus loin dans la partie portant sur les limites de l'étude.

### **Considérations éthiques**

En ce qui concerne l'éthique, ce projet a été soumis et accepté au comité d'éthique interfacultaire des sciences de la santé de l'Université de Montréal (Appendice D). Une lettre explicative a été remis à tous les participants dans lequel était expliqué clairement le but de l'étude et la nature de leur participation (Appendice C). Les participants ont été assurés de la confidentialité des données recueillies. La collaboration des participants s'est effectuée sur une base volontaire. Lors des entrevues, une période de questions a été permises afin de mieux répondre à leurs interrogations. Par la suite, un formulaire de consentement a été signé par les participants (Appendice B). Les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans que ne leur soit porté préjudice. Ces procédures ont permis d'assurer un consentement libre et éclairé auprès des participants. Également, les participants ont été informés que les données recueillies sur bande audio seraient retranscrites intégralement, et que les bandes audio seraient gardées sous clés en sécurité et détruites 5 années après le dépôt du présent mémoire.

## Chapitre IV : La présentation des résultats

La première partie de ce chapitre est consacrée à la description des milieux à l'étude et la deuxième partie présente les résultats de la recherche. Cette dernière porte sur les divers processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières d'une communauté autochtone sise en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à la communauté. Pour terminer, la dernière partie présente les données en fonction des facteurs structurels ressortis de l'analyse ayant une influence sur ces processus de collaboration.

### **Description des milieux à l'étude**

Trois milieux de recherche ont été sélectionnés pour mieux comprendre les divers processus de collaboration entre infirmières d'une communauté autochtone et médecins rattachés à des organisations extérieures à la communauté. Les trois établissements sont un dispensaire en région isolée, un CLSC et un centre hospitalier. Le dispensaire fonctionne en interaction avec les deux autres établissements, afin d'offrir des services de santé à la communauté autochtone.

#### *Description du dispensaire en région isolée*

Le dispensaire à l'étude est situé à 100 km du CLSC le plus proche et à 200 km du centre hospitalier le plus proche. La population desservie par le dispensaire s'élève à 1 900 personnes, dont 60 % est âgé de moins de 25 ans. La population est jeune comparativement à la société québécoise où la population vieillit de plus en plus. Pour assurer l'ensemble des services, au total sept infirmières soignantes et une infirmière responsable travaillent au dispensaire, dont deux infirmières couvrent les heures de

garde le soir, la nuit et la fin de semaine. Deux infirmières sont d'origine autochtone, et les autres infirmières sont allochtones. Le dispensaire est la porte d'entrée du système de santé et les infirmières sont les seules professionnelles de la santé qui assurent ces services de santé.

Plusieurs programmes de santé communautaire y sont offerts soit : la santé maternelle, la santé infantile, la santé scolaire, la santé des femmes, le programme des maladies chroniques, les soins à domicile, un programme concernant les maladies à déclaration obligatoire et un dernier concernant la sécurité sur le territoire (Services de santé Atikamekw, 1995). En plus de voir à l'application de ces programmes, les infirmières assurent les services de consultation externe pour la population.

Les programmes des maladies chroniques et dégénératives, les soins à domicile et la clinique externe retiennent l'attention dans cette étude à cause de la complexité des soins, et, par le fait même, de la nécessité de collaborer entre professionnels.

Le programme visant les maladies chroniques et les soins à domicile assure le suivi des personnes ayant des problèmes de santé chronique. L'infirmière fait le suivi et assure la coordination entre les différents professionnels de la santé impliqués dans le processus de soins des personnes admises. Les objectifs généraux pour le diabète sont les suivants : assurer la surveillance de l'état de santé des personnes souffrant de diabète, aider ces personnes à comprendre et à contrôler leur maladie, en leur offrant un programme local d'enseignement sur le diabète et sensibiliser la population à la problématique locale de cette maladie (Services de santé Atikamekw, 1995). Les objectifs généraux pour l'hypertension artérielle sont les suivants : diminuer l'incidence

des maladies cardio-vasculaires par le dépistage précoce de l'hypertension artérielle, assurer aux personnes souffrant d'hypertension artérielle un suivi systématique répondant à leurs besoins individuels et diminuer l'incidence de l'hypertension artérielle en diffusant de l'information à la population adulte de la communauté (Services de santé Atikamekw, 1995).

Pour le programme des soins à domicile, il s'agit d'assurer la surveillance de l'état de santé des personnes atteintes d'anomalies congénitales ou d'un handicap physique ou mental, de même que celui des personnes vieillissantes et des personnes en processus de perte d'autonomie, de faciliter le maintien à domicile des personnes en phase terminale ou en période de convalescence prolongée, des personnes handicapées et des personnes âgées, ainsi que de privilégier les actions du milieu qui favorisent une meilleure intégration à la communauté des personnes handicapées et des personnes en processus de perte d'autonomie (Services de santé Atikamekw, 1995).

En plus de leur implication dans les programmes, les infirmières font de la consultation externe. La clinique sans rendez-vous a pour but d'offrir des soins curatifs et préventifs à la population desservie. À cause de l'éloignement et du manque d'effectifs médicaux, les infirmières sont appelées à exercer une pratique élargie, et à poser des gestes réservés aux médecins, soit : de prescrire des examens diagnostiques, exemple l'ECG per douleur, de poser un diagnostic pour toutes infections courantes, de prescrire certains médicaments et d'appliquer certaines techniques médicales, par exemple, la réparation des lacérations peu profondes par des points de sutures. Lors de situations cliniques plus complexes, les infirmières procèdent à des consultations

médicales téléphoniques en communiquant avec un médecin dans les cas où elles ont besoin de conseils et d'assistance pour assurer des soins sécuritaires et pour permettre une meilleure intervention thérapeutique auprès du client. Pour les urgences, le dispensaire est muni d'une petite salle d'urgence peu équipée. Les infirmières assurent la stabilisation, le traitement et le transfert des patients en ambulance vers le CLSC ou le centre hospitalier le plus proche. Les infirmières en région isolée exerçant une pratique élargie doivent donc travailler de manière indépendante tout en reconnaissant que la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle demeure essentielle à la prestation des services de santé complets et sécuritaires.

#### *Description des liens avec le CSLC à l'étude*

Le CLSC offre, en première ligne, des services de santé, des services sociaux et des services d'action communautaire de nature préventive et curative, de réadaptation et de réinsertion. En plus de ses programmes, le CLSC offre des consultations médicales avec ou sans rendez-vous, des consultations avec une infirmière, des services de prélèvements et des services d'info-santé. Pour faire face aux urgences, un médecin effectue des services de garde 24h sur 24h, 7 jours sur 7.

Le CLSC compte cinq à sept médecins généralistes. De ce nombre, seulement trois médecins détiennent un poste à temps complet, les autres se partagent des disponibilités de quelques jours par mois à quelques jours par semaine. Le CLSC étant l'établissement de santé le plus rapproché de la communauté autochtone, les médecins assurent aux infirmières du dispensaire une disponibilité pour des consultations téléphoniques, dans les situations où l'infirmière a besoin de conseils et d'assistance

pour assurer des services sécuritaires. Le nombre total des consultations médicales téléphoniques faites par les infirmières du dispensaire aux médecins du CLSC est de 144 appels pour l'année 2001. De ceux-ci, 66 appels sont jugés urgents ou semi-urgents, soit 45,8 % des appels. Toutefois, ces statistiques peuvent manquer de fiabilité pour diverses raisons, notamment l'absence de précision des personnes qui inscrivent les données servant à établir les statistiques.

#### *Description des liens avec le centre hospitalier à l'étude*

Le centre hospitalier à l'étude est un centre à multiples vocations offrant des soins généraux et spécialisés en santé physique, en psychiatrie, en réadaptation et en soins de longue durée. Le centre est reconnu comme étant un centre de traumatologie accrédité de niveau secondaire.

Le centre hospitalier dessert une population de 383 347 personnes. Les données tirées des fichiers informatisés pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2002 y dénombrent près de 14 671 admissions, 276 079 jours d'hospitalisation, 96 093 visites ambulatoires et 49 862 visites à l'urgence. Pour l'année 2001-2002, 357 usagers de la communauté autochtone à l'étude ont été hospitalisés, soit 2,4 % des hospitalisations. Ce nombre représente près de 17,9 % de la population autochtone. Aussi, 534 usagers autochtones se sont présentés aux services d'urgence, soit 1,1 % des visites répertoriées à l'urgence. Ce nombre représente près de 26,7 % de la population autochtone.

Le centre hospitalier compte près de 200 médecins et 700 infirmières. Les omnipraticiens assurent les soins médicaux de première ligne, soit l'urgence, les soins intensifs, l'hospitalisation, la gériatrie, l'obstétrique, la pédiatrie et les soins palliatifs.

Des médecins spécialistes de toutes les spécialités médicales interviennent en deuxième ligne, soit en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en néphrologie, en dermatologie, en rhumatologie, en hémato-oncologie, en infectiologie et en chirurgie. Les services d'urgence et l'hospitalisation retiennent l'attention de la présente étude. Ainsi, l'urgence regroupe un noyau important de médecins à temps complet, soit près de 17 médecins. En hospitalisation, le centre dispose de huit groupes de médecins prenant en charge un maximum de 18 à 25 patients hospitalisés. Ces groupes de médecins totalisent près de 45 médecins.

### **Résultats relatifs à la question de recherche**

Les résultats obtenus sont présentés en fonction de la question de recherche mentionnée qui vise à mieux comprendre les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières d'une communauté autochtone en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à la communauté. Le modèle de structuration de la collaboration élaboré par D'Amour (1997) a été utilisé comme armature pour la présentation des données. Dans ce modèle, les quatre dimensions suivantes sont essentielles pour mieux comprendre une action collective entre les différents intervenants : la formalisation, la finalisation, la délégation et l'intériorisation. Toutefois, cette étude a permis de ressortir quelques facteurs structurels ayant une influence sur ces processus de collaboration et sont présentés dans cette section.

### **Formalisation de la collaboration infirmières/médecins**

Comment s'exerce la collaboration entre les infirmières dans une communauté autochtone en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à cette communauté ? Des règles de conduite et des procédures existent. Elles constituent une structure plus ou moins formelle et non officielle, et elles sont le centre d'intérêt de cette première dimension.

#### *Existence d'ententes interorganisationnelles*

Les interactions entre les infirmières en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à la communauté demeurent assez informelles. Tous les participants à l'étude affirment qu'il existe peu d'ententes formelles sur les processus de collaboration entre les professionnels et entre les établissements concernés. Les infirmières se réfèrent à des guides de pratique clinique élaborés par Santé Canada. Le contenu de ces guides présente les règles de conduite lors de situations cliniques spécifiques à une pathologie, les rôles et responsabilités de l'infirmière ainsi que les procédures à suivre pour permettre l'échange d'informations entre infirmières et médecins, lors des situations plus complexes. Ces guides permettent aux infirmières d'exercer leur pratique infirmière élargie en l'absence des médecins dans ces régions isolées. Toutefois, selon l'ensemble des infirmières participant à l'étude, ces guides de pratique clinique n'ont fait l'objet d'aucune entente interorganisationnelle permettant d'officialiser ces guides ou de les entériner. À ce sujet, une infirmière du dispensaire affirme :

*« Quand je parlais ...des guides de pratique clinique, on n'en a aucun qui est officialisé. On travaille beaucoup ...dans des zones grises, (...) on est*

*constamment dans des zones grises. On a tous les outils pour nous aider à travailler, ne serait-ce ... des guides de Santé Canada. On a tous les outils, mais on n'a aucun outil qui est validé par aucune autorité. » Entrevue #1 (286-291)*

Les infirmières exercent donc une pratique élargie selon des règles et procédures adoptées et entérinées par Santé Canada dans les autres provinces, mais qui ne sont pas entérinées par les médecins des établissements de santé du Québec. Cependant, la responsable des soins infirmiers de cette communauté autochtone affirme que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre hospitalier avait entériné ces guides de pratique clinique de Santé Canada en 1994. Ces guides comportaient des actes médicaux réservés aux médecins et, donc, habituellement non délégués aux infirmières. Cette délégation, bien que non conforme à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.R.Q., c. I-8) et à la *Loi médicale* (L.R.Q., c. M-9), semble être en vigueur, car aucun avis n'a été envoyé au responsable affirmant la non-reconnaissance des protocoles pour le dispensaire. À ce sujet, une infirmière affirme :

*« Donc, il y a ... les guides de pratique clinique qui sont là, qui sont des balises. Maintenant, malheureusement, il n'y a pas d'actes médicaux autres que la vaccination qui sont officiellement délégués au Dispensaire. (...) Sauf qu'à un moment donné, le CMDP du centre hospitalier avait délégué les guides de Santé Canada. C'est toujours en vigueur parce qu'ils n'ont jamais envoyé de lettre nous disant que ce n'était plus délégué. Maintenant, ce sont des guides cliniques de Santé Canada datant depuis la prise en charge en 94, donc ça fait neuf ans (...) Pis c'est la seule communauté, le seul dispensaire des Premières Nations dans toute la province qui a eu les guides cliniques délégués par un CMDP. » Entrevue #5 (258-271)*

Il semble avoir une confusion sur la reconnaissance ou non des guides de pratique clinique existante au dispensaire par le centre hospitalier. Pour certaines infirmières, aucune entente formelle écrite et explicite ne reconnaît ces guides, alors que

pour la responsable des soins infirmiers, il y a déjà eu reconnaissance dans les années antérieures.

### *Les mécanismes de communication et de consultation*

Les différents mécanismes de communication et de consultation permettant la transmission des informations entre les infirmières et les médecins intègrent cinq mécanismes, soit : la consultation médicale téléphonique, la feuille de consultation médicale, la feuille de liaison, la feuille sommaire d'hospitalisation et l'information par le client. Ces différents mécanismes sont décrits plus en détail dans les sections suivantes.

#### *Consultation médicale téléphonique*

Lorsque l'infirmière a besoin de conseils et d'assistance médicale pour assurer des soins sécuritaires au client qui consulte, la consultation médicale téléphonique est le mécanisme de communication mis en place permettant d'assurer la transmission des informations entre une infirmière et un médecin. Lors de ces communications, la consultation est transcrite sur formulaire et contient les informations cliniques données par l'infirmière au médecin, l'avis médical et les prescriptions verbales du médecin. Par la suite, ce formulaire est envoyé par télécopieur au médecin. Le médecin a comme responsabilité de contresigner son avis médical et ses ordonnances dictées à l'infirmière durant la consultation téléphonique. Ce mécanisme a été adopté afin de mieux répondre aux besoins de santé du client et de permettre à l'infirmière d'intervenir adéquatement auprès de la clientèle. À ce sujet, un médecin explique :

*« R. Bon, c'est des informations qui sont souvent cliniques. L'infirmière nous appelle et nous présente une situation clinique. Elle nous demande ce qu'on en pense, à savoir s'il devrait être dirigé chez nous ou pas. Si elle devrait lui donner certains antipyrétiques ou analgésiques de faible intensité. Et souvent, c'est de l'information clinique. » Entrevue #3 (22-25)*

Ce mécanisme existe exclusivement entre l'infirmière du dispensaire et les médecins du CLSC, il n'y a cependant pas d'entente précise à ce sujet.

#### *Feuille de consultation médicale*

La feuille de consultation médicale est le mécanisme de communication le plus utilisée pour permettre l'échange d'informations cliniques entre les infirmières du dispensaire et les médecins des autres organisations. Cette feuille est utilisée lorsque les infirmières réfèrent un client à un médecin ou lorsque le client se rend à son rendez-vous médical. Ce mécanisme permet d'assurer la continuité des services auprès du client. La feuille de consultation revient à l'infirmière et contient le diagnostic médical, les ordonnances ainsi que les recommandations du médecin. À ce sujet, une infirmière affirme :

*« R. Lorsque le bénéficiaire quitte pour aller consulter son médecin, il part toujours avec, ce qu'on appelle, une feuille de consultation où on écrit la raison de la consultation et le médecin, lui aussi, nous écrit son diagnostic et ses recommandations ou son plan de traitement médical. C'est fait sur papier et ça reste dans le dossier du patient, mais il y a des choses aussi qui se font verbalement par téléphone. » Entrevue #2 (73-76)*

Les médecins du centre hospitalier utilisent peu ce mécanisme et évoquent quatre problèmes principaux rattachés à l'utilisation de cette feuille. Ces problèmes sont les suivants :

- 1) le manque d'incitatifs financiers pour les médecins ;

- 2) la complexité du formulaire ;
- 3) la pertinence de transmettre certaines informations aux infirmières ;
- 4) et le fait qu'ils considèrent cette feuille plutôt comme un mode de formation continue pour les infirmières du dispensaire.

À cet effet, un médecin affirme :

*« R. C'est sûr que la continuité se fait de façon écrite. Et c'est sûr que ce n'est pas unanime pour tous les gens de l'urgence qu'il est nécessaire d'écrire parce qu'on a vu un patient de cette communauté, ... parce qu'il a une otite, au même titre, qu'un patient de la ville, qu'il faut écrire qu'on a fait la prescription d'antibiotique pour la pharmacie et en plus, il faut écrire pour l'infirmière de cette communauté qu'on donne un antibiotique. » Entrevue #3 (121-126)*

Les médecins du centre hospitalier n'étant pas rémunérés pour remplir le formulaire sont moins motivés à l'utiliser de façon systématique. Les médecins affirment qu'il y a un problème de rémunération lorsqu'il s'agit de remplir ces formulaires de consultation apportés par les clients. Aussi, il semble que les médecins du centre hospitalier trouvent cette feuille de consultation complexe à compléter. La majorité des médecins s'entendent aussi sur le fait qu'il n'est pas toujours pertinent de consigner par écrit le résumé de la consultation à l'infirmière du dispensaire. Les médecins participants considèrent que ces résumés de consultation constituent surtout une contribution à la formation continue des infirmières. La feuille de consultation n'est donc plus remplie systématiquement. À ce sujet, un médecin affirme :

*« Pis deuxièmement, ce n'était pas toujours pertinent. Pertinent je parle pour le patient. Je ne parle pas pour la formation de l'infirmière, c'est probablement très pertinent pour elle mais ce n'est pas notre rôle puis on n'a pas le temps. Par contre, on a demandé aux médecins de continuer à remplir ces feuilles quand*

*c'est pertinent. C'est-à-dire, par exemple, une plaie qu'il faudrait qu'une infirmière change de pansement tous les deux jours et le revoir dans une semaine. (...) On va leur dire! Oui, là on répond à la requête parce qu'on s'attend quelque chose d'elle, on veut qu'elle fasse quelque chose. (...) Et là, la feuille jaune a toute sa pertinence, ... » Entrevue #4 (151-164)*

Les résultats démontrent qu'il existe des attentes divergentes sur l'utilisation d'un tel mécanisme. En effet, les attentes des infirmières ne concordent pas nécessairement avec celles des médecins, ce qui engendre des insatisfactions reliées au processus de collaboration professionnelle et organisationnelle.

#### *Feuille de liaison*

Les processus de collaboration entre les infirmières du dispensaire et les infirmières du centre hospitalier semblent être plus satisfaisants qu'avec les médecins du centre hospitalier. La feuille de liaison permet la transmission des informations aux infirmières du dispensaire sur le séjour à l'hôpital. Cette feuille est fort appréciée par les infirmières du dispensaire, car elle permet d'assurer une continuité des services. À ce sujet, une infirmière souligne :

*« On reçoit la feuille de liaison de l'infirmière du centre hospitalier. On assure le suivi et on a une communication avec cette infirmière, ne serait-ce que pour vérifier si on a bien reçu son fax. Des fois, on a des problèmes avec les lignes téléphoniques et de télécopie. Bien, il y a une collaboration entre ces deux personnes-là pour assurer le suivi du bénéficiaire qui sort de l'hôpital. »  
Entrevue #2 (92-98)*

Cependant, ce mécanisme de transmission des informations n'est pas utilisé systématiquement pour tous les clients hospitalisés. Seulement ceux demandés par les médecins sont acheminés à l'infirmière de liaison. Selon les répondants, les médecins du centre hospitalier semblent utiliser davantage les services de l'infirmière de liaison

lorsqu'un suivi plus structuré est à prévoir pour le client, soit pour les changements de pansement, soit pour l'évaluation de l'observance aux traitements. À ce sujet, un médecin du centre hospitalier explique :

*« R. Comme dans tous les protocoles du virage ambulatoire, que ça soit anticoagulothérapie, antibiothérapie intra-veineuse, il y un lien qui se fait entre l'infirmière de liaison de l'hôpital et le dispensaire. En tout cas, nous, on transmet le dossier et les prescriptions à l'infirmière de liaison, et possiblement qu'elle fait le lien avec l'infirmière de cette communauté pour que le suivi soit fait, soit prise de sang, soit administration d'antibiotique ou d'héparine. Au même titre que ... les CLSC environnants pour le reste de la population. »*  
Entrevue #3 (54-60)

Il semble que les infirmières s'attendent à ce que cette feuille de liaison soit envoyée systématiquement pour tous les clients hospitalisés pour assurer la transmission des informations entre les organisations. Toutefois, les médecins utilisent cette feuille seulement lorsqu'il y a des suivis à assurer pour le client.

#### *Feuille sommaire d'hospitalisation*

La feuille sommaire d'hospitalisation remplie par le médecin du centre hospitalier lors du congé semble être appréciée par les infirmières du dispensaire pour les informations cliniques que cette feuille comporte. Or, selon les médecins, ce mécanisme n'est utilisé que lorsque le client a un médecin de famille, sinon la feuille sommaire reste dans le dossier du patient. À ce sujet, un médecin affirme :

*« R. De toute façon pour tout le monde, ce qu'on fait, c'est un résumé de dossier complet pour tout patient qui quitte le centre hospitalier et, c'est sûr qu'en bas de la feuille sommaire, on indique le nom du médecin traitant. Et il y a un gros vide à votre niveau. Souvent, on n'a pas de médecin... »* Entrevue #3 (149-152)

*Le client comme mécanisme de transmission des informations*

Pour certaines infirmières, la personne soignée peut faciliter la transmission des informations pertinentes en apportant un résumé de la consultation médicale. À cet effet, une infirmière signale :

*« ..., moi, je vais passer souvent par la personne, avant, pour avoir mes informations, des fois elle ne sait pas trop. Des fois, il faut appeler le médecin. »*  
Entrevue #1 (395-397)

En résumé, les données obtenues sur la dimension de la formalisation démontre qu'il existe des règles sous forme de guides de pratique clinique. Cependant, il semble avoir une confusion sur la reconnaissance ou non de ces guides existantes au dispensaire par le centre hospitalier. En effet, ces guides ne semblent pas être reconnus par les instances médicales impliquées. De plus, les résultats obtenus montrent qu'il existe des mécanismes de communication et de consultation mais qu'ils ne semblent pas être utilisés de façon systématique et font l'objet de revendications. Ces mécanismes ne semblent pas être consensuels entre les différents acteurs, car des litiges sont évoqués par les médecins participants. Ceux-ci évoquent des problèmes de rémunération lorsqu'il s'agit de remplir les formulaires de consultations apportés par les clients. Ils considèrent également que ces résumés de consultations constituent surtout une contribution à la formation continue des infirmières.

### Finalisation de la collaboration infirmières/médecins

Cette dimension est étudiée en abordant la conception de la collaboration des professionnels de la santé impliqués, leurs finalités et leurs intérêts relativement à la collaboration.

#### *Conception de la collaboration*

Les résultats de l'étude montrent l'existence d'une divergence quant à la conception de la collaboration. Les infirmières définissent la collaboration en terme de complémentarité, de collégialité et de partenariat. Selon ces dernières, la collaboration implique un échange d'informations, une communication adéquate et un respect mutuel. La collaboration est également définie en termes de travail d'équipe et d'interdépendance. Les infirmières soulignent l'importance de deux aspects : la concertation et la prise de décision conjointe. À ce sujet, une infirmière explique :

*« R. Je pense que par échanges d'informations, oui au point de départ, c'est essentiel. Je pense que vraiment c'est essentiel, mais il devrait y avoir même concertation quant à certaines décisions qui devraient être prises en regard de certaines situations de certains bénéficiaires. » Entrevue #5 (129-131)*

Les infirmières introduisent le concept de pratique élargie dans la définition donnée à la collaboration. Ainsi, la collaboration correspond au fait que les infirmières, les médecins du CLSC et les médecins du centre hospitalier doivent permettre l'établissement des actes partagés permettant la reconnaissance de l'exercice de la pratique infirmière élargie en région isolée. Cette définition nécessite une reconnaissance des guides de pratique clinique utilisés par les infirmières. À ce sujet, une infirmière ajoute :

*« Donc, moi je vois ça dans une perspective, non-pas de s'encarcanner dans du corporatif, mais de dépasser ces frontières de corporation, dans une perspective de complémentarité et de collaboration. Mais vraiment de complémentarité et de collégialité et de partenariat. » Entrevue #5 (117-119)*

Pour les médecins du CLSC et les médecins du centre hospitalier, le pouvoir et l'autorité sont deux concepts qui sont identifiés dans la définition de la collaboration. Ils permettent aux médecins d'avoir plus de pouvoir sur la prise de décision. Les médecins définissent la collaboration en fonction des liens hiérarchiques existant entre les médecins et les infirmières.

Certains médecins définissent la collaboration en termes d'échanges d'informations et de renseignements. Cependant, ces échanges n'ont pour but que d'aider à l'établissement du diagnostic. Les médecins affirment également que l'infirmière et le médecin font partie d'une équipe, mais que le médecin reste le maître d'équipe. À ce sujet, un médecin confirme :

*« R. La collaboration ... j'ai toujours pensé que le médecin c'est quelqu'un qui fait partie d'une équipe et puis, qui est peut-être un peu plus haut dans la hiérarchie parce qu'il est médecin, l'autre est infirmière, mais je pense que la collaboration est absolument essentielle... Entrevue #7 (120-124)*

#### *Finalités de la collaboration*

Les finalités impliquent l'existence des buts communs dans les processus de collaboration infirmières/médecins. Malgré une divergence marquée dans la conception de la collaboration, les infirmières du dispensaire, les médecins du CLSC et les médecins du centre hospitalier ont, comme finalité principale, le bien-être du client. Ainsi, les infirmières du dispensaire et les médecins consultés poursuivent des buts

communs tels que maximiser les services offerts à la population, assurer la continuité des services et améliorer la santé de la population. À ce sujet, une infirmière affirme :

*R. Moi, quand je parle de collaboration entre infirmières/médecins, je le vois dans une perspective de maximiser les services pour le bien-être du client. (...) cette collaboration doit avoir pour objectif primordial et fondamental, le mieux-être du patient. ... toutes les chances du côté du patient en maximisant, en mettant le maximum qu'on peut mettre pour lui donner les services qu'ils soient médicaux ou infirmiers, ... qu'est-ce qui répond adéquatement à sa condition, à la condition du client. » Entrevue #5 (110-116)*

Les résultats montrent que les infirmières du dispensaire ainsi que les médecins rattachés à d'autres organisations extérieures poursuivent des objectifs communs qui visent avant tout à favoriser la continuité et l'intégration des services.

Les résultats relatifs à la dimension de la finalisation montrent l'existence d'une vision divergente de la collaboration infirmières/médecins. D'une part, les infirmières définissent la collaboration comme le partage d'informations et de décisions, et l'identification et la reconnaissance des actes partagés par les infirmières et les médecins. D'autre part, les médecins définissent cette collaboration à travers le pouvoir et l'autorité du médecin dans les processus de collaboration. Bien que les acteurs n'aient pas de vision commune de la collaboration, il reste que les médecins et les infirmières poursuivent des objectifs communs bien définis.

### **Intériorisation de la collaboration infirmières/médecins**

La dimension de l'intériorisation est étudiée en regard des trois aspects suivants : les processus d'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance et le partage des responsabilités.

*Le processus d'interconnaissance*

Les données révèlent qu'il existe des relations satisfaisantes avec les médecins du CLSC, mais que les relations sont plutôt difficiles avec les médecins du centre hospitalier à l'étude. Il semble que le processus d'interconnaissance soit le point central de cette problématique. Pour l'ensemble des infirmières, la collaboration infirmières/médecins demeure difficile pour trois raisons :

- 1) les médecins ne connaissent pas les services offerts par les infirmières à la population desservie ;
- 2) ils ignorent la pratique élargie d'une infirmière oeuvrant dans un dispensaire ;
- 3) et l'éloignement est considéré comme une entrave à la collaboration.

La plupart des infirmières affirment que les médecins ne connaissent ni la réalité professionnelle de leur pratique élargie en région isolée ni les services offerts dans la communauté. À cet effet, une infirmière affirme :

*« R. Au point de départ, la méconnaissance est présente. Si on n'est pas connu, si nos services de santé ne sont pas connus par les services de santé de la province, que ça soit les CLSC (...) la preuve a été faite quand ils sont venus. Donc, on parle de méconnaissance (...), c'est de dire ignorer l'existence réelle des choses. Donc, méconnaissance et ignorance sont des facteurs qui peuvent jouer. » Entrevue #5 (356-360)*

Cependant, l'infirmière responsable et la responsable des soins infirmiers du dispensaire sont conscientes de la nécessité de mieux se connaître de part et d'autre, et trouvent important qu'il y ait des rencontres entre les infirmières et les médecins ainsi qu'avec les gestionnaires des autres organisations. Ces rencontres auraient comme

objectif de faire connaître la réalité professionnelle des infirmières en région isolée.

À cet effet, une infirmière précise :

*« L'inverse est aussi vrai. L'infirmière de cette communauté qui appelle le médecin du CLSC, et l'infirmière que ça fait quatre ans qu'elle est à cette communauté qui appelle et que c'est un nouveau médecin, heu... sans mettre en doute les compétences, on ne peut pas parler de confiance absolue parce qu'il n'y a pas de connaissance mutuelle. »* Entrevue #5 (211-214)

Les entrevues menées auprès des médecins du CLSC et du centre hospitalier confirment ces constats faits par les infirmières. La plupart des médecins du centre hospitalier affirment qu'ils connaissent peu le travail des infirmières, la pratique infirmière élargie et les services offerts à la communauté. Cependant, les médecins sont conscients que la pratique infirmière élargie n'est pas médicalement très encadrée, ce qui les rend mal à l'aise. À ce sujet, un médecin affirme :

*« Des fois, nous autres, on a l'impression qu'il se fait peut-être des interventions là-bas qui semblent non justifiées, mais ils nous manquent des informations pour les juger. Du ventolin donné, des traitements donnés, ... on ne sait pas trop si c'est des actes délégués? J'ai l'impression qu'il se fait des choses là-bas, et on se demande dans quelle structure c'est fait. Si c'est des actes délégués ou des protocoles. (...) Ce sera à préciser. Dès fois, on se demande s'il n'y pas des amorces de traitements sans qu'il n'y ait pas nécessairement de diagnostic précis. C'est mon impression et je pense que c'est l'impression de certains collègues. Je pense que c'est ça qui ne favorise pas un climat de confiance. »* Entrevue #3 (172-179)

Les données montrent que les médecins du centre hospitalier ne connaissent pas la qualité, la pertinence et la fiabilité des programmes de santé offerts à la communauté. Ils croient que ces programmes sont peu structurés à cause d'un manque de participation médicale dans leur élaboration et leur évaluation. Cette méconnaissance fait qu'ils ont tendance à référer les clients pour des suivis au CLSC plutôt qu'au dispensaire. À ce sujet, un médecin s'exprime :

*« R. Le problème, c'est ça. C'est qu'on ne sait pas quel genre de services donne le dispensaire, tu sais, (...) même si on nous dit qu'ils offrent ce service-là, jusqu'à quel point ce service-là est bon ou à risque. » Entrevue #4 (402-404)*

Les entrevues menées auprès des infirmières et des médecins confirment que les professionnels ne se sont presque jamais rencontrés. Autant les infirmières que les médecins pensent que des rencontres devraient se faire pour développer des stratégies pour mieux se connaître réciproquement et pour favoriser l'établissement d'une bonne collaboration infirmières/médecins. Certains médecins proposent des rencontres avec les gestionnaires et les intervenants qui permettraient de promouvoir une meilleure connaissance des rôles de chacun et une collaboration accrue. À ce sujet, un médecin affirme :

*« R. Moi, dans ma perception, ils ne se connaissent pas. Bien, ils ne se connaissent pas ...personnellement. Ils ne se sont, à mon avis et en ma connaissance, jamais rencontrés. S'ils se rencontraient, on pourrait mettre un nom et un visage sur une voix ou sur un bout de papier. » Entrevue #6 (233-236)*

Les résultats montrent que les infirmières et les médecins ne se connaissent pas, et que ces derniers ont des préjugés sur le rôle des infirmières et sur les services qu'elles dispensent à la communauté.

#### *La relation de confiance entre infirmières/médecins*

Les données de l'étude montrent une relation étroite entre le processus d'interconnaissance et l'établissement d'une relation de confiance. Dans cette étude, il ressort que la relation de confiance semble exister, mais reste fragile avec les médecins du CLSC. Ces médecins acceptent les risques associés à l'éloignement et démontrent une certaine ouverture à la réalité des services donnés en région isolée. La construction

de la relation de confiance entre le dispensaire et le CLSC est influencée par deux facteurs importants : l'interconnaissance et l'acceptation des compétences des infirmières.

Les infirmières sont d'avis qu'il faut se connaître mutuellement pour que s'établisse une bonne relation de confiance. Les carences dans l'interconnaissance rendent fragile la relation de confiance en voie de s'établir. À ce sujet, une infirmière affirme :

*« R. Entre les infirmières du dispensaire et les médecins du CLSC, la confiance, elle est très bonne à mon avis, tant et aussi longtemps que le médecin connaît l'infirmière ou qui a déjà eu à faire avec cette infirmière. »* Entrevue #5 (200-205)

Cependant, la relation de confiance est inexistante entre les infirmières du dispensaire et les médecins du centre hospitalier. Le manque de connaissance de la part des médecins du centre hospitalier face aux services donnés par les infirmières en dispensaire et à leur pratique élargie sont deux raisons évoquées par les infirmières pour expliquer cette absence de confiance. À ce sujet, une infirmière mentionne :

*« Si l'infirmière fait appel directement à un médecin du centre hospitalier, ... le médecin ne connaît pas et souvent ne sait pas quel genre de pratique se fait au dispensaire, et eux aussi ont un roulement de personnel, et eux aussi sont en pénurie d'effectifs médicaux. Alors, ça donne ce que ça donne. Je pense que le climat de confiance, en tout cas, du centre hospitalier vers le dispensaire n'est pas très élevé. »* Entrevue #5 (219-224)

Les médecins du centre hospitalier ne font pas confiance aux infirmières du dispensaire, parce qu'ils ignorent leurs programmes, et parce que la pratique élargie de leur profession souffre d'une carence de supervision médicale. Ce manque de confiance

va jusqu'à éviter de transférer les clients dans la communauté pour deux raisons particulières : l'absence au dispensaire de professionnels de la santé, à l'exception des infirmières, et le fait que les médecins ne sont pas impliqués dans l'élaboration des programmes. À ce sujet, un médecin confirme :

*« Dans le cas d'un dispensaire éloigné, je n'ai aucune idée si, (...) est-ce qu'il y a des gériatres dans le programme? Est-ce que l'équipe de gériatrie du centre hospitalier est impliquée là dedans ? (...) Et si l'infirmière du dispensaire fait un programme de maintien à domicile, de MPOC ou d'insuffisance cardiaque qu'elle a pitonné elle-même, qui n'a pas été supervisé par personne, qui n'est jamais évalué. Puis on ne sait pas du tout si c'est à jour, bien fait, mal fait, on ne le sait pas. Donc, moi je ne peux pas envoyer quelqu'un en disant : écoute, fait moi un virage ambulatoire de MPOC, il n'y a même pas de pneumologue dans le dossier, ou ça se rend pas là, il n'y a même pas d'inhalothérapeute qui va au dispensaire, probablement pas, je suppose que non. Bien, dans fond, je ne le sais pas. Il y en aurait un, je ne le saurais même pas, s'il y a un inhalothérapeute. On a de la misère à savoir quel genre de services, ils ont le droit. Si ça existait, je le saurais. » Entrevue #4 (412-430)*

Les médecins du centre hospitalier trouvent difficile d'établir une relation de confiance avec les infirmières du dispensaire parce qu'ils ne connaissent pas nécessairement l'étendue de leurs pratiques. Ils affirment également qu'elles ont une pratique élargie, mais qu'elles n'ont pas nécessairement la formation et les compétences que requièrent une telle pratique. Voilà pourquoi, les infirmières doivent toujours faire la preuve de leurs compétences auprès des médecins.

La formation et les compétences des infirmières travaillant au dispensaire sont deux facteurs importants dans l'établissement d'une relation de confiance. Les infirmières du dispensaire doivent constamment démontrer leurs compétences cliniques auprès des médecins du CLSC et des médecins du centre hospitalier lors des

consultations médicales téléphoniques. Et, les infirmières ont le sentiment que les médecins du centre hospitalier ne reconnaissent pas leurs compétences cliniques.

Les entrevues menées auprès des médecins du centre hospitalier viennent confirmer les inquiétudes vécues par les infirmières de ne pas être reconnues comme compétentes professionnellement. Les médecins ne reconnaissent que les infirmières qui possèdent la formation, les compétences, ainsi que l'expérience qui sont en conformité avec les normes de pratique reconnues en médecine. Les médecins n'accorderont leur confiance aux infirmières que s'ils sont convaincus que la formation et la compétence de ces dernières sont conformes aux normes établies par le Collège des médecins. À ce sujet, un médecin s'exprime :

*« C'est sûr qu'au moment où les gens, et c'est là où le climat de confiance, du moment où on sent que les gens là-bas ont la même formation que nous autres, au niveau professionnel, c'est les mêmes individus, les mêmes exigences et les mêmes contrôles. Je pense qu'à ce moment-là, au niveau corporatif, je ne pense pas qu'il y ait problème. Ça restera des choses à vérifier. Je pense que tant qu'on a des préjugés face à ça, c'est sûr que ça ne favorise pas les contacts puis l'instauration d'échanges ou de protocoles établis. » Entrevue #3 (220-226)*

Les entrevues ont démontré que des liens étroits existent entre le processus d'interconnaissance et la relation de confiance. Les résultats confirment aussi que la relation de confiance entre les infirmières du dispensaire et les médecins du CLSC est en construction, alors que la relation de confiance entre les infirmières du dispensaire et les médecins du centre hospitalier est inexistante. Cette relation de confiance semble être influencée par trois facteurs : la connaissance mutuelle, la reconnaissance des compétences et la reconnaissance d'une formation avancée des infirmières.

### *Le partage des responsabilités*

L'analyse des résultats fait ressortir que les infirmières et les médecins semblent définir le partage des responsabilités en terme de délégation d'actes médicaux réservés permettant aux infirmières du dispensaire d'exercer leur pratique élargie. Ainsi, le partage des responsabilités sera discuté en partie sur la délégation des actes médicaux réservés et accomplis sans encadrement légal par les infirmières du dispensaire. Mais, avant tout, trois points seront abordés, soit : l'autorisation du centre hospitalier aux infirmières de prescrire des examens diagnostiques et de les interpréter, l'entente survenue entre les organisations sur les transferts d'urgence, et, pour finir, la délégation aux infirmières du dispensaire des actes médicaux réservés.

Tout d'abord, les infirmières précisent que le centre hospitalier, et non les médecins, leur a permis de procéder à des examens diagnostiques sans ordonnance ce qui élargit leur rôle professionnel. Ainsi, les infirmières peuvent demander et procéder à des analyses de laboratoires afin d'obtenir de l'information supplémentaire sur la condition de santé du client. À ce sujet, une infirmière précise :

*« Je disais tantôt qu'un des grands avantages qui a été fait au niveau des actes médicaux délégués, c'est la reconnaissance par le centre hospitalier, du droit des infirmières du dispensaire de prescrire des analyses de laboratoire. Il n'y a pas nulle part ailleurs dans cette province où ça se fait d'une façon aussi reconnu. Elles ont le droit de prescrire des analyses de base pour le laboratoire et de mettre ton nom en tant que praticien. Ce sont les noms des infirmières, et ça, je salue beaucoup le courage de ce centre hospitalier d'avoir eu le courage, la compréhension et la volonté de comprendre cette nécessité-là. » Entrevue #5 (432-439)*

Cette autorisation de prescrire et d'interpréter des examens de diagnostics aux infirmières ne semble pas être connue par les médecins du centre hospitalier et des

médecins du CLSC. En effet, les discussions avec les médecins sur le partage des responsabilités ne réfèrent aucunement à cette autorisation émise par leur centre hospitalier.

Lors de situations d'urgence, une directive permettant le suivi du client a été mise en place entre le dispensaire, le CLSC et le centre hospitalier. Cette directive explique succinctement les rôles et responsabilités de chacun des intervenants et explique davantage le parcours à adopter lors de situations de transfert. Elle aurait été convenue antérieurement entre les divers dirigeants afin de faciliter le transfert du client en situation d'urgence, et ainsi optimiser les déplacements.

Cependant, une infirmière semble inconfortable face à ce partage de responsabilités, et, actuellement, il ne semble pas y avoir de consensus sur la pertinence d'une telle directive. Sa préoccupation se trouve principalement au niveau de la responsabilité accrue de l'infirmière par rapport au client lors des transferts, alors qu'autrefois, c'était le médecin du CLSC qui en avait la responsabilité. Cette décharge des médecins a suscité des questionnements auprès des infirmières sur un tel partage, et des inquiétudes sur l'impact financier auprès des services du dispensaire. À ce sujet, une infirmière explique :

*« Ça, je trouve ça un petit peu difficile, il y a quelques années, je dirais, il y a cinq à six ans. Quand on arrivait au CLSC avec un patient, le médecin prenait le patient en charge, et notre responsabilité finissait là ou se terminait là quand le médecin de garde le prenait en charge, donc, s'il avait besoin d'une escorte médicale ou infirmière, bien c'est le CLSC qui l'assumait. Notre responsabilité finissait au CLSC, notre infirmière revenait dans la communauté. » Entrevue #2 (288-293)*

Pour les infirmières, la pratique infirmière élargie doit être encadrée par une structure englobante permettant de développer des guides de pratique clinique comportant des actes médicaux réservés pouvant être posés par les infirmières en région isolée. Il apparaît que la reconnaissance et la légalité de ces actes médicaux réservés, mais autorisés au dispensaire dans les guides de pratique clinique inquiètent les infirmières. Les infirmières participant à l'étude expliquent que les actes médicaux ne sont entérinés par aucune instance médicale légalisant les actes posés par les infirmières. La reconnaissance et l'entérinement des guides de pratique clinique permettraient aux infirmières d'être protégées légalement, et pourraient améliorer les relations professionnelles entre les infirmières et les médecins. Les infirmières affirment avoir fait de nombreux efforts pour établir de tels processus de collaboration sans aucun succès apparent. Ce manque de succès engendre des frictions entre les infirmières et les médecins des différents centres. À ce sujet, une infirmière s'exprime :

*« R. ... on a fait faire par une consultante en soins infirmiers des actes médicaux délégués, le travail qui a été fait a été déposé au CMDP du centre hospitalier. On attend toujours, prochainement on va faire une relance pour savoir où est-ce qu'on en est de ce dossier-là. On prévoit de faire une relance au CMDP. Entrevue #1 (189-193)*

La pratique infirmière en région isolée est une pratique peu connue des médecins en général. Pourtant, les résultats démontrent bien que les médecins sont conscients de la réalité professionnelle vécue par les infirmières en région isolée. Toutefois, les médecins du centre hospitalier se questionnent beaucoup sur les limites de cette pratique élargie, sur la compétence de l'infirmière qui exerce cette pratique et sur les actes posés.

Les entrevues menées auprès des médecins du CLSC et des médecins du centre hospitalier indiquent une méconnaissance relative aux actes médicaux réservés posés par les infirmières du dispensaire. Cependant, les résultats montrent que certains médecins sont ouverts à entériner les guides de pratique clinique comportant des actes médicaux réservés, et délégués aux infirmières du dispensaire, alors que d'autres sont plutôt en désaccord. À cet effet, un médecin explique :

*« ...c'était de dire : est-ce que ces cas-là auraient pu être vu, pas nécessairement par une infirmière, parce qu'on sait qu'elle a ses limites, pis déjà qu'elle joue au médecin, pis il y a aussi beaucoup le collègue, on ne peut pas lui demander de jouer encore plus au médecin. » Entrevue #4 (275-277)*

Les données confirment que les infirmières du dispensaire, les médecins du CLSC et les médecins du centre hospitalier se connaissent très peu. Ces derniers ont des préjugés sur le rôle des infirmières oeuvrant en dispensaire et sur les services qu'elles dispensent à la communauté. Les données confirment également que la relation de confiance entre les infirmières du dispensaire et les médecins du CLSC est en construction, alors que la relation de confiance entre ces infirmières et les médecins du centre hospitalier est inexistante. Trois facteurs sont considérés : les processus d'interconnaissance, la reconnaissance des compétences et la reconnaissance de la formation avancée des infirmières exerçant une pratique élargie en région isolée. Ces constats engendrent un partage des responsabilités peu développées entre les professionnels et entre les organisations.

### **Délégation de la régulation de la collaboration infirmières/médecins**

La dimension de la délégation est étudiée en fonction des instances de pilotage à qui on délègue la responsabilité de réguler les divers processus de collaboration entre les infirmières et les médecins, qu'ils soient internes ou externes. (D'Amour et al., 1999)

La délégation endogène fait référence aux moyens internes mis de l'avant par les établissements concernés pour structurer la collaboration professionnelle et organisationnelle. Dans cette étude, il semble que les infirmières gestionnaires du dispensaire représentent l'instance interne régissant les divers processus de collaboration. Alors que le Collège des médecins du Québec représente la délégation exogène, qui fait référence à l'influence externe ayant un impact sur les processus de collaboration entre les infirmières du dispensaire et les médecins rattachés à d'autres organisations.

#### *Processus de concertation entre infirmières gestionnaires et médecins cadres*

Il est à noter qu'il n'existe aucune instance interne comme un comité ou une équipe de travail sur les processus de collaboration permettant de mieux réguler cette collaboration. Pourtant, cette étude montre le rôle commun que pourraient jouer les infirmières gestionnaires et les médecins cadres des organisations extérieures dans la régulation des processus de collaboration professionnelle et organisationnelle. La situation actuelle montre que les discussions sont au stade primaire lorsqu'il est question de développer des stratégies permettant de promouvoir les processus de collaboration. À ce sujet, une infirmière affirme :

*« Donc, lors d'une rencontre, on a invité les CMDP, les représentants des deux établissements à venir nous visiter. Et c'était au mois de juillet 2000, où il y a*

*eu des représentants du centre hospitalier et du CLSC qui sont venus nous voir, et quand on dit représentants, c'étaient : les présidents des CMDP, les directeurs des services professionnels, les directeurs généraux, les directions de soins infirmiers, bref, on a reçu au dispensaire, une délégation de toutes ces personnes-là. » Entrevue #5 (293-299)*

Les infirmières gestionnaires semblent s'être donné le mandat de résoudre les problèmes de collaboration pour améliorer les services à la population. Elles assument souvent le rôle dans la résolution des litiges existant entre les organisations.

Les infirmières gestionnaires du dispensaire et les médecins cadres reconnaissent pourtant l'importance de développer des structures permettant de promouvoir les processus de collaboration. Ces structures permettraient d'améliorer la connaissance mutuelle entre acteurs et entre organisations, de faire connaître la réalité professionnelle de la pratique infirmière élargie et de développer des guides de pratique clinique qui sont conformes au cadre légal existant, et qui permettent aux infirmières d'exercer leur pratique élargie.

#### *L'influence du Collège des médecins du Québec*

La collaboration infirmières/médecins semble être fortement influencée par le Collège des médecins. En effet, les médecins du centre hospitalier ont souligné lors des entrevues que le Collège des médecins du Québec s'est positionné négativement en regard de la pratique infirmière élargie en région isolée. En effet, les médecins rencontrés indiquent que le Collège se questionne beaucoup sur cette pratique élargie et ne semble pas approuver l'exercice par les infirmières des actes médicaux réservés sous prétexte que celles-ci ne satisfont pas aux exigences relatives à la compétence et à la formation essentielles à cette pratique. Les médecins du centre hospitalier consultés

semblent en accord avec cette position de leur Collège, ce qui engendre une résistance au développement des processus de collaboration entre les infirmières en région isolée et les médecins. À ce sujet, un médecin affirme :

*« Ce n'est pas à l'urgence d'être responsable d'eux, c'est le CMDP officiellement. Puis le CMDP a des problèmes avec ça, de toute façon, ce n'est pas mon propos, même le Collège des médecins se questionne sur les pouvoirs étendus que les infirmières ont dans un dispensaire en région isolée. Semble-t-il que ce ne serait pas légal, ... »* Entrevue #4 (174-177)

De plus, certains médecins du centre hospitalier mentionnent que leurs associations médicales recommandent à leurs membres d'éviter les consultations médicales téléphoniques. Ces recommandations influencent négativement les processus de collaboration et les stratégies de communication entre les infirmières et les médecins lors des situations d'urgence ou des situations cliniques complexes. Deux raisons sont évoquées par les associations : ces consultations médicales téléphoniques sont illégales, et la responsabilité professionnelle des médecins n'est pas protégée quand ils donnent des conseils par téléphone. À ce sujet, un médecin s'exprime :

*« Mais, les diverses associations médicales, pas juste dans notre province, partout en Amérique du Nord, habituellement, vont recommander aux médecins de ne pas donner de conseils par téléphone, puis réfère plutôt à des services, genre, info-santé où là, eux autres, ils ont des grilles de réponses d'après ce que les gens disent, des conseils généraux. »* Entrevue #6 (107-111)

En somme, les mécanismes de régulation sont très peu développés afin de rendre possible l'établissement des processus de collaboration entre professionnels et entre organisations. Les instances internes ayant la responsabilité de réguler les processus de collaboration sont principalement les infirmières gestionnaires et les médecins cadres

des diverses organisations. Le Collège de médecins du Québec exerce une forte influence sur les processus de collaboration infirmières/médecins en émettant une position négative en regard de la pratique infirmière élargie en région isolée.

### **Facteurs déterminants de la collaboration infirmières/médecins**

Dans cette section, les données sont présentées en fonction des facteurs structurels ayant une influence sur les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à la région. Les entrevues menées auprès des participants ont permis d'identifier trois facteurs principaux ayant une influence sur les processus de collaboration : le roulement du personnel, la pénurie d'effectifs médicaux et le contexte de l'environnement.

#### *Le roulement du personnel*

Le roulement du personnel infirmier et médical est un facteur ayant une influence négative sur les processus de collaboration infirmières/médecins. Tout d'abord, le roulement du personnel est un élément qui n'améliore pas les processus d'interconnaissance entre les infirmières et les médecins. Ce phénomène crée également des ruptures au niveau de la continuité des services. Le changement des acteurs engendré par le roulement du personnel infirmier et médical empêche le développement de stratégies de collaboration infirmières/médecins. À ce sujet, une infirmière exprime :

*« Ça n'a pas été très viable en terme de processus de collaboration qui était en train de s'installer pour des motifs d'instabilité de personnel, les acteurs changent. Le président du CMDP n'est plus celui de l'époque, c'est pas que l'actuel président n'est pas bon, sauf que la sensibilisation n'est peut-être pas là. Bon, notre contact à l'urgence, le chef de l'urgence de l'hôpital n'est plus le même. Étant donné que les acteurs changent, le roulement de personnel, même*

*de notre côté aussi? À ce moment-là, les acteurs, les personnes qui portent les dossiers changent. C'est souvent l'échec et le peu de succès est relié à ce facteur. » Entrevue #5 (96-103)*

### *La pénurie d'effectifs médicaux*

La pénurie d'effectifs médicaux est un élément ayant une influence négative sur les processus de collaboration infirmières/médecins. La région sociosanitaire dans laquelle se situent les centres à l'étude est la plus touchée en ce qui concerne la pénurie d'effectifs médicaux. Cette pénurie engendre une surcharge de travail pour les médecins du centre hospitalier et empêche la mise en place d'un tel processus de collaboration. À ce sujet, un médecin du centre hospitalier explique :

*« ... il y a le problème des patients qu'on dit orphelins ! Qui n'ont pas de médecin de famille ! C'est un problème pour une vaste majorité des autochtones mais c'est un problème aussi pour une vaste majorité de personnes allochtones de la région. Ce qu'il faut savoir, c'est que dans la région élargie, on a le plus faible taux de médecin par rapport à la population au Québec. Et, même si on sait que 30 % des Canadiens n'ont pas de médecin de famille, ici, je n'ai pas les chiffres dans notre région, mais c'est sûrement pire. Ce qui fait que la plupart des gens qui cherchent des médecins de famille, n'en ont pas, et même s'ils cherchent n'en trouveront pas. » Entrevue #4 (35-42)*

Le manque d'effectifs médicaux engendre un manque de temps et d'engagement de la part des médecins du centre hospitalier, ce qui limite grandement la collaboration entre les infirmières du dispensaire et les médecins rattachés à ces organisations. Les médecins du centre hospitalier affirment n'avoir pas le temps de répondre aux demandes des infirmières et ne voient pas la pertinence de collaborer avec les infirmières du dispensaire en région isolée. À ce sujet, un médecin explique :

*« R. Je pense que le problème majeur au point de départ, ce sont les effectifs médicaux dans la région. C'est sûr que la collaboration est facilitante au moment où il y a de la disponibilité médicale. Je pense qu'on ne l'a pas dans la*

*région. Et c'est sûr que demander d'établir des mécanismes ou des protocoles et des actes délégués, ça demande du temps. C'est sûr qu'actuellement, on est un petit peu limité et on a de la misère à suffire aux besoins ici même sur notre propre terrain. C'est sûr que c'est un obstacle majeur à l'établissement de ces liens là. » Entrevue #3 (210-215)*

#### *Le contexte de l'environnement*

Le contexte de l'environnement englobe les notions de culture et d'éloignement. Selon les résultats, ces deux éléments semblent avoir une influence négative sur la collaboration. Pour les infirmières, il semble que la méconnaissance des valeurs et des traditions culturelles peuvent avoir une certaine influence sur la collaboration entre infirmières et médecins. Souvent, les visions des professionnels de la santé ne cadrent pas avec celles des communautés dont le contexte culturel et social diffère du leur. À ce sujet, une infirmière explique :

*« Pour y avoir toi-même travaillé dans cette communauté autochtone, tu sais très bien que parfois ce qui est vu de l'extérieur, (...) les gens de l'extérieur, les spécialistes de l'extérieur, les médecins de l'extérieur, les infirmières de l'extérieur vont dans la plus grande des consciences professionnelles recommander que des choses soient faites pour le bénéficiaires X. Mais quand tu transposes ça dans le milieu, ça ne fait plus de sens, il faut le modifier car ça ne peut pas cadrer dans le milieu. On ne peut pas parce que le contexte culturel est différent, le contexte géographique, le contexte environnemental, familial, nommons-les. On ne peut pas. » Entrevue #5 (132-139)*

La collaboration entre infirmières en région isolée et médecins des organisations extérieures à la communauté est également influencée par l'éloignement et la distance. Tous les acteurs s'entendent pour dire que la distance est un facteur qui entrave le développement de la collaboration. L'éloignement et la distance entre les organisations sont des facteurs évoqués par les médecins pour expliquer le manque de collaboration entre les infirmières et les médecins. À ce sujet, un médecin confirme :

*« R. Les facteurs qui nuisent : l'éloignement géographique, par définition, c'est ça le problème. C'est loin, donc, si c'est loin, t'as moins de médecins, c'est bien évident. ... Donc, il y a un problème d'éloignement géographique. »* Entrevue #4 (540-545)

De toute évidence, ces différents facteurs structurels influencent négativement les divers processus de collaboration entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à cette communauté. Il est à noter que le manque d'effectifs médicaux semble être le facteur le plus contraignant face aux processus de collaboration professionnelle et organisationnelle auprès des acteurs impliqués.

## Chapitre V : La discussion

La discussion des résultats de cette étude fait l'objet de ce dernier chapitre. Elle porte sur les résultats obtenus en fonction des questions de recherche, en fonction des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour (1997) et d'un facteur contextuel influençant la collaboration entre les infirmières et les médecins. Cette section sera suivie par les diverses implications relatives à la pratique infirmière et à la recherche ; les recommandations et les limites de cette étude.

#### **Formalisation de la collaboration infirmières/médecins**

Deux mécanismes de formalisation sont discutés soit : l'existence de guides de pratique clinique reconnus et les mécanismes de communication et de consultation.

À cause de l'éloignement et de la non-disponibilité de médecins sur place, les infirmières en région isolée doivent exercer une pratique élargie non reconnue sur le plan légal au Québec. Cette pratique infirmière élargie s'exerce à l'aide de guides de pratique clinique fournis par Santé Canada, mais non reconnus par le centre hospitalier et le CLSC à l'étude. L'absence d'une entente formelle quant à l'approbation consensuelle de ces guides engendre des relations de collaboration professionnelle et organisationnelle peu satisfaisantes pour les infirmières. Celles-ci accordent beaucoup d'importance à l'établissement d'une entente mutuelle entre le dispensaire, le centre hospitalier et le CLSC, qui permettrait la reconnaissance de ces guides de pratique clinique. Pour les infirmières, cette reconnaissance favoriserait de meilleures relations de collaboration avec les médecins du CLSC et les médecins du centre hospitalier. La

mise en œuvre d'une telle entente entre les organisations concernées permettrait également de rassurer les infirmières quant à leurs responsabilités professionnelles accrues auprès de la population.

Selon Baggs et Smith (1988), la mise en place d'un mécanisme de coordination clinique permettant d'améliorer la communication entre les acteurs est une stratégie essentielle dans la structuration de divers processus de collaboration. Plusieurs auteurs ont montré l'importance des protocoles pour promouvoir de meilleurs processus de collaboration entre les infirmières et les médecins. Lors de la mise en place d'un suivi systématique pour une clientèle spécifique, Dechairo-Marino et al. (2001) soulignent que le développement de protocole de suivis cliniques permet aux intervenants de mieux structurer les divers processus de collaboration. D'autres auteurs (Lassen & al., 1997) ont démontré que les relations de collaboration entre les infirmières et les médecins se sont accrues avec la venue de tel protocole pour le traitement et le suivi de nouveau-nés à risque de septicémie. Ces diverses constatations semblent reconnaître le lien direct entre la mise en œuvre d'une entente interorganisationnelle qui entérine les guides de pratique clinique existants et la collaboration professionnelle entre les infirmières et les médecins de cette étude.

Les règles et procédures existantes nécessitent des mécanismes de communication et de consultation permettant la transmission des informations entre les infirmières oeuvrant en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à cette région, en vue d'assurer la continuité des soins et l'intégration des services. Parmi les cinq mécanismes identifiés dans les résultats de cette étude, la

feuille de consultation médicale est celle qui est le plus utilisée par les infirmières, et ce, même si les médecins du centre hospitalier l'utilisent peu. Il ne semble pas y avoir eu de consensus ni sur la mise en place d'un tel mécanisme ni sur sa pertinence. En effet, ce mécanisme semble être fort apprécié par les infirmières pour son efficacité comme stratégie de communication. Les médecins, quant à eux, soulignent que ce mécanisme n'améliore pas nécessairement la qualité des soins et des services offerts à la communauté, mais qu'il constitue une contrainte. Ils soulignent également que ce mécanisme est contesté pour les motifs suivants : manque d'incitatifs monétaires, complexité du formulaire, pertinence de transmettre les informations aux infirmières et perception des médecins à savoir que cette feuille est une sorte de formation continue pour les infirmières du dispensaire. Il semble également que les attentes de chacun des professionnels ayant participé à cette étude ne soient pas les mêmes en regard de ce mécanisme. Cette différence dans les attentes crée des insatisfactions auprès des infirmières. Le fait que ce mécanisme n'est pas l'objet d'un consensus entre les infirmières du dispensaire, les médecins du CLSC et les médecins du centre hospitalier constitue une entrave aux divers processus de collaboration professionnelle et organisationnelle.

Les écrits soulignent l'importance des stratégies de communication dans le processus de collaboration professionnelle et organisationnelle (Henneman & al., 1995; Van Ess Coelin & Cukr, 2000; Baggs & Schmitt, 1997). Dans leurs études, Van Ess Coelin et Cukr (2000) explicitent l'influence négative d'un style de communication dominant et contestataire dans les relations de collaboration entre les infirmières et les

médecins. Toutefois, un style de communication attentif et ouvert semble favoriser la collaboration. Baggs et Schmitt (1997) mentionnent également que la réceptivité face au processus de communication améliore les processus de collaboration. Les écrits montrent bien le lien direct entre les stratégies de communication efficaces et consensuelles, et la collaboration entre les professionnels et les organisations. Les opinions exprimées sur les mécanismes de communication assurant la transmission des informations ont permis de mettre en lumière une problématique importante ayant un lien direct avec les processus de collaboration entre les infirmières du dispensaire et les médecins appartenant à des organisations extérieures à la communauté. Ce constat confirme également, à l'instar de D'Amour et al. (1999), que certaines conditions sont essentielles pour qu'une véritable collaboration soit mise de l'avant, l'une de ces conditions consistant à encadrer dans des ententes consensuelles les relations entre les infirmières et les médecins.

En résumé, les résultats obtenus démontrent qu'il existe peu de consensus quant aux règles et procédures reconnues par les organisations impliquées et que le mécanisme de communication et de consultation le plus utilisé crée des conflits, celui-ci n'ayant pas été adopté de façon consensuelle.

### **Finalisation de la collaboration infirmières/médecins**

Les résultats obtenus dans cette étude démontrent l'existence d'une conception divergente de la collaboration entre les infirmières du dispensaire et les médecins des

diverses organisations extérieures à la communauté. Bien que certaines finalités sont communes, cette divergence peut mener à des attentes différentes.

Les infirmières définissent la collaboration comme un échange et un partage d'informations, d'expertise ou de pouvoir. Le partenariat et l'interdépendance sont essentiels dans le type de collaboration privilégié par les infirmières. Ces dernières soulignent que la collaboration implique un respect mutuel, un travail d'équipe et une concertation dans la prise de décision.

Cette vision rejoint divers écrits définissant la collaboration en terme de travail d'équipe réunissant plusieurs partenaires et impliquant une certaine coopération professionnelle (Henneman, 1995; Henneman & al., 1995). Lockart-Wood (2000) souligne l'importance accordée au processus de consultation conjointe entre plusieurs individus dans le processus de résolution de problème, et dans le partage des connaissances, de l'expertise et du pouvoir. Selon D'Amour et al. (1999) et Krairiksh et Anthony (2001), la collaboration représente l'ensemble des relations et des interactions permettant aux professionnels de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs expériences dans la confiance et le respect mutuel. Baggs et Schmitt (1997) viennent appuyer cette conception en impliquant le travail d'équipe et le partage dans leur conception de la collaboration infirmières/médecins.

Les médecins conçoivent la collaboration en termes de pouvoir et d'autorité sur les individus, ce qui leur assure le contrôle sur la prise de décision. La vision de la collaboration est conçue selon une ligne hiérarchique où le médecin est identifié comme un chef d'équipe dans la prestation des soins et des services de santé. Une telle

conception de la collaboration entraîne nécessairement des attentes divergentes chez les membres du corps médical et chez les infirmières du dispensaire.

L'étude souligne, à l'instar de Lokhart-Wood (2000) et Patronis-Jones (1994), que la relation de pouvoir entre les médecins et les infirmières demeure une question primordiale. En accord avec Snelgrove et Hugues (2000), ce constat confirme que les médecins possèdent plus de pouvoir à cause de leurs plus grandes responsabilités, de la légitimité du diagnostic, du traitement, et de la prescription. Ce pouvoir accordé aux médecins vient du fait que ces derniers se considèrent au sommet de la hiérarchie dans la prestation des soins de santé. Baggs et Schmitt (1997) Lokhart-Wood (2000), et Snelgrove et Hugues (2000) soulignent que les médecins ne partagent pas leur pouvoir, parce qu'ils considèrent que les infirmières manquent de connaissances supérieures et de compétences cliniques. Cette disparité au niveau du pouvoir entre les médecins et les infirmières entraîne des conflits se traduisant par un manque de collaboration professionnelle et organisationnelle.

#### **Intériorisation de la collaboration infirmières/médecins**

Les résultats obtenus sur le processus d'interconnaissance, sur les relations de confiance et sur le partage des responsabilités entre les infirmières du dispensaire, les médecins du centre hospitalier et les médecins du CLSC ont mis en évidence que les acteurs se connaissent très peu, que la confiance est ténue, et, donc, que le partage des responsabilités est peu développé. Cette étude montre ainsi que l'intériorisation de la collaboration entre les professionnels et entre les organisations s'actualise très peu.

Les données révèlent que le processus d'interconnaissance serait la question centrale dans les relations peu satisfaisantes vécues par les infirmières avec les médecins du centre hospitalier. Diverses raisons sont évoquées par les infirmières et par les médecins pour expliquer le manque de collaboration infirmières/médecins, soit : manque de connaissances de services offerts dans la communauté et manque de connaissances sur le travail des infirmières et sur la pratique infirmière élargie. Les entrevues avec les médecins ont cependant montré que ceux-ci savent que cette forme de pratique infirmière élargie n'est pas médicalement très encadrée, ce qui les rend mal à l'aise.

L'étude confirme, à l'instar de Arslanian-Engoren (1995), que le manque de connaissances sur le rôle de la pratique infirmière élargie et le manque de connaissances sur l'étendue et sur la nature de cette pratique peuvent rendre difficiles les processus de collaboration entre les infirmières en dispensaire dans une communauté en région isolée et les médecins rattachés à d'autres organisations extérieures à cette communauté. En effet, ces mêmes auteurs ont démontré que le manque de clarté sur les rôles et les responsabilités des infirmières cliniciennes spécialisées, ayant une pratique avancée, avait une influence négative sur les relations de collaboration entre ces infirmières et les médecins. Dans une autre étude, Snelgrove et Hughes (2000) soulignent que les médecins participent peu à l'établissement des processus de collaboration pour deux raisons : le manque de connaissances sur l'étendue de la pratique infirmière avancée et le manque de connaissances sur la nature de cette pratique. Arcangelo et ses collaborateurs (1996) confirment que les médecins n'ayant jamais travaillé avec les infirmières praticiennes éprouvent des difficultés à comprendre la nature de cette

pratique et, surtout, les avantages que peut apporter l'établissement de tels processus de collaboration.

Les données de l'étude font voir également que la relation de confiance est en construction, mais demeure fragile avec les médecins du CLSC, alors qu'une telle relation semble inexistante entre les infirmières du dispensaire et les médecins du centre hospitalier. L'établissement d'une relation de confiance semble être fortement entravé par deux facteurs importants : le manque de connaissance mutuelle et le peu de reconnaissances de la part des médecins des compétences et de la formation des infirmières. En effet, les médecins soulignent que les infirmières ayant une pratique élargie en région isolée n'ont pas nécessairement la formation et les compétences essentielles à cette pratique. Il faut reconnaître que les infirmières oeuvrant en région isolée n'ont pas nécessairement acquis une formation de niveau supérieur, même si elles ont acquis leur expertise clinique dans la pratique infirmière élargie à travers leurs années de travail en dispensaire.

Cette étude confirme, à l'instar de Zaher, McEvily et Perrone (1998) et de Arslanian-Engoren (1995), que la relation de confiance est fondamentale pour promouvoir les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins, et qu'une formation plus avancée favorise l'établissement de tels processus de collaboration. Selon divers auteurs (Alt-White, & al., 1983; Arslanian-Engoren, 1995; Lockhart-Wood, 2000; Weiss & Davis, 1985), le niveau de formation et l'expérience clinique de l'infirmière ont une forte influence sur les processus de collaboration infirmières/médecins. Ces auteurs soulignent qu'une formation avancée et une

expérience clinique spécialisée favorisent de meilleures relations de collaboration entre les infirmières et les médecins. Les infirmières du dispensaire doivent constamment démontrer leur expertise et leurs compétences cliniques auprès des médecins lors des consultations médicales téléphoniques dues au fait qu'elles n'ont pas la formation supérieure requise pour l'exercice d'une telle pratique élargie.

L'absence d'une relation de confiance est certainement un facteur qui a contribué à la non reconnaissance des guides de pratique clinique dont il a été question plus haut. Les infirmières qui ne peuvent ainsi s'appuyer sur une délégation d'actes médicaux s'inquiètent de la légalité des actes médicaux réservés qu'elles posent au dispensaire. Les infirmières considèrent cette reconnaissance essentielle à l'établissement de la collaboration souhaitée entre elles et les médecins, et aussi à leur protection sur le plan légal. Cette absence de reconnaissance des guides de pratique clinique engendre des frictions entre les infirmières et les médecins des différents centres, et entrave l'instauration des processus de collaboration. Les résultats démontrent que les médecins sont conscients de la réalité professionnelle vécue par les infirmières, mais se questionnent sur les limites des compétences de ces dernières, sur les actes qu'elles posent et sur l'implication du Collège des médecins. Ces interrogations semblent être fortement influencées par une méconnaissance des actes médicaux réservés, mais posés par les infirmières, des guides de pratique clinique, du contexte dans lequel se pratiquent de tels actes, et de la supervision existante.

La Loi N° 90, *Loi modifiant le Code de profession et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.R.Q., c. C-26) peut permettre un nouveau

partage des champs d'exercice professionnel et l'établissement des cadres à l'intérieur desquels des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et les infirmiers, pourraient être autorisés à exercer certaines activités médicales réservées. L'application de cette nouvelle loi peut donc faciliter la reconnaissance de l'exercice de la pratique élargie par les infirmières oeuvrant en région isolée. Tout d'abord, l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.R.Q., chapitre I-8) définit l'exercice infirmier de la façon suivante :

*« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » (L.R.Q., chapitre I-8).*

Dans cet article 36, plusieurs activités sont réservées pour l'exercice infirmier. Celles qui retiennent l'attention et qui peuvent permettre aux infirmières en dispensaire de reconnaître leur pratique sont les suivantes : initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ; effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance ; effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ; et finalement, administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Les activités réservées énumérées ci-haut, permettant d'élargir la pratique infirmière en région isolée, doivent nécessairement être exercées avec une ordonnance individuelle ou collective. Selon l'article 39.3 du *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), une ordonnance :

*« signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective. » (L.Q. 2002, C. 33, art. 4.).*

L'ordonnance collective est celle qui semble être la plus appropriée pour reconnaître l'exercice de la pratique infirmière élargie en région isolée. Les infirmières en région isolée ayant une pratique élargie pourraient donc exercer des actes médicaux réservés selon des ordonnances collectives s'adressant à un groupe de personnes. Selon l'OIIQ (2003), l'ordonnance collective permettrait aux infirmières en dispensaire de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, sans attendre une ordonnance individuelle, selon des règles et procédures établies par un établissement de santé pour l'élaboration et l'adoption d'une telle ordonnance collective. Tel que décrit par l'OIIQ (2003), les principaux changements apportés au cadre juridique permettent de moderniser l'exercice infirmier, et l'exercice des autres professionnels concernés, d'assouplir et d'alléger les règles, en favorisant l'émergence des processus de collaboration professionnelle, tout en préservant l'objectif ultime : la protection du public.

### **Délégation de la régulation de la collaboration infirmières/médecins**

L'étude révèle qu'il n'existe aucune instance interne telle que comité ou équipe de travail qui permet de mieux réguler les processus de collaboration entre les

infirmières oeuvrant en région isolée dans une communauté autochtone et les médecins d'organisation extérieures à la communauté. Pourtant, certains auteurs (Laditka & Jenkins, 2000) soulignent la nécessité de mettre en place un comité d'intégration pour promouvoir des stratégies de collaboration entre les organisations impliquées. Une telle initiative semble avoir une influence positive sur les processus de collaboration. Pour Laditka et Jenkins (2000), le comité d'intégration devrait être formé des différents partenaires impliqués dans les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle. Par ailleurs, une expérience d'intégration des soins ayant été faite dans une zone rurale par Touati, Contandriopoulos, Denis, Rodriguez, Sicotte et Nguyen (2001) souligne que la mise sur pied d'un comité inter-établissements, qui implique les divers directeurs, a apporté une contribution positive au développement du projet d'intégration des soins. Le comité avait un rôle majeur dans la régulation des processus de collaboration professionnelle et organisationnelle.

Dans le cas à l'étude, les infirmières gestionnaires du dispensaire et les médecins cadres des organisations extérieures à la communauté peuvent jouer un rôle majeur dans la régulation des relations entre les infirmières et les médecins. Des discussions sont actuellement en cours pour faire connaître la réalité professionnelle de la pratique infirmière élargie et pour développer les guides de pratique clinique conformes au cadre légal existant.

La présente étude confirme, à l'instar de Touati et al. (2001), que la participation des gestionnaires peut favoriser l'établissement des liens et la collaboration entre les professionnels et entre les organisations. Les gestionnaires doivent favoriser des actions

démocratiques et participatives de la part de tous les professionnels de la santé. De plus, en accord avec divers auteurs (Krairiksh & Anthony, 2001 ; Van Ess Coeling & Cukr, 2000), les infirmières gestionnaires ont un rôle majeur dans l'établissement de stratégies de collaboration entre les infirmières et les médecins, et entre les organisations. Les infirmières gestionnaires doivent s'assurer que le climat de travail et les comportements des professionnels impliqués favorisent les processus de collaboration (Alt-White et al., 1983 ; Evans, 1994).

Les résultats de l'étude ont également démontré que la collaboration infirmières/médecins est fortement influencée par le Collège des médecins du Québec qui semble avoir pris une position en défaveur de la pratique infirmière élargie en région isolée. Les entrevues menées avec les médecins montrent que le Collège n'approuve pas l'exercice par les infirmières des actes médicaux réservés, qu'elles n'ont ni la formation ni la compétence requises pour cet exercice. Le fait est que les médecins consultés au centre hospitalier semble être en accord face à cette position du Collège, ce qui entrave le développement des processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée et les médecins appartenant à des organisations extérieures à cette région. Cette étude confirme, à l'instar d'Appel et Malcolm (2002), et Minarik, et Price (1999), que les corporations professionnelles exercent une influence importante sur les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins. Ces mêmes auteurs soulignent que plusieurs organisations médicales avaient démontré leur opposition à la reconnaissance légale de la pratique infirmière avancée. Cette opposition semble avoir créé des

mésententes entre les infirmières et les médecins, ce qui influence négativement l'établissement des processus de collaboration professionnelle.

### **Un facteur structurel influençant la collaboration infirmières/médecins**

Les données de cette étude ont mis en évidence un facteur structurel ayant une forte influence sur les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle entre les infirmières du dispensaire en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à cette région, soit : la pénurie d'effectifs médicaux.

La région sociosanitaire à l'étude est la plus touchée en ce qui concerne la pénurie d'effectifs médicaux. Cette situation cause un accroissement de la charge des médecins et une disponibilité limitée pour l'établissement des processus de collaboration. Les médecins du centre hospitalier semblent être les plus réticents à collaborer. Ils affirment ne pas avoir le temps de répondre aux demandes des infirmières et ils ne voient pas la pertinence de le faire.

Cette étude confirme, à l'instar de Baggs et Schmitt (1997), et de Wells et al. (1998), que la première condition essentielle pour établir des processus de collaboration demeure la disponibilité des médecins et leur engagement face à ces processus. Ces auteurs ont démontré qu'une plus grande disponibilité médicale influence positivement les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle. Il y a peu de contrôle sur la pénurie de médecins, mais il n'en demeure pas moins que l'établissement des processus de collaboration allégerait la surcharge de travail de ces derniers.

### **L'implication pour la pratique infirmière**

La contribution de cette étude portant sur les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée dans une communauté autochtone et les médecins rattachés à des organisations extérieures à cette communauté s'actualise à trois niveaux : au niveau clinique, au niveau organisationnel et au niveau politique. Afin d'améliorer la collaboration entre les infirmières et les médecins, il importe que les acteurs démontrent une ouverture et un engagement en faveur de l'établissement des processus de collaboration professionnelle et organisationnelle. L'engagement est un élément essentiel pour assurer la réussite de la collaboration entre les infirmières et les médecins, et il réfère à la volonté des acteurs d'entamer de meilleures relations de collaboration. Les professionnels de la santé doivent donc être convaincus que le développement de tels processus de collaboration est nécessaire pour promouvoir des meilleurs services de santé à la population. Cette étude a permis notamment de mettre en évidence des pistes de solutions pour assurer l'émergence des processus de collaboration entre les infirmières en pratique élargie oeuvrant en région isolée et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

Au niveau clinique, les résultats ont démontré que l'acquisition d'une formation de niveau supérieur adaptée à la pratique élargie des infirmières oeuvrant en région isolée s'avère essentielle. Une telle pratique nécessite, en effet, des compétences et des connaissances spécifiques. D'autre part, la protection du public exige que cette pratique infirmière élargie soit sécuritaire et sans risques de préjudices potentiels. Ainsi, l'acquisition des compétences requises par cette pratique favorise l'établissement d'une

relation de confiance entre les infirmières oeuvrant en région isolée et les médecins rattachés à d'autres organisations. La reconnaissance de la formation et des compétences cliniques des infirmières permettra de promouvoir ces relations de confiance en construction, et de favoriser le développement de guides de pratique clinique permettant le partage des responsabilités.

Au niveau organisationnel, l'étude a mis en évidence l'importance pour les infirmières gestionnaires et les médecins cadres de créer un comité interorganisationnel ayant comme mandat de développer diverses stratégies en vue de promouvoir la collaboration entre les infirmières en dispensaire et les médecins rattachés à d'autres organisations. La création d'un tel comité doit s'appuyer sur des principes favorisant la participation active, l'équité et l'interdépendance. Le comité devra également favoriser la mise en commun des objectifs partagés par les infirmières et les médecins, et définir une conception claire et précise de la collaboration. Au moyen de ce comité, les partenaires devront éventuellement développer des stratégies pour augmenter les processus d'interconnaissance et permettre un échange interprofessionnel, et ce, en vue de faire face aux différents litiges et aux besoins de la population. La création d'un comité de travail constituera une étape majeure pour le développement des guides de pratique clinique encadrant la pratique infirmière élargie, d'une part, et pour la clarification des rôles et des responsabilités des infirmières et des médecins impliqués dans cette pratique, d'autre part. Ces guides et cette clarification des rôles et des responsabilités de chacun devront faire partie d'une entente interorganisationnelle qui sera le fruit d'une concertation impliquant tous les intervenants concernés. Une telle

entente devra reconnaître la pratique infirmière élargie et respectera les cadres législatifs en vue d'assurer la protection des infirmières et la protection du public.

Au niveau politique, la réalisation de cette étude a permis de mieux comprendre l'étendue et la nature de la pratique infirmière élargie, et les conséquences sur les processus de collaboration avec les médecins. Les résultats ont montré que l'application de la nouvelle Loi N° 90, *Loi modifiant le Code de professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.R.Q., c. C-26), peut remédier, en partie, aux problèmes légaux que soulève la pratique infirmière élargie. C'est pourquoi, il faudra apporter des modifications à cette nouvelle loi pour autoriser les infirmières oeuvrant en région isolée à exercer une pratique infirmière élargie de façon autonome, tout en favorisant la collaboration professionnelle. Les amendements nécessitent l'intervention des corporations professionnelles, à savoir l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec. Pour ce faire, les infirmières oeuvrant en région isolée qui exercent une pratique élargie devront déployer des stratégies en vue de favoriser cette reconnaissance. Elles devront également former une association professionnelle ayant comme rôle de défendre leurs intérêts, et elles devront se constituer un groupe de pression auprès du gouvernement, pour faire reconnaître leur pratique.

Les résultats de cette étude ont démontré qu'il existe des moyens de favoriser la collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée et les médecins rattachés à d'autres organisations. Les infirmières et les médecins impliqués devront faire preuve

de leadership pour gérer ces changements de façon optimale, changements qui s'appliqueront au plan clinique, organisationnel et politique.

### **L'implication pour la recherche**

La stratégie de recherche qui a été utilisée dans cette étude, soit l'étude de cas unique a permis une analyse et une compréhension en profondeur des problématiques. Une telle stratégie a permis d'identifier des pistes de solutions possibles pour améliorer les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins. L'étude justifie l'utilisation possible d'une telle stratégie pour une éventuelle recherche semblable portant sur d'autres contextes de collaboration.

L'utilisation du modèle de structuration de la collaboration professionnelle proposé par D'Amour (1997) a pu fournir un apport important à l'étude de la collaboration entre les infirmières oeuvrant dans une communauté autochtone en région isolée et les médecins rattachés à des organisations extérieures à cette communauté. En concevant la collaboration comme la structuration d'une action collective, ce modèle a permis de faire une analyse en profondeur des processus de collaboration entre les infirmières et les médecins, et de mieux comprendre la nature de cette collaboration. Cette étude met en valeur l'influence continue et mutuelle entre les quatre dimensions et, plus particulièrement, la formalisation et l'intériorisation. La formalisation à elle seule est insuffisante pour favoriser la collaboration professionnelle; le processus d'interconnaissance et l'établissement d'une relation de confiance sont des éléments essentiels à la collaboration.

Les résultats démontrent que l'utilisation concomitante de l'étude de cas, comme devis, et du modèle de collaboration proposé par D'Amour (1997) a permis de mieux comprendre les processus de collaboration entre les infirmières en dispensaire et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

### **Les recommandations**

L'analyse, la discussion des résultats et les implications sur la pratique infirmière et sur la recherche ont permis d'identifier dix recommandations qui concernent les processus de collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté. Ces recommandations sont présentées en fonction des dimensions du modèle de la collaboration professionnelle proposé par D'Amour (1997).

Ainsi, pour la délégation, il importe de :

1. Créer un comité d'intégration clinique permettant d'instaurer des mécanismes de concertation mutuelle; de favoriser l'articulation des services dans un continuum de soins à la population autochtone et de chercher à créer une aire de travail et de discussion pour tous les partenaires impliqués dans les processus de collaboration. Ce comité devra être constitué de professionnels de chacune des organisations, de directeurs et de gestionnaires;
2. Favoriser une gestion participative permettant aux infirmières et aux médecins impliqués dans les processus de collaboration d'évaluer

systématiquement la qualité des relations professionnelles et organisationnelles.

3. Créer un regroupement ou une association professionnelle qui aura comme mission de faciliter le développement et l'approfondissement des connaissances sur la pratique infirmière élargie afin de promouvoir l'avancement, la visibilité et la crédibilité d'une telle pratique en région isolée. Ce regroupement aurait comme rôle de créer un réseau où les membres pourraient échanger sur les nouvelles pratiques infirmières élargies; résoudre les problèmes communs et partager leurs connaissances.

Quant à la dimension de la finalisation, il importe de :

1. Favoriser une vision commune de la collaboration et une adhésion à des objectifs communs par tous les acteurs impliqués dans le processus de collaboration.
2. Promouvoir une philosophie, une mission et des valeurs dans lesquelles la participation active, la concertation mutuelle et l'interdépendance sont des facteurs essentiels à la réussite d'une collaboration professionnelle et organisationnelle.

Dans la dimension de l'intériorisation, il importe de :

1. Instaurer des stratégies qui favorisent l'interconnaissance des acteurs et l'établissement d'une relation de confiance, et par conséquent, l'émergence d'un partage des responsabilités entre les acteurs.
2. Favoriser des programmes de formation continue pour les infirmières exerçant une pratique élargie en région isolée, en impliquant les organisations qui sont visées dans les processus de collaboration et les universités.
3. Offrir des stages avec des médecins dans différentes disciplines du centre hospitalier et du CLSC afin d'accroître les connaissances et les compétences cliniques des infirmières, la connaissance mutuelle et la relation de confiance entre les infirmières et les médecins.

Pour terminer, la dimension de la formalisation devra pouvoir :

1. Favoriser la révision, l'élaboration et l'adoption des guides de pratique clinique permettant aux infirmières oeuvrant en région isolée d'exercer leur pratique élargie, en concertation avec les organisations impliquées dans les processus de collaboration. La reconnaissance de ces guides devra être le résultat d'une concertation mutuelle; elle devra faire l'objet d'une entente consensuelle entre le dispensaire, le centre hospitalier et le CLSC à l'étude.
2. Instaurer des mécanismes de communication et de consultation efficaces résultant des ententes consensuelles entre les organisations impliquées.

Ces mécanismes devront faciliter l'application des guides de pratique clinique et favoriser de meilleures relations entre les infirmières et les médecins.

Les recommandations qui découlent de cette étude devraient permettre la réussite de la collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée dans une communauté autochtone et les médecins rattachés à des organisations extérieures à cette communauté. Bien qu'elles ne soient pas exhaustives, ces recommandations identifient des pistes de solutions possibles pour favoriser la collaboration.

#### **Les limites de l'étude**

Bien que les résultats obtenus dans cette étude sur les processus de collaboration entre les infirmières d'une communauté autochtone en région isolée et les médecins d'organisations extérieures à la communauté soient intéressants, il est toutefois évident qu'il faut demeurer prudent et ne pas conclure rapidement que ce sont les seuls éléments de chacune des dimensions et de chacun des facteurs structurels ressortis qui ont une influence sur ces processus. Certaines limites relatives à la stratégie de recherche utilisée, à la stratégie de collecte de données, à l'analyse et à la discussion des résultats doivent être mentionnées.

Premièrement, l'étude de cas unique utilisée comme stratégie de recherche représente une limite non négligeable dans cette étude. Comme il en fut question dans le chapitre III, l'étude de cas est utilisée en recherche qualitative dans le but d'explorer et d'approfondir la compréhension d'un phénomène complexe, comme les processus de

collaboration entre les infirmières et les médecins, et non de permettre une application générale des résultats obtenus à d'autres contextes de collaboration. Toutefois, cette étude aura permis d'identifier des pistes de solutions possibles et de proposer des recommandations pouvant être bénéfiques aux organisations impliquées et à d'autres organisations semblables.

Deuxièmement, la stratégie de collecte de données représente une limite. En effet, l'utilisation exclusive des entrevues individuelles semi-structurées a limité l'exhaustivité des données recueillies auprès des participants. En plus, le nombre de participants limité à sept n'a pas permis d'obtenir une saturation des données, afin de mieux comprendre ces processus de collaboration. Pour contrer cette limite, il aurait été préférable d'avoir recours à l'ajout d'une autre stratégie de collecte de données. À cause de temps restreints et de l'ampleur du projet que la triangulation aurait engendré, le comité d'approbation avait recommandé de limiter la stratégie de collecte de données strictement aux entrevues semi-structurées.

Troisièmement, une autre limite peut provenir de l'influence de l'auteur sur les résultats de sa recherche. En effet, il est impossible pour l'auteur de se détacher complètement de son milieu de recherche, qui est son milieu de travail. Ce dernier peut implicitement biaiser les résultats en portant des jugements de valeur non objectifs. De plus, l'effet de réactivité, c'est-à-dire la réaction des participants au chercheur peut avoir influencé les réponses des participants. Cependant, l'auteur n'a pas eu l'autorisation de procéder à cette étude dans un autre milieu de recherche pour diverses raisons ; il lui a

fallu procéder cette recherche dans son milieu, afin de respecter la limite de temps et les exigences des études de deuxième cycle.

Chapitre VI : La conclusion

Les services de première ligne constituent un maillon essentiel du système de santé du Québec particulièrement suite au virage ambulatoire. Les infirmières oeuvrant dans les communautés autochtones en région isolée représentent une composante importante des services de premières lignes. Cette étude montre clairement que les infirmières en région isolée doivent travailler en collaboration avec les médecins pour assurer à la population des services de qualité optimale. En effet, les infirmières exerçant dans ces communautés en région isolée travaillent souvent de façon autonome et généralement en l'absence des médecins. Elles doivent promouvoir la collaboration avec d'autres professionnels, notamment avec les médecins, et d'autres organisations pour assurer des services efficaces et sécuritaires.

Cette étude a permis de comprendre la nature des processus de collaboration entre les infirmières en région isolée et les médecins d'organisations extérieures, et d'identifier les principaux facteurs ayant une influence sur ces processus de collaboration. Cette étude a mis en évidence la relation qui existe entre la dimension de l'intériorisation et la dimension de la formalisation. Ainsi, les résultats montrent, à l'instar de D'Amour (2001), que les processus d'interconnaissance et l'établissement de la relation de confiance, deux sous-dimensions peu développées entre les infirmières et les médecins, sont des éléments essentiels pour favoriser les relations de collaboration entre ces infirmières et ces médecins, et que la formalisation est nécessaire mais insuffisante.

Plusieurs leçons peuvent être utiles aux gestionnaires afin de favoriser la collaboration entre les infirmières oeuvrant en région isolée d'une communauté

autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté. Les résultats obtenus démontrent la nécessité pour les gestionnaires de faire preuve de leadership et de motivation permettant d'influer sur l'action collective des professionnels impliqués dans les processus de collaboration. La principale responsabilité des gestionnaires est de faire preuve de leadership pour favoriser une culture basée sur la collaboration professionnelle et organisationnelle.

Pour terminer, cette recherche a permis de mieux connaître la nature et l'étendue de la pratique infirmière élargie, malgré que ce ne soit pas le but de la présente étude, et l'impact sur les processus de collaboration professionnelle et organisationnelle. Elle aura permis de mettre en évidence l'urgence de reconnaître cette pratique non reconnue sur le plan légal pour assurer la protection du public et pour permettre aux infirmières de se conformer aux critères que requiert cette pratique. Toutefois, plusieurs interrogations se posent : la reconnaissance légale de la pratique infirmière élargie contribuera-t-elle à favoriser les processus de collaboration entre les infirmières et les médecins? Advenant une modification législative en faveur de la pratique infirmière élargie en région isolée, sera-t-elle conduite en collaboration avec les médecins?

---

Les références

●

●

- Ackerman, F. K. (1992). The movement toward vertically integrated regional health systems. Health Care Management Review, 17(3), pp. 81-88.
- Ales, B. (1998). Community collaboration. The nursing administrators role in implementing a child abuse prevention program. JONA, 28 (6), pp. 43-48.
- Alter, C. (1990). An exploratory study of conflict and coordination in interorganizational service delivery systems. Academy of Management Journal, 33(3), pp. 478-502.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). Organization Working Together. Newsbury Park: Sage Publications.
- Alt-White, A. C., Charns, M., & Strayer, R. (1983). Personal, organizational and managerial factors related to nurse-physician collaboration. Nursing Administration Quarterly, 8, pp. 8-18.
- Appel, A. H., & Malcolm, P. (2002). The triumph and continuing struggle of nurse Practitioners in New South Wales, Australia. Clinical Nurse Specialist, 16 (4), pp. 203-210.
- Arcangelo, V., Fitzgerald, M., Carroll, D., & Plumb, J. D. (1996). Collaborative care between nurse practioners and primary care physicians. Primary Care, 23 (1), pp. 103-113.
- Arslanian-Engoren, C. M. (1995). Lived experiences of CNSs who collaborate with physicians: A Phenomenological Study. Clinical Nurse Specialist, 9 (2), pp. 68-74.
- Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. Journal of Advanced Nursing, 20, pp. 176-182.
- Baggs, J. G., & Ryan, S. A. (1990). ICU nurse-physician collaboration & nursing satisfaction. Nursing Economics, 8(6), pp. 386-391.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. Research in Nursing & Health, 20, pp. 71-80.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 20 (3), pp. 145-149.
- Baldwin, A., Welches, L., Walker, D. D., & Eliastam, M. (1987). Nurse self-esteem and collaboration with physicians. Western Journal of Nursing Research, 9(1), pp. 107-114.

- Bazzoli, G. J., Shortell, S. M., Dubbs, N., Chan, C., & Kralove, P. (1999). A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. Health Services Research, 33(6), pp. 1683-1717.
- Burns, L. R., Walston, S. L., Alexander, J. A., Zuckerman, A. H. S., Andersen, R. M., Torrens, P. R., & Hilberman, D. (2001). Just how integrated are integrated delivery systems? Results from a national survey. Health Care Management Review, 26(1), pp. 20-39.
- Charns, M. P. (1997). Organization design of integrated delivery systems. Hospital & Health Services Administration, 42(3), pp. 411-432.
- Chaudry, R. V., Polivka, B. J., & Kennedy, C. W. (2000). Public health nursing directors' perceptions regarding interagency collaboration with community mental health agencies. Public Health Nursing, 17 (2), pp. 75-84.
- Christianson, J. B., Wellever, A., Radcliff, T., & Knutson, D. J. (2000). How do urban organized health care delivery systems link with rural providers. Health Care Management Review, 25(3), pp. 36-47.
- Code des professions* [C.prof.], L.R.Q., c. C-26.
- Conrad, A. D. (1993). Coordinating patient care services in regional health systems: the challenge of clinical integration. Hospital & Health Services Administration, 38(4), pp. 491-508.
- Cramer, J. (1995). Finding solutions to support remote area nurses. Australian Nursing Journal, 2 (6), pp. 21-25.
- Daigle, K. (2000). La collaboration entre les infirmières d'un centre hospitalier (CH) et d'un centre local de services communautaires (CLSC) dans le cadre du congé précoce postnatal. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Daigle, J., Rousseau, N., & Saillant, F. (1993). Des traces sur la neige... La contribution des infirmières au développement des régions éloignées du Québec au 20e siècle. Recherches féministes, 6 (1), pp. 93-103.
- D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 8 (1), pp. 136-145.

- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences Sociales et Santé, 17(3), pp. 67-92.
- Dechairo-Marion, A. E., Jordan-Marsh, M. J., Traiger, G., & Saulo, M. (2001). Nurse/physician collaboration. action research and the lessons learned. JONA, 31 (5), pp. 223-232.
- Evans, J. A. (1994). The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. Holistic Nurse Practice, 8 (3), pp. 22-31.
- Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians, no longer a choice. Nursing & Health Care, 13(7), 354-363.
- Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée. Paris : Éditions du Seuil.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., & Young, G. J. (1997). Best practices in managing organized delivery systems. Hospitals & Health Services Administration, 42(3), 299-321.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Finding from the health systems Integration study. Hospitals & Health Services Administration, 38(4), pp. 467-489.
- Graydon, J., & Hendry, J. (1977). Outpost nursing in Northern Newfoundland. The Canadian Nurse, August, p. 34-37.
- Hardy, C., & Phillips, N. (1998). Strategies of engagement : lessons from the critical examination of collaboration and conflict in an interorganizational domain. Organization Science, 9 (2), pp. 217-230.
- Henneman, E. A. (1995). Nurse-physician collaboration: a postructuralist view. Journal of Advanced Nursing, 22, pp. 359-363.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 21, pp. 103-109.
- Higgins, L. W. (1999). Nurses' perception of collaborative nurse-physician transfer decision making as a predictor of patient outcomes in a medical intensive care unit. Journal of Advanced Nursing, 29 (6), pp. 1434-1443.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). Analyse des données qualitatives : recueil des

nouvelles méthodes. Édition du Renouveau Pédagogique : Montréal.

Katzman, E. M. (1989). Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. Journal of Professional Nursing, 5(4), pp. 208-214.

Krairiksh, M., & Anthony, M. K. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. JONA, 31 (1), pp. 16-23.

Laditka, S. B., & Jenkins, C. L. (2000). Enhancing inter-network cooperation among organizations providing mental health services to older persons. Administration and Policy in Mental Health, 28(2), pp. 75-89.

Lassen, A. A., Fosbinder, D. M., Minton, S., & Robins, M. M. (1997). Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost. Nursing Economics, 15 (2), pp. 87-91.

Le May, S. (1991). Facteurs reliés aux attitudes et comportements d'infirmières à l'égard de la collaboration infirmière-médecin. Mémoire de maîtrise inédite, Université de Montréal.

Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. British Journal of Nursing, 9(5), pp. 276-280.

*Loi médicale* [L. m.], L.R.Q., c. M-9.

*Loi sur les infirmières et les infirmiers* [L.i.i.], L.R.Q., c. I-8.

Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. Nursing Outlook, 37 (6), pp. 285-288.

McEwen, M. (1994). Promoting interdisciplinary collaboration. Nursing & Health Care, 15(6), 304-307.

Minarik, P. A., & Price, L. C. (1999). Collaboration? Supervision? Direction? Independence? What is the relationship between the advanced practice nurse and the physician? Stats' Legislative and regulatory forum III. Clinical Nurse Specialist, 13 (1), pp. 34-37.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). La politique de la santé et du bien être. Montréal : auteur.

Mur-Veeman, I. Raak, A. V., & Paulus, A. (1999). Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. Health Policy, 49, 149-159.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec. Montréal : auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Montréal : auteur.
- Patronis Jones, R. A. (1994). Nurse-physician collaboration : A descriptive study. Holistic Nurse Practice, 8(3), 38-53.
- Phillips, N., Lawrence, T. B., & Hardy, C. (2000). Inter-organizational collaboration and the dynamics of institution a fields. Journal of Management Studies, 37 (1), pp. 23-43.
- Polivka, B. J. (1995). A conceptual model for community interagency collaboration. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 27(2), pp. 110-115.
- Polivka, B. J. (1996). Rural sex education: assessment of programs and interagency collaboration. Public Health Nursing, 13(6), pp. 425-433.
- Polivka, B. J., Kennedy, C., & Chaudry, R. (1997). Collaboration between local public health and community mental health agencies. Research in Nursing & Health, 20, pp. 153-160.
- Pourtois, J. P., & Desmets, H. (1988). Épistémologie et instrumentation en sciences humaines. Liège-Bruxelle : Pierre Mardaga, Éditeur.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. Academy of Management Review, 19(1), pp. 90-118.
- Rodriguez, R. (2000) Réorientation de l'offre de soins vers l'intégration dans la région métropolitaine de Montréal, Thèse de Doctorat, Université de Montréal.
- Robinson, K. R. (1999). Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. The Journal of Cardiovascular Nursing, 14(1), 75-88.
- Services de Santé Atikamekw. (1995). Programme de santé comunautaire. Manawan Opitciwan-Wemotaci. Document inédit, Conseil de la Nation Atikamekw.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000a). Integrating health care delivery. Health Forum Journal, 43(6), pp. 35-39.

- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000b). Remaking Health Care in America. The Evolution of Organized Delivery Systems, San Francisco: Jossey-Bass.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators. Hospital & Health Services Administration, 38(4), pp. 447-466.
- Smith, D. M. (1998) Interorganizational collaboration : a cautionary note for tribal health nurses. Public Health Nursing, 15 (2), pp. 131-135.
- Smith, K. G., Carroll, S. J., & Ashford, S. J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: toward a research agenda. Academy of Management Journal, 38(1), pp. 7-23.
- Snelgrove, S., & Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. Journal of Advanced Nursing, 31(3), pp. 661-667.
- Snyder-Halpern, R., & Chervany, N. L. (2000). A clinical information system strategic planning model for integrated healthcare delivery networks. JONA, 31(12), pp. 583-591.
- Stake, R. E. (2001) Case studies. Dans Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (2001) Handbook of Qualitative Research. (2e éd.). (pp. 435-454). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- St-Gelais, M., & Martin, C. (1998). L'exercice infirmier en milieu isolé. Document inédit, Comité des infirmières responsables des Premières Nations du Québec.
- Temkin-Greener, H. (1983). Interprofessional perspectives on teamwork in health care: a case study. Health and Society, 61(4), pp. 641-658.
- Toutati, N., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Rodriguez, R., Sicotte, C., & Nguyen, H. (2001). Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale: les enjeux de la mise en œuvre. Ruptures, revues transdisciplinaire en santé, 8 (2), pp. 93-108.
- Van Ess Coeling, H., & Cukr, P. L. (2000). Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. Journal of Nursing Care Quality, 14(2), pp. 63-74.
- Weiss, S. J. (1983). Role differentiation between nurse and physician: implications for nursing. Nursing Research, 32 (3), pp. 133-139.

Weiss, S. J., & Davis, H. P.(1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. Nursing Research, 34, pp. 299-305.

Weil, T. P. (2000). How to enhance the efficacy of health network growth. International Journal of Health Planning and Management, 15, 17-38.

Wells, N., Johnson, R., & Salyer, S. (1998). Interdisciplinary collaboration. Clinical Nurse Specialist, 12(4), pp. 161-168.

Yin, R. K. (1994) Case Study Research. Design and Methods. (2e éd.) Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Zaheer, A., McEvily, B., & Perrone, V. (1998). Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. Organization Science, 9 (2), pp. 141-159.

## Appendices

Appendice A

*Guide d'entrevue*

**Guide d'entrevue**  
**Infirmières en région isolée d'une communauté autochtone**  
**et médecins d'organisations extérieures à la communauté**

1. Selon vous, comment se coordonnent les suivis cliniques auprès des personnes autochtones ayant des problèmes de santé chroniques et dégénératives?
  - a. Liens formels (entente interorganisationnelle ou protocole de suivi clinique)?
  - b. Liens informels (stratégies de collaboration sans caractère officiel) ?
  - c. Formes d'échanges?
2. Parlez-moi des divers processus de collaboration qui existent entre l'infirmière et le médecin dans la pratique quotidienne?
3. Parlez-moi de votre satisfaction sur la collaboration entre l'infirmière et le médecin?
4. Quelle est votre conception de la collaboration infirmières/médecins?
  - a. Objectifs
  - b. Intérêts
5. Parlez-moi de la continuité des services auprès des personnes autochtones ayant des problèmes de santé chroniques et dégénératives?
6. Parlez-moi de la relation de confiance qui existe entre les infirmières du dispensaire et les médecins à l'extérieur?
7. Parlez-moi du partage des responsabilités entre l'infirmière et le médecin?  
Comment s'est-il développé?
  - a. Actes médicaux délégués ?

b. Protocole ou guide de pratique clinique?

8. Parlez-moi des mécanismes mis en place par votre organisation pour faciliter la collaboration infirmières/médecins?
9. Quels sont, selon vous, les facteurs qui nuisent ou favorisent la collaboration entre infirmières du dispensaire et médecins extérieurs à la communauté?
10. Avant de terminer, y a-t-il d'autres éléments importants à ajouter qui concernent le processus de collaboration entre les infirmières en région isolée dans les communautés autochtones et les médecins à l'extérieur de la communauté?

Profil personnel de la participant(e) :

Âge : \_\_\_\_\_ Expérience en soins infirmiers : \_\_\_\_\_  
Titre : \_\_\_\_\_ Expérience en/avec dispensaire : \_\_\_\_\_  
Ancienneté : \_\_\_\_\_ Formation : \_\_\_\_\_

**Merci de votre collaboration!**

Appendice B

*Lettre de consentement*

### Formulaire de consentement

Titre de l'étude : Analyse des processus de collaboration entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté

Investigateur : Sandro Échaquan, étudiant-chercheur maîtrise sciences infirmières  
Tel : (450) 759-1273

Directrice de recherche : Danielle D'Amour, inf. PhD  
Professeure adjointe,  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Tel : (514) 343-7578

Je, (nom en caractères d'imprimerie du participant)..... déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec le responsable du projet..... et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du sujet : ..... Date : .....

Je, (nom en caractères d'imprimerie de l'investigateur)..... déclare avoir expliqué le but,

la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude à (nom en lettre moulée du participant).....

Signature de l'investigateur :..... Date :.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet :

Nom (en caractères d'imprimerie) :

.....

Signature du témoin :..... Date :.....

Appendice C

*Lettre d'informations*

### Formule d'informations sur l'étude

Titre de l'étude : Analyse des processus de collaboration entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté

Investigateur : Sandro Échaquan, étudiant-chercheur maîtrise sciences infirmières

Directrice de recherche : Danielle D'Amour, inf. PhD  
Professeure adjointe,  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Tel : (514) 343-7578

Les services en région isolée, composantes essentielles des services de première ligne, demandent un mode d'organisation des services basé sur la collaboration. Cependant, plusieurs études démontrent des problèmes au niveau de la collaboration soit professionnelle, infirmières/médecins ou organisationnelle. Aucune étude n'existe sur la collaboration entre infirmières en région isolée dans les communautés autochtones et médecins d'organisations extérieures à la communauté. Une analyse des processus de collaboration qui existe entre ces professionnels s'avère donc pertinente afin de mieux comprendre les relations qui existent entre eux.

Le but de cette étude consiste donc à mieux comprendre les divers processus de collaboration entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté.

Votre contribution consiste à participer à une entrevue d'une durée d'environ une heure avec l'étudiant-chercheur portant sur les processus de collaboration entre les infirmières en région éloignée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté. Vous devez, pour être participant, remplir

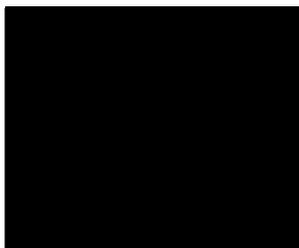
les critères suivants : 1) avoir travaillé au moins six mois auprès de la clientèle autochtone atteinte d'une maladie chronique, et 2) consentir à participer au projet de recherche. Vous devrez également consentir à être enregistré sur bande audio pour les entrevues.

Cette étude aidera à mieux comprendre les processus de collaboration afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations autochtones, soit la continuité des soins, l'accessibilité, l'efficacité et l'efficacités des services. Elle permettra également d'établir des recommandations sur des stratégies permettant d'améliorer les processus de collaboration et d'intégration des services.

Il est à noter que votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devrez aviser verbalement l'étudiant-chercheur, ci-haut mentionné.

Cette étude garantit la confidentialité des informations reçues lors des entrevues. En effet, les bandes audio enregistrées seront gardés en lieu sûr et détruites après la déposition de ce mémoire à la faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. Les informations recueillies sur bande audio seront retranscrites intégralement et codées pour faciliter l'analyse. Votre nom et votre identité ne pourront donc pas être reconnus dans la base de données informatisées. Aucune identification de votre établissement ne sera notée dans l'analyse des données et dans la rédaction du mémoire.

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer, en tout temps, avec l'étudiant-chercheur aux coordonnées suivantes :



Pour tout problème éthique qui concerne les conditions dans lesquelles se déroule cette étude, vous pouvez expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité

d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Madame Jocelyne St-Arnaud (Téléphone : (514) 343-7619 [REDACTED] [REDACTED] Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombusman de l'Université de Montréal, Madame Marie-José Rivest (Téléphone : (514) 343-2100).

Sandro Échaquan, inf. M. Sc. (cand.)  
Étudiant-chercheur

Appendice D

*Lettre du comité d'éthique de l'Université de Montréal*

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)**

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

**Titre du projet :** « Analyse des processus de collaboration entre les infirmières en région isolée d'une communauté autochtone et les médecins d'organisations extérieures à la communauté ».

**Sous la direction de :** Danielle D'Amour

---

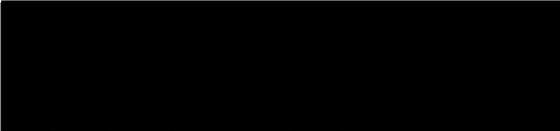
À la réunion du 18 mars 2002, six membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente du comité et experte en éthique, la représentante de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du : 17 avril 2002 au 17 septembre 2002.

Le 17 avril 2002.

  
Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.  
Présidente, CERSS  
Faculté des sciences infirmières  
Tél.: (514) 343-7619