

Université de Montréal

La collaboration interprofessionnelle vers une transformation
des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague

par

Julie Lajeunesse

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en administration de la santé

option gestion

Décembre 2008

© Julie Lajeunesse 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé
La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des
pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague

présenté par
Julie Lajeunesse

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Claude Pomey
Président-rapporteur
Jean-Louis Denis
Directeur de recherche
Marie-Dominique Beaulieu
Co-directrice
Paule Lebel
Membre du jury

Résumé et mots-clés

La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague

INTRODUCTION : Les soins de première ligne au Québec vivent depuis quelques années une réorganisation importante. Les GMF, les cliniques réseaux, les CSSS, les réseaux locaux de service, ne sont que quelques exemples des nouveaux modes d'organisation qui voient le jour actuellement. La collaboration interprofessionnelle se trouve au cœur de ces changements.

MÉTHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude de cas unique, effectuée dans un GMF de deuxième vague. Les données ont été recueillies par des entrevues semi-dirigées auprès du médecin responsable du GMF, des médecins et des infirmières du GMF, et du cadre responsable des infirmières au CSSS. Les entrevues se sont déroulées jusqu'à saturation empirique. Des documents concernant les outils cliniques et les outils de communication ont aussi été consultés.

RÉSULTATS : À travers un processus itératif touchant les éléments interactionnels et organisationnels, par l'évolution vers une culture différente, des ajustements mutuels ont pu être réalisés et les pratiques cliniques se sont réellement modifiées au sein du GMF étudié. Les participants ont souligné une amélioration de leurs résultats cliniques. Ils constatent que les patients ont une meilleure accessibilité, mais l'effet sur la charge de travail et sur la capacité de suivre plus de patients est évaluée de façon variable.

CONCLUSION : Le modèle conceptuel proposé permet d'observer empiriquement les dimensions qui font ressortir la valeur ajoutée du développement de la collaboration interprofessionnelle au sein des GMF, ainsi que son impact sur les pratiques professionnelles.

MOTS-CLÉS : pratique de groupe, culture, leadership, ajustement mutuel, pratique réflexive, déterminants interactionnels, déterminants organisationnels.

Executive summary

Inter-professional collaboration: a transformation of practices within a second generation Family Medicine Group

INTRODUCTION: Primary care in the Province of Quebec has undergone a substantial reorganisation over the last several years, on several fronts. Family Medicine Groups (FMG's), designated medical clinics, regional health boards, and local health networks, are only a few examples of new health care delivery components which have been created during this reorganisation.

METHODS: This is a case study based on a single Family Medicine Group created during a second wave of innovation. Data was collected via semi-directed interviews with the head physician of the FMG, the group of physicians and nurses within the FMG, the nursing director of the FMG, and the director of nursing at the regional health board. Interviews were conducted until all available contacts were exhausted. The author also accessed the clinical guidelines and the documents used for communication within the FMG.

RESULTS: Practice activities in the FMG did evolve over time as a result of mutual clinical and administrative interactions between nurses and physicians. Participants noted a visible improvement in health outcomes as well as increased accessibility to health care by patients. The impact on physician workload, and overall capacity in terms of number of patients followed, after creation of the FMG, were inconsistent.

CONCLUSION: This proposed analytic model allows empiric measurement of the added value of FMG's for the development of inter-professional cooperation, and its impact on professional practices.

KEY WORDS: group medical practice, culture, leadership, mutual influences, reflexive practice, interactional determinants, organisational determinants.

Table des matières

| | |
|---|--------|
| Page de titre | p.i |
| Identification du jury | p.ii |
| Résumé et mot-clés | p.iii |
| Executive summary | p.iv |
| Table des matières | p.v |
| Liste des figures | p.viii |
| Liste des sigles et des abréviations | p.ix |
| Dédicace | p.x |
| Remerciements | p.xi |
| 1. Introduction | p.1 |
| 1.1 Formulation du problème | p.3 |
| 2. Recension de la littérature | p.5 |
| 2.1 Théorie des organisations, déterminants de la transformation des pratiques | p.6 |
| 2.1.1 Le changement | p.6 |
| 2.1.2 L'environnement | p.7 |
| 2.1.3 Le modèle de planification stratégique | p.8 |
| 2.1.4 Le modèle entrepreneurial (ou les approches gurus) | p.9 |
| 2.1.5 Le modèle de l'apprentissage | p.10 |
| 2.1.6 La culture | p.12 |
| 2.1.7 La politique | p.13 |
| 2.1.8 Le leadership | p.15 |
| 2.1.9 La gestion hospitalière | p.17 |
| 2.2 La collaboration interprofessionnelle | p.19 |
| 2.2.1 Les modèles de collaboration interprofessionnelle | p.20 |
| 2.2.2 Déterminants de la collaboration interprofessionnelle | p.21 |
| 2.2.3 Le travail d'équipe | p.22 |
| 2.3 Résultats des études sur les premiers GMF | p.23 |

| | |
|--|------|
| 2.4 Conclusion | p.24 |
| 3. Modèle théorique | p.26 |
| 4. Méthodologie | p.28 |
| 4.1 Stratégie et devis de recherche | p.28 |
| 4.2 Population à l'étude | p.28 |
| 4.3 Échantillonnage | p.29 |
| 4.4 Définition des variables | p.29 |
| 4.4.1 Les intrants | p.29 |
| 4.4.2 Le processus intra-groupe | p.29 |
| 4.4.3 Les extrants | p.30 |
| 4.5 Méthode de collecte de données | p.30 |
| 4.6 Qualité des instruments de mesure | p.30 |
| 4.7 Critères de rigueur | p.31 |
| 4.7.1 Crédibilité | p.31 |
| 4.7.2 Fidélité | p.31 |
| 4.7.3 Objectivité | p.31 |
| 4.7.4 Transférabilité | p.32 |
| 5. Analyse des données | p.33 |
| 6. Résultats | p.34 |
| 6.1 Description du GMF à l'étude | p.34 |
| 6.2 Les intrants | p.36 |
| 6.2.1 Expériences antérieures et prédispositions individuelles | p.37 |
| 6.2.2 Une culture en évolution | p.38 |
| 6.3 Processus intra-groupe | p.42 |
| 6.3.1 Un leadership fort | p.43 |
| 6.3.2 Une stratégie de changement efficace | p.45 |
| 6.3.3 Déterminants interactionnels | p.47 |
| 6.3.3.1 La confiance : un ingrédient essentiel | p.47 |
| 6.3.3.2 Ajustement mutuel : un équilibre à maintenir | p.49 |

| | |
|--|-------|
| 6.3.4 Déterminants organisationnels | p.50 |
| 6.3.4.1 Formalisation | p.50 |
| 6.3.4.2. Rencontres formelles : un exemple à suivre | p.52 |
| 6.3.4.3 Les lieux d'échanges cliniques dans la réalité de la première ligne | p.53 |
| 6.4 Les extrants | p.55 |
| 6.4.1 Transformation des pratiques | p.55 |
| 6.4.2 Qualité des services | p.58 |
| 6.5 L'environnement | p.61 |
| 6.6 Conclusion | p.62 |
| 7. Discussion | p.63 |
| 7.1 Vers de nouvelles pratiques professionnelles | p.63 |
| 7.1.1 Le développement de la collaboration | p.64 |
| 7.1.2 Transformation des pratiques | p.65 |
| 7.1.3 Pratique de groupe | p.66 |
| 7.2 Une organisation des services de santé en évolution | p.66 |
| 7.3 Pratique réflexive | p.67 |
| 7.4 Une culture émergente | p.68 |
| 7.5 Le leadership | p.70 |
| 7.6 Limites de l'étude | p.71 |
| 7.7 Conclusion | p.72 |
| 8. Considérations éthiques | p.75 |
| Sources documentaires | p.76 |
| Annexe 1 | p.xii |
| Annexe 2 | p.xv |

Liste des figures

Figure 1 p.27

Liste des sigles et des abréviations

ADRLSSS : Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux

ALDO : Aspects légaux, déontologiques et organisationnels

CLSC : Centre local de services communautaires

CR : Clinique réseau

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CESSS : Centre d'éducation à la santé

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

GMF : Groupe de médecine de famille

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Hb : Hémoglobine

HbA1C : Hémoglobine glyquée

RLS : Réseaux locaux de services

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Dédicace

À mes enfants

*Marc-Olivier, Alexandre,
Maxime et Coralie*

Et à toi, Jean

Remerciements

Merci à mes enfants pour votre affection et votre présence, car vous m'avez donné l'énergie pour continuer. Merci surtout à toi, mon amour, pour ton soutien indéfectible tout au long de cette aventure qui m'a permis d'aller au bout de cette folie, et pour nos discussions qui m'ont fait progresser.

Merci à tous mes collègues du CLSC des Faubourgs et de l'hôpital Saint-Luc qui ont accepté mes absences et ont pris la relève. À Steve pour la traduction, et à mes amis, particulièrement Louise, Jean R., Diane, qui savent à quel point ce travail était important pour moi. Grâce à vous et à votre appui, je peux mettre un point final à ce travail.

Un merci très particulier aux membres du GMF qui m'ont accueillie si généreusement. Votre engagement m'a été très précieux et votre préoccupation de toujours mieux servir vos patients ainsi que votre respect pour les autres sont inspirants.

Finalement, merci à mes deux co-directeurs, Jean-Louis et Marie-Dominique, qui avez su guider la myope que j'ai parfois été.

La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague

1. Introduction

Depuis quelques années, la plupart des pays développés ont entrepris de revoir la gouvernance de leur système de santé (Commission Clair 2000). Les soins de première ligne sont au cœur des changements planifiés car ils ont démontré leur capacité à améliorer les indicateurs de santé lorsque leur organisation est forte et développée (Starfield 2005). Au Québec, plusieurs rapports récents ont suggéré d'améliorer spécifiquement l'organisation des soins de première ligne (Commission Clair 2000; Secor 2000), et de maximiser le travail des professionnels impliqués dans les soins aux patients. La Commission Clair (CESSS 2000) recommandait d'implanter des groupes de médecine de famille (GMF) à travers le Québec. Ce rapport proposait que les médecins à l'intérieur de ces GMF, issus de différents milieux, travaillent en groupe en étroite collaboration avec des infirmières assignées par les centres locaux de services communautaires (CLSC, faisant maintenant partie des CSSS) impliqués. Ces groupes, formés de 6 à 10 médecins, sont responsables des services médicaux de première ligne en fournissant une réponse adaptée « 24/7 » à une clientèle qui s'inscrit volontairement auprès d'un médecin. Les objectifs visés étaient de donner une meilleure accessibilité à la clientèle, de favoriser la prise en charge, le suivi et la coordination des soins pour une clientèle inscrite (amélioration de la continuité), par le biais d'un travail d'équipe et par l'intégration à l'intérieur de ces équipes de deux infirmières. En 2001, le Ministère reconnaissait une première vague de 13 GMF, qui s'engageaient à répondre à ces exigences, en échange d'un soutien au niveau de ressources informatiques, humaines (une secrétaire, un adjoint administratif, deux infirmières) et des immobilisations. Suite à de nombreux travaux, le processus d'accréditation a été défini, les balises pour l'allocation des ressources ont été élaborées et ces GMF ont réellement vu le jour en 2003. Une deuxième vague de GMF a ensuite vu le jour, puis d'autres groupes ont été accrédités de façon progressive. En février 2009, il existait 182 GMF au Québec.

Un peu après la parution du rapport de la Commission Clair, la loi 90 (2002) sur les activités professionnelles a été adoptée. Celle-ci touche 11 professions et décrète que tout membre d'un des ordres professionnels visés peut exercer les activités professionnelles qui lui sont réservées dans le cadre de la loi. Ceci amène un changement de paradigme car ces professionnels passent du « droit » de faire certains actes à la « compétence » pour les faire. Plusieurs professionnels, dont les infirmières, sont amenés à partager des activités jusqu'ici réservées à une seule profession. Cette loi, combinée à la volonté d'organiser les soins de première ligne de manière optimale, met en place les éléments importants et nécessaires pour amener des changements dans la façon de donner les soins aux patients. Pourtant, cette volonté de travailler ensemble afin de répondre aux besoins de la population de façon continue et complète n'est pas nouvelle. Il y a plus de trente ans, les CLSC, en combinant différentes professions à l'intérieur de leurs murs, devaient permettre aux diverses professions de travailler ensemble de façon différente (Sicotte 2002) et de répondre aux besoins de la population. Le parallèle entre les recommandations faites il y a trente ans et celles faites plus récemment est troublant. Comment expliquer que pendant trente ans le système de soins ait résisté à l'introduction d'une première ligne responsable et réactive aux besoins légitimes de la population? (Contandriopoulos A.-P. 2002). Cette fois-ci, réussira-t-on vraiment à transformer les pratiques de manière significative?

Au Québec, plusieurs éléments permettent une réelle redéfinition du partage des tâches entre les professions. Plus spécifiquement, on discute abondamment de la collaboration interprofessionnelle comme d'une voie à suivre, ainsi que des enjeux liés au travail de collaboration, et on investit beaucoup de ressources pour la développer. Cependant, celle-ci est rarement définie et les buts à atteindre grâce à elle ne sont souvent pas clairs. La collaboration se définit comme « l'action de travailler avec une ou plusieurs personnes à une œuvre commune » (Larousse). Plus précisément, on peut dire qu'elle est un acte collectif posé par des personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise séparément (D'Amour 2002). La collaboration entre les médecins et les infirmières représente donc un travail commun dans le but de soigner les patients le plus efficacement et le mieux possible. Toutes les situations ne commandent

pas un travail de collaboration. Il n'existe pas une mais bien des façons de collaborer et d'en tirer des bénéfices, l'important étant de travailler ensemble dans un but commun (D'Amour 2005; Poulton 1999; San Martin-Rodriguez 2005).

Le travail avec les infirmières est évalué de façon très positive lors des études faites sur les premiers GMF (Beaulieu 2002; Trahan 2004; Reinharz 2004), et certains éléments facilitant ou contraignant pour la mise en place du travail de collaboration sont déjà identifiés. Il est probable que les premiers GMF (« early adopters ») possèdent des caractéristiques particulières (Ferlie 2001), et ils ont déjà été étudiés. C'est pourquoi ce projet se penche sur les GMF de la deuxième vague, qui ont été accrédités plus tard, ces derniers étant probablement différents des premiers groupes ayant adhéré à ce modèle (Ferlie 2001). Il vise à comprendre les déterminants de la collaboration médecin-infirmière, en s'attardant notamment sur les transformations des pratiques, sur la collaboration elle-même et sur les notions de travail d'équipe. Les raisons pour lesquelles les gens travaillent ensemble et comment ils le font seront considérées, ainsi que le processus par lequel ils développent le partage de leurs tâches, ce qui permettra de mieux définir la collaboration interprofessionnelle et le partage des tâches en première ligne.

1.1 Formulation du problème

La collaboration médecin-infirmière en première ligne, telle qu'elle se dessine dans les GMF, entre autres, est nouvelle au Québec et les modèles sont en évolution à différents niveaux. Présentement, bien que le travail des infirmières dans les GMF s'oriente autour de certains axes, il existe peu d'outils pour soutenir le développement d'une collaboration efficace à l'intérieur des équipes, et il est parfois difficile de déterminer quel est le meilleur partage des tâches (rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ 2005). Les structures organisationnelles ne sont pas équipées pour supporter concrètement ce volet du travail et la collaboration a évolué de façon variable dans les premiers GMF (Beaulieu 2006). De plus, les indicateurs utilisés par le Ministère de la Santé pour évaluer leur développement sont généralement quantitatifs (nombre d'inscription, heures totales d'ouverture) et on parle très peu des aspects concernant les changements de pratique qui devraient découler des nouvelles organisations, et qui sont plus difficiles à mesurer (D'Amour 1997).

Cette recherche a pour objectif de décrire la façon dont s'est développée la collaboration interprofessionnelle au sein d'un GMF, afin de comparer les données empiriques à un cadre d'analyse pour mieux comprendre les mécanismes qui influencent (facilitent ou limitent) la progression de la collaboration interprofessionnelle, la finalité de cette collaboration et la façon dont elle se traduit dans les pratiques. Pour comprendre le travail de collaboration, il s'agira donc d'étudier non seulement la collaboration interprofessionnelle elle-même mais aussi à son processus de développement à l'intérieur des organisations, dans un GMF pour les fins de cette étude. Ainsi, il sera possible de dégager des pistes de réflexion pour soutenir les groupes qui ont à développer cet aspect du travail.

2. Recension de la littérature

La revue de la littérature s'est faite à l'aide de moteurs de recherche PubMed et MedLine. Les bibliographies des articles sélectionnés ont été passées en revue afin de trouver d'autres articles reliés. Des livres de référence ont également été consultés.

La théorie des organisations offre plusieurs modèles de gestion pour l'implantation des changements à l'intérieur des organisations. De plus, il existe déjà des cadres conceptuels de la collaboration dans la littérature (D'Amour 1997; Sicotte 2002; West 1998) et on retrouve aussi quelques études empiriques sur les déterminants de la collaboration.

Au cours des pages suivantes, quelques éléments du changement lui-même et les déterminants de la transformation des pratiques seront passés en revue, à partir de la théorie des organisations. Les théories liées à l'environnement seront ensuite abordées. Par la suite, trois stratégies fréquemment utilisées en gestion pour amener un changement seront présentées ainsi que deux facteurs importants dont il faut tenir compte lors de la planification d'un changement, soit la culture et la politique. Comme il est bien connu que le leadership revêt une grande importance pour un changement réussi (Denis 1995; Bryman 1996; Pitcher 1997; Trahan 2004; Beaulieu 2006), il sera donc nécessaire d'en faire un point séparé. Cette section sera complétée par la revue de certains principes de gestion hospitalière, afin de comprendre les forces en présence lorsque les médecins sont impliqués dans la gestion.

Dans la deuxième section, à partir des écrits de la collaboration interprofessionnelle, les modèles du développement de la collaboration interprofessionnelle, les déterminants de cette collaboration ainsi que quelques notions de travail d'équipe seront présentés afin de comprendre le processus de formation du travail de collaboration dans les équipes au sein desquelles la pratique est amenée à changer avec la venue d'infirmières à l'intérieur des équipes traitantes.

Finalement, la dernière partie revient sur les résultats des études récentes sur les GMF de première vague, qui ont fait ressortir certains facteurs facilitant et contraignant lors du travail de collaboration médecin-infirmière dans ces GMF.

2.1 Théorie des organisations, déterminants de la transformation des pratiques

2.1.1 Le changement

Les théories des organisations se sont penchées sur les processus qui permettent de gérer le changement à l'intérieur de celles-ci. Bien que la notion de changement puisse être vaste et floue, elle évoque généralement l'idée d'une modification, circonscrite dans le temps et l'espace, d'un ou de plusieurs paramètres organisationnels (Guilhon cité par Champagne, 2002). Mintzberg, Ahlstrand et Lampel (1999) avancent que le changement peut porter sur la stratégie, c'est-à-dire la direction vers laquelle s'oriente l'entreprise, et sur l'organisation, son état actuel. Selon eux, il peut être radical ou ne consister qu'en quelques ajustements, et se faire rapidement ou de façon évolutive. On peut aussi le trouver sous une forme délibérée ou émergente, et il peut se faire de façon formelle ou informelle. Pour effectuer un changement, il n'existe pas une seule approche gagnante, comme on l'a cru à différentes époques. Toutefois, afin de mieux comprendre de quelle façon on peut l'aborder, nous en présenterons ici quelques modalités séparément.

Contandriopoulos (2002; 2003) propose une stratégie globale pour initier et maintenir un changement, dont les principales caractéristiques sont, entre autre :

- Agir simultanément sur le système à transformer et sur l'environnement de ce système, de façon à créer des conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement; favoriser l'apparition d'espaces discrétionnaires d'action dans le système de soins pour permettre aux acteurs d'élaborer et de tester, avec une autonomie suffisante, des pratiques nouvelles fondées sur la coopération et d'en débattre.
- Trouver des promoteurs jouissant d'une forte légitimité qui soient prêts à assumer les risques inhérents à tout changement significatif.
- Mobiliser en permanence dans les stratégies quatre leviers interdépendants - les incitations, l'influence, l'autorité et la force symbolique des normes sociales - pour modifier les pratiques et les conduites des acteurs.

Ces caractéristiques doivent être présentes afin que les demandes qui résultent des innovations cliniques (niveau micro) trouvent un écho dans l'organisation de l'offre des soins (niveau méso) et qu'elles s'inscrivent dans les grandes valeurs de la société (niveau

macro) et inversement, pour que les orientations prises au niveau macro soient intégrées au niveau des offres de service et surtout qu'elles soient mises en application dans les pratiques. Ce va-et-vient entre les différents niveaux est essentiel. Par exemple, au Québec, la création des GMF s'est faite suite à une orientation claire du Ministère vers ce modèle de soins (macro). Ils ont l'opportunité de pouvoir compter sur des conditions souples qui devraient favoriser l'émergence des nouvelles pratiques de collaboration (micro) et permettre une organisation de soins différente (méso), tout en se positionnant favorablement dans l'environnement politique, législatif et professionnel (macro). Cependant, la représentation symbolique de cette nouvelle organisation reste à créer et surtout, la gestion de celle-ci est laissée à la discrétion de chaque site (niveau méso).

Il existe toutefois plusieurs approches stratégiques pour aborder le changement dans les organisations. Voici maintenant quelques modèles d'élaboration de la stratégie, inspirés par la classification proposée par Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, soit l'environnement, considéré comme central dans plusieurs écrits sur l'élaboration de la stratégie (Astley 1984; Donaldson p.57; Egri 1996; Mintzberg 1999), puis la planification stratégique, le modèle entrepreneurial et de l'apprentissage, ainsi que l'influence de la culture et du pouvoir au sein des organisations, pour terminer avec certaines particularités de la gestion hospitalière.

2.1.2 L'environnement

Dans la littérature, l'environnement est généralement vu comme une contrainte extérieure qui oblige l'organisation à s'adapter. La théorie de la contingence est la base de cette approche et soutient qu'il n'y a pas une structure organisationnelle meilleure que les autres mais que celle-ci doit être ajustée (« fit ») aux facteurs de contingence de l'organisation, et donc à l'environnement (Astley 1984; Donaldson p.57; Mintzberg 1999). Par ailleurs, dans les années 1970, l'écologie des populations est l'approche centrale qui a le plus influencé les écrits. Les chercheurs ont d'abord fait trois observations : la diversité est une propriété d'un ensemble d'organisations, les organisations présentent souvent des difficultés à exécuter des changements rapidement lorsque le contexte est changeant ou incertain, et la communauté des organisations est rarement stable (Baum, p.77). Selon cette théorie, un ensemble d'organisations engagé dans des activités similaires et avec des

modèles d'utilisation des ressources similaires constitue une population (Baum p.77). On retrouve des « niches environnementales », et les organisations sont sélectionnées pour entrer dans une niche ou bien échouent à obtenir les caractéristiques nécessaires et disparaissent (Astley 1984). La naissance d'une entreprise donnée introduit une variation au sein de la population, mais tout environnement n'offre qu'un volume limité de ressources et il s'ensuit une compétition pour ces ressources (Astley 1984; Mintzberg 1999).

Ces deux approches sont déterministes, c'est-à-dire que les choix stratégiques et les actions des dirigeants ne sont pas importants, ce sont les facteurs de contingence qui déterminent la structure (Astley 1984; Donaldson p. 66). Cependant, ces approches ont été questionnées car dans les faits, les organisations influencent leur environnement et ne sont pas toutes influencées également (Baum p.85). Il existe donc, à l'intérieur d'un environnement donné, des choix stratégiques à effectuer, qui l'influenceront par la suite (Astley 1984). La manière d'aborder la place de l'environnement dans les stratégies des organisations diffère, mais il est bien évident que le contexte à l'intérieur duquel évoluent ces organisations doit être pris en compte lorsqu'il s'agit d'implanter un changement ou de mettre en place une nouvelle structure.

En ce qui concerne l'organisation des services de première ligne au Québec, et particulièrement l'évolution des pratiques, il y a actuellement une pression importante pour que le Québec se dote d'un réseau de première ligne bien organisé, avec un biais favorable pour les approches interprofessionnelles. L'environnement est très ouvert à de nouvelles approches et plusieurs modèles émergent afin de répondre aux demandes. On assiste à une transformation accélérée des modes de pratique. Les GMF, les cliniques-réseau, les coopératives de santé sont des exemples qui démontrent que pour un même environnement, une organisation peut faire des choix. De plus, l'évolution de ces modèles sera déterminante pour le futur de l'organisation du système de santé.

2.1.3 Le modèle de la planification stratégique

Les modèles de planification stratégique sont légion. Selon celui-ci, le gestionnaire doit évaluer les forces et les faiblesses de son entreprise, puis saisir les opportunités qui se

présentent à elle mais aussi anticiper les menaces qui planent. Par la suite, il fait un plan avec des étapes précises, associe chacune d'elles à de nombreuses listes et techniques, prête une attention particulière à la fixation d'objectifs en amont et à l'élaboration des budgets et des plans d'opération en aval. Le déroulement général est toujours illustré d'un, voire de plusieurs diagrammes (Mintzberg 1999). La concrétisation du changement se fera adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures planifiées ont été suivies (Champagne 2002). Ici, le changement est délibéré et formalisé, planifié par des administrateurs avant le début des modifications, et tout le processus doit être contrôlé afin que soient respectées les orientations. Le scénario se fonde sur l'hypothèse que, vu l'impossibilité de prédire l'avenir, la spéculation sur les différentes formes qu'il pourrait prendre permet de devenir plus réceptif, voire de deviner ce qui se passera vraiment. Cette pratique a souvent été présentée comme la meilleure et la bonne façon de faire (Mintzberg 1999) et demeure populaire auprès des praticiens et des consultants (Champagne 2002). Cependant, compte tenu de la rigidité que ce modèle apporte, ainsi que de la difficulté à tout prévoir et à tout planifier, il convient seulement à un contexte plutôt stable ou au moins prévisible et qu'on peut maîtriser (Mintzberg 1999).

Dans la mouvance actuelle qui entoure les pratiques professionnelles, il est peu probable que cette façon de planifier un changement donne de bons résultats. En effet, cette approche est trop rigide et la production d'un plan de changement est beaucoup trop longue et fastidieuse pour être utile dans le contexte présent, où il est nécessaire de pouvoir s'ajuster rapidement et de tenir compte de plusieurs facteurs imprévisibles qui surviennent constamment dans le système de santé. En effet, plusieurs groupes dans chaque région du Québec réfléchissent et expérimentent de nouvelles approches.

2.1.4 Le modèle entrepreneurial (ou les approches gurus)

Selon cette approche, le changement peut être géré par des leaders compétents et efficaces (Champagne 2002). Ici, la stratégie est un acte individuel, la construction d'un dirigeant qui est l'architecte de cette stratégie, en fonction de son intuition, de son jugement, de sa sagesse, de son expérience et de sa perspicacité, et à partir desquels il élabore sa vision, une image qui se forme dans sa tête et remplace le plan précis du modèle de la planification stratégique (Mintzberg 1999). Le gestionnaire trouve l'idée qui bouleversera

son organisation, il est créatif et voit au-delà, invente un monde qui n'existerait pas autrement. L'élaboration stratégique est dominée par la recherche active de nouvelles opportunités et le patron, dont la vision caractérise l'entreprise et en fait quelque chose d'unique, centralise le pouvoir.

Cette façon d'envisager le changement convient bien à une petite entreprise, et beaucoup de formations sociales continuent d'avoir grandement besoin de ce type d'élaboration de la stratégie. De plus, une entreprise nouvellement créée a besoin d'une direction puissante et d'une vision forte (Mintzberg 1999). Cependant, le fait que cette stratégie soit considérée comme indissociable de la personnalité d'un seul individu ne nous éclaire pas vraiment sur la nature du processus.

La complexité du système de santé rend impossible un changement par cette stratégie uniquement. En effet, si le système a besoin d'une direction claire par les dirigeants, en particulier par le Ministre de la Santé, ce dernier ne peut pas mener à bien un changement à lui seul. Il a besoin d'être épaulé et conseillé par différents groupes professionnels et syndicaux, entre autres, car les enjeux sont multiples. Dans l'application d'un changement important, le pouvoir ne peut être centralisé comme dans une petite entreprise car les professionnels disposent d'une liberté d'action individuelle qui doit « accepter » de suivre les modifications proposées.

2.1.5 Le modèle de l'apprentissage

Il existe de plus en plus de littérature sur les entreprises innovatrices, apprenantes. Selon ce modèle, le changement sera implanté avec succès si l'on réussit à mettre de l'avant un processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur (Champagne 2002). Ici, la formulation et la réalisation deviennent, à la limite, indiscernables. Les organisations apprennent à travers l'action collective et en exploitant la somme des connaissances disponibles au sein de la collectivité (Cohen 1990; Fiol 1994, cité par Champagne, 2002). L'apprentissage progresse de façon émergente par des comportements qui stimulent rétrospectivement la pensée afin que l'action prenne sens. Le rôle du dirigeant ne consiste plus à préconcevoir une stratégie délibérée, mais à gérer le processus d'apprentissage grâce auquel une stratégie nouvelle peut émerger (Mintzberg

1999); il est un agent de changement parmi d'autres (Demers 1999). L'apprentissage et le leadership sont collectifs (Prahalad 1990; Champagne 2002) et permettent une connaissance profondément ancrée, comme les racines d'un arbre (Mintzberg 1999).

L'entreprise apprenante est l'antithèse de l'ancienne organisation bureaucratique: elle est décentralisée, favorise la communication ouverte et encourage les gens à travailler en équipe. La collaboration remplace la hiérarchie, les valeurs dominantes sont la prise de risque, l'honnêteté et la confiance. Les entreprises capables d'apprendre de leur propre expérience obtiennent de meilleurs résultats que celles qui se contentent de s'adapter à leur environnement (Mintzberg 1999). Ce modèle est nécessaire lorsque l'environnement est instable et imprévisible et nécessite une adaptation constante (Mintzberg 1989). Cependant, il n'est pas compétent pour faire des choses ordinaires, et peut créer de la confusion lorsqu'il n'y a pas de stabilisation dans les activités. En effet, il y a un temps pour apprendre, et un temps pour exploiter le savoir acquis, et tout savoir n'est pas nécessaire. L'astuce ne consiste pas à tout changer tout le temps, mais à savoir quoi changer, et quand (Mintzberg 1999).

On retrouve dans ce modèle tous les ingrédients pour gérer une transformation réussie des pratiques professionnelles. Celui-ci peut être très utile pour répondre à un environnement instable comme celui qui existe actuellement, mais les gestionnaires avertis devront définir une direction à travers tous les indices qui émergeront des milieux, de façon à s'adapter tout en évitant un chaos dans lequel les acteurs ne s'y retrouveraient plus!

Les modèles orientés sur les stratégies qui peuvent être utilisées par un ou quelques individus pour gérer un projet ou un changement viennent d'être revus. Cependant, la réussite d'une telle entreprise dépend aussi de plusieurs autres facteurs, qui influencent grandement les organisations de santé, soit la culture et la politique qui, sans être clairement nommés, sont souvent des éléments majeurs dont il faut tenir compte lorsqu'il faut apporter des changements à l'intérieur d'une organisation. Dans le cas de la collaboration interprofessionnelle, il faut s'attendre à ce que les cultures existantes et les jeux de pouvoir soient de première importance.

2.1.6 La culture

Chaque organisation possède sa propre culture, qui est une interprétation du monde avec les activités et les produits qui la reflètent (Mintzberg 1999). Ces interprétations sont partagées collectivement, dans un processus social. Certaines activités peuvent être individuelles, mais leur signification est collective (Mintzberg 1999). L'idée qu'une culture forte et partagée est une bonne chose est devenue largement acceptée (Clegg p.13). Cependant, elle peut aussi devenir une source d'inertie importante (Mintzberg 1999). Par exemple, la structure du système de santé est constituée d'une structure physique particulière, d'une structure organisationnelle (gouverne), et d'une structure symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives) (Contandriopoulos 2002). Les valeurs sont institutionnalisées et représentées dans des formes organisationnelles particulières, et les acteurs ont intériorisé les exigences de l'espace social dans lequel ils pratiquent. L'existence de ces deux processus fait en sorte que les pratiques des acteurs ont tendance à se reproduire et à donner au système organisé d'action son inertie (Bourdieu cité par Contandriopoulos 2002).

Une organisation est donc une collection complexe de représentations qui définissent un milieu symbolique (Putnam p. 386) et la culture joue le rôle d'un filtre de perceptions qui non seulement fixe le cadre des décisions des gens mais la façon dont se fait la communication (Mintzberg 1999; Putnam p. 386). Ainsi, les dirigeants ont tendance à s'en tenir aux perspectives existantes, encastrées dans leur culture, et à garder les idées qui leur ont réussi dans le passé (Lorsch 1985; Mintzberg 1999), ce qui n'est pas toujours à leur avantage. Ils doivent aussi tenir compte de la culture dans leurs décisions. En effet, lorsque la culture est forte, le seul débat acceptable concerne l'interprétation de l'idéologie établie (Mintzberg 1989). Le succès dépend alors de la capacité de l'organisation à générer un consensus autour des objectifs poursuivis par le changement (Lorsch 1985; Champagne 2002). Lorsque le leader saura appuyer le développement d'une idéologie organisationnelle sur une croyance précise en une mission tout en participant d'un dévouement honnête envers ceux qui devront soutenir la réalisation de cette mission (Mintzberg 1989), il utilisera la force de la culture.

Les cultures médicales et les cultures infirmières sont traditionnellement très différentes. De plus, les cultures des organisations à l'intérieur desquelles ces professionnels évoluent sont aussi distinctes. Les professionnels à l'intérieur des CSSS ne se définissent pas comme ceux des cabinets privés. Les CSSS, en réunissant les établissements de santé (CLSC, CHSLD et hôpitaux), sont à établir leur propre culture. Les GMF, qui sont constitués parfois dans un établissement, mais souvent dans un cabinet privé, ont redéfini les relations entre les médecins et les administrations des établissements. Entre autre, les infirmières engagées par les GMF ont un lien d'emploi avec un CSSS. Il est prévisible qu'il y ait un certain « choc de culture » au moment de l'entrée en fonction de ces infirmières, surtout que leurs tâches ne sont pas prédéterminées. La façon dont se développe la représentation symbolique des GMF et le travail de collaboration sera essentielle à la compréhension de ce phénomène.

2.1.7 La politique

Certains auteurs considèrent que le pouvoir est le facteur-clé lorsqu'il s'agit d'expliquer de quelle façon les décisions sont prises, particulièrement lorsqu'il y a une lutte pour des ressources rares (Miller p.296). Bien que les organisations de santé ne soient pas généralement considérées comme des organisations politiques (Mintzberg 1989), il n'en reste pas moins que ces organisations professionnelles (Mintzberg 1989) sont soumises à des jeux de pouvoir de la part de différents acteurs à l'intérieur de leurs murs (micro-pouvoir), et utilisent le pouvoir pour interagir avec l'extérieur (macro-pouvoir) (Mintzberg 1999); ici le pouvoir étant pris pour décrire l'exercice d'une influence.

Quatre grands groupes d'acteurs interagissent et s'affrontent dans les systèmes de santé (Contandriopoulos 2000): les professionnels (médecins, infirmières), les gestionnaires, le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, assurances) et le monde politique. Ces quatre groupes amènent quatre modèles-types de régulation (Contandriopoulos 2000): la logique professionnelle se porte garante de l'intérêt collectif et met en place des mécanismes d'autorégulation visant à une formation pertinente des médecins, une bonne qualité des services rendus et le respect d'un code de déontologie exigeant, afin d'éviter que les professionnels utilisent leur position dominante pour employer de façon inappropriée les ressources du système de soins. La logique technocratique (monde gestionnaire) part du

postulat qu'il est possible rationnellement, en mobilisant des approches scientifiques, de définir comment employer de façon optimale les ressources pour satisfaire au mieux les besoins de la population. Cette logique se présente comme rationnelle, apolitique, tout entière dévouée à la maximisation de l'intérêt collectif. Par ailleurs, selon la logique marchande, l'affectation des ressources est optimale en termes de maximisation du bien-être quand tous les biens dans une société sont échangés sur des marchés en concurrence. L'État ne devrait pas intervenir dans le domaine de la santé et encore moins définir *a priori* une enveloppe budgétaire. Finalement, la logique démocratique (monde politique) énonce que les citoyens ont le droit et la responsabilité d'influencer les décisions et les actions socio-politiques car il faut qu'il existe de véritables espaces de débat.

Ces quatre logiques peuvent être transposées à l'hôpital, à l'intérieur duquel quatre mondes coexistent (Glouberman 2002), soit la communauté (administrateur, logique démocratique), le contrôle (gestionnaire, logique technocratique), le traitement (médecins, logique professionnelle) et les soins (infirmières, logique professionnelle). La prise de décision s'exerce ainsi à différents niveaux. Certaines personnes gèrent essentiellement du côté des opérations cliniques, d'autres gèrent de concert avec les gens qui contrôlent et/ou financent l'institution. De plus, une certaine gestion est pratiquée dans les unités et pour les personnes qui relèvent nettement de l'institution, tandis qu'une autre gestion est pratiquée par des gens qui sont engagés dans l'institution mais qui, en principe, échappent à son autorité officielle. Par exemple, les médecins agissent cliniquement à l'hôpital mais ne sont pas liés administrativement à l'établissement, les infirmières sont liées cliniquement et administrativement à l'hôpital, les gestionnaires ont peu de liens directs avec la clinique mais sont liés administrativement à l'hôpital et les administrateurs n'ont pas de liens directs avec la clinique et sont administrativement à l'extérieur de l'hôpital.

Les acteurs à l'intérieur des organisations utilisent différentes stratégies pour arriver à leurs fins. Une des plus grandes sources de pouvoir est l'habileté de certains individus ou groupes à contrôler l'incertitude (Mintzberg 1989; Lamothe 1999; Hardy p.625; Denis 1999) et en particulier, dans les hôpitaux, ce pouvoir est généralement détenu par le corps médical (Lamothe 1999; Denis 1999). Ceci a une importance lorsqu'il s'agit d'implanter

une nouvelle collaboration interprofessionnelle, alors que la négociation d'un nouvel ordre est primordiale et que de nouveaux rapports s'établissent.

Le succès d'un changement dépendra donc largement du soutien accordé par les acteurs ou les groupes exerçant des contrôles importants dans l'organisation, notamment le contrôle des ressources matérielles et humaines. Le gestionnaire doit prendre des initiatives qui canalisent les forces politiques vers un appui au changement et le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes (Champagne 2002). Bien que les jeux politiques soient plutôt considérés comme pouvant nuire au bon fonctionnement d'une organisation (Mintzberg 1989), ils comportent quelques bienfaits. En effet, cela peut faire en sorte que les membres les plus forts soient portés en position de pouvoir; assurer que tous les aspects d'un problème seront débattus jusqu'au bout; aider à promouvoir un changement nécessaire, mais bloqué par un système d'influence plus légitime; et dégager les chemins du changement effectif (Mintzberg 1999).

Au moment de l'implantation des GMF, nous avons assisté à une lutte de pouvoir à plusieurs niveaux. Le Ministère, détenteur des cordons de la bourse, et initiateur de ce nouveau concept, les associations professionnelles, les établissements, les médecins, eux-mêmes professionnels autonomes et peu habitués à négocier leur travail, ont chacun exprimé leur volonté d'avoir un impact sur les changements en cours. En ce qui concerne le travail de collaboration interprofessionnelle, il sera important de voir comment cet aspect a été abordé localement dans le partage d'un travail conjoint auprès des patients, si toutefois il existe un tel travail.

2.1.8 Le leadership

La façon d'être, de planifier, de percevoir du gestionnaire, teintera la manière de concevoir le changement, et l'interaction entre le leader et l'équipe qu'il amène vers une pratique différente aura une influence sur la réussite ou non du projet. Dans l'étude de Beaulieu (2006), une des conclusions était qu'un leadership fort est un facteur important dans le développement de la collaboration. Il existe différentes manières de gérer un changement. La personne responsable de le mener, peu importe la façon dont elle le fait, doit posséder certaines qualités pour exercer un leadership et réussir l'action entreprise. Le

leadership peut être considéré comme un processus d'influence où le leader a un impact sur les autres en les amenant à se comporter d'une certaine manière. Ce processus d'influence est conceptualisé comme prenant place à l'intérieur d'un groupe. Finalement, l'influence du leader sur le groupe se fait autour d'objectifs que le groupe doit atteindre. Un leader efficace sera en mesure de faire en sorte que les objectifs du groupe soient effectivement atteints (Bryman p.276).

Les chercheurs se sont d'abord intéressés aux caractéristiques des leaders (l'approche par traits) puis, comme ils n'arrivaient pas à bien définir le leader-type, ils se sont tournés vers leur style ou leur comportement. Par la suite, ils ont proposé une approche par contingence, selon laquelle il existe des « fits » entre un leader et une situation donnée. Selon cette théorie, pratiquement, cela signifie que comme la personnalité ne peut changer, il faut adapter la situation au besoin pour qu'elle puisse s'ajuster à la personnalité du leader.

Les nouvelles approches du leadership nous amènent vers une conception d'un leader ayant la capacité de définir la réalité d'une organisation par l'articulation d'une vision qui est le reflet de sa façon de définir et de décoder la mission de l'organisation et des valeurs qui la soutiennent. On reconnaît deux types de leadership, soit le leadership transactionnel et le leadership transformationnel (Bryman p.280; Ferlie 2001). Le premier type comprend un échange entre un leader formel (qui agit à l'intérieur de structures existantes) et son équipe, qui peut obtenir certaines récompenses si elle répond aux attentes du leader. Le leadership transformationnel, par ailleurs, cherche à remplacer ce qui existe déjà afin de produire un nouvel ordre.

Le leader charismatique est souvent associé à un leadership transformationnel. Il peut d'abord reconnaître une opportunité et la nécessité de changement pour ensuite formuler une vision en relation avec les nouveaux besoins. Deuxièmement, le leader réussit à communiquer sa vision, un processus qui comporte une description du statu quo comme étant inacceptable puis une capacité à faire comprendre sa vision aux autres. Troisièmement, le leader construit la confiance en cette vision et finalement, il suscite l'adhésion et sert de rôle modèle afin que tous voient comment arriver à mettre en place

les nouvelles façons de faire (Bryman p.281; Mintzberg 1989). Ainsi, le leader peut créer, maintenir ou changer les cultures selon les visions qu'il élabore (Bryson p.285).

Dans un livre paru en 1997, « Artistes, artisans et technocrate », Pitcher décrit les qualités et les attributs de trois types de leaders différents. L'artiste est visionnaire, inspirateur, intuitif, émotif, téméraire. On reconnaît ici les qualités d'un leader visionnaire, entrepreneur. Celui-ci possède la capacité de développer sa vision et réussit à faire en sorte que les autres se l'approprient. Ses capacités relationnelles et communicationnelles sont excellentes. Le point faible de ce type de gestionnaire est sa capacité de mener à bien les projets qu'il débute car il n'est pas assez organisé. Certains leaders d'organisations innovatrices possèdent ces qualités mais ils doivent s'entourer de gens capables de mettre un peu d'ordre dans leurs projets.

L'artisan est raisonnable et réaliste, ouvert d'esprit, informé, capable de tenir compte des gens et de les amener au meilleur d'eux-mêmes. Ces qualités en font un bon gestionnaire dans les organisations innovatrices ou professionnelles. Il est rassembleur, sait écouter et reconnaître les bonnes idées qui émanent des gens avec qui il travaille. Cependant, ce n'est pas lui qui proposera une vision très novatrice et n'est pas aussi organisé que le technocrate.

Finalement, le technocrate est brillant, très organisé, méticuleux, rigide. Il saura faire une bonne planification stratégique et évoluera bien au sein d'organisations stables, qui n'ont pas à faire des changements en profondeur. Les limites de ce type de gestionnaire se font sentir lorsqu'il s'agit de développer de nouveaux projets dans un environnement en mouvance, car il est confortable dans un cadre déjà établi.

2.1.9 La gestion hospitalière

La gestion des cabinets médicaux, au sein desquels sont formés la plupart des GMF, ont été peu étudiées, contrairement à celle des organisations hospitalières. Bien qu'il ne soit pas possible d'appliquer intégralement aux GMF les connaissances tirées des écrits sur la gestion hospitalière à cause de leurs différences de structure importantes, il faut noter que ces deux organisations partagent l'exposition à une influence médicale prépondérante. Cette influence devra permettre que l'évolution des pratiques professionnelles au sein des

GMF, tel que proposée, ait une valeur ajoutée. La compréhension des enjeux à l'intérieur de ceux-ci revêt alors toute son importance.

L'organisation hospitalière est généralement reconnue comme un exemple type de ce qu'il est convenu d'appeler une bureaucratie professionnelle, qui traduit la cohabitation de deux modèles d'organisation, le bureaucratique et le professionnel (Lamothe, 1999). Par définition, l'organisation professionnelle repose, pour fonctionner, sur les qualifications et le savoir de leurs opérateurs professionnels, dont la complexité leur garantit une latitude considérable dans leur application (Mintzberg 1989). La structure administrative y est plutôt démocratique. Ces organisations sont associées à un modèle collégial où les décisions sont prises par une « communauté d'individus et de groupes dont chacun peut avoir un rôle et une spécialité différents mais qui partagent des buts et des objectifs communs pour leur organisation ». L'intérêt commun est la ligne de force et la prise de décision se fait, en conséquence, par consensus (Mintzberg 1989). Cependant, l'hôpital est composé de plusieurs groupes qui élaborent leurs propres stratégies afin de maximiser leur champ d'influence à l'intérieur de l'organisation, lequel est associé à une zone de contrôle de l'incertitude (Lamothe 1999). De plus, les études portant sur les relations interprofessionnelles mettent en évidence que les luttes interprofessionnelles sont au cœur du professionnalisme et que c'est par la concurrence avec les autres professions que chacune définit sa zone de contrôle du travail (Lamothe 1999).

La gestion du changement dans des organisations pluralistes comme les organisations de santé repose sur la création d'un leadership collectif au sein duquel les membres jouent des rôles. L'analyse des dynamiques entourant la formation de réseaux de services intégrés confirme qu'ils émergent d'un engagement des professionnels à modifier leurs pratiques (Contandriopoulos 1999; Lamothe 2002). D'autre part, un fonctionnement adéquat des réseaux suppose une adaptation cohérente du cadre structurel et administratif (Lamarche 2001). À ce niveau, il est possible d'appliquer ces notions au contexte d'un GMF. En somme, les professionnels détiennent globalement le contrôle des décisions associées à la production et l'encadrement administratif assume un rôle de support de la structure professionnelle et une fonction d'intégration (Lamothe 2002).

Les services de santé sont actuellement soumis à de réels changements particulièrement en première ligne, et l'implantation des GMF fait partie intégrante de ces changements. D'ailleurs, ceux-ci devraient être partie prenante d'un réseau intégré et il est souhaitable qu'un travail de collaboration efficace pourra y contribuer, de façon à obtenir un modèle plus fonctionnel. Les GMF bénéficient d'une structure beaucoup plus légère que les organisations hospitalières, et bien que s'apparentant aux organisations professionnelles, ils possèdent aussi plusieurs caractéristiques des organisations innovatrices; la réconciliation des objectifs des différents acteurs impliqués dans ces nouvelles structures y présente un défi appréciable. À la lumière de ce qui précède, il faut retenir qu'à l'intérieur des orientations données par le Ministère (environnement), il est possible d'adapter les GMF aux besoins différents dans les régions du Québec. Pour une transformation des pratiques réussie, plusieurs facteurs seront nécessaires. D'abord, il faudra un gestionnaire médecin, appuyé par une volonté organisationnelle et une volonté professionnelle, capable de présenter un projet porteur pour l'ensemble de l'équipe qu'il représente (entrepreneurial). Ce projet aux objectifs clairs devra être assez souple pour tenir compte des commentaires des professionnels touchés et pour s'adapter dans le temps à de nouveaux éléments au besoin (apprentissage). Par exemple, la venue d'infirmières à l'intérieur d'une équipe doit permettre de discuter et de modifier les orientations afin que chacun s'approprie le projet, pour en faire une représentation symbolique reflétant les croyances partagées des acteurs impliqués (culture). Par ailleurs, le porteur du projet devra avoir la capacité de lire et de détecter les forces en présence pouvant entraver la bonne marche du projet, d'en tenir compte afin de trouver une voie de passage satisfaisante (pouvoir). Pour amener un changement dans un système aussi complexe que celui de la santé, une seule approche ne suffira certainement pas.

2.2 La collaboration interprofessionnelle

S'il existe plusieurs stratégies pour gérer un changement, la littérature concernant la collaboration est aussi abondante. Les concepts les plus fréquemment reliés à celle-ci sont le partage, l'association, l'interdépendance et le pouvoir, définis dans un processus dynamique (D'Amour 2005). On parle aussi de concepts reliés à l'équipe et du « focus sur le client » (D'Amour 2005). Une fois ces termes définis, la revue de littérature permet

d'identifier des modèles théoriques de collaboration interprofessionnelle et de dégager les déterminants de cette collaboration.

2.2.1 Les modèles de collaboration interprofessionnelle

Il existe plusieurs modèles théoriques sur la collaboration interprofessionnelle. Trois d'entre eux seront présentés; ceux-ci ont été retenus car ils ont été mis à l'épreuve, sont basés sur une théorie explicite et reposent sur une collecte de données empiriques par les chercheurs (Oandasan 2004; D'Amour 1997; D'Amour 2005). Les deux premiers modèles se sont inspirés des écrits sur la théorie organisationnelle concernant les groupes de travail et l'efficacité des équipes (West 1998; Sicotte 2002). Le troisième est basé sur l'analyse stratégique de Crozier & Friedberg (1977) et sur l'analyse organisationnelle de Friedberg (D'Amour 1997). Ces analyses touchent à la sociologie des organisations.

Le premier modèle, proposé par West, Borrill et Unsworth (1998) tient compte des données reliées à la tâche, à la composition des groupes, au contexte culturel et au contexte organisationnel. Il inclut aussi des variables reliées aux processus en lien avec l'efficacité, tels le leadership, la clarté des objectifs, la communication. Finalement, les résultats observés portent sur la performance, la qualité des soins, l'innovation, la viabilité.

Le deuxième modèle est proposé par Sicotte, D'Amour et Moreault (2002). Inspirés de Gladstein (1984), ils ont mené une étude dans 146 CLSC au Québec pour développer un modèle qui tient compte d'abord de variables contextuelles, soit les caractéristiques structurelles des programmes et les caractéristiques des gestionnaires. On y trouve aussi des variables reliées au processus intragroupe tels la croyance en la collaboration, l'intégration sociale dans le groupe, le degré de conflit associé avec la collaboration et l'accord avec les logiques disciplinaire et interdisciplinaire. Les données ont été analysées en termes d'intensité de collaboration, basée sur le degré de coordination interprofessionnelle et de partage des activités. Les auteurs ont montré l'importance de la formalisation pour le développement de la collaboration interprofessionnelle ainsi que l'importance de résoudre les conflits à tous les niveaux.

Le troisième modèle a été développé à partir de données de 3 équipes d'un CLSC et a été élaboré dans le cadre d'une thèse de doctorat (D'Amour 1997). Il divise le processus de

collaboration en quatre dimensions : la finalisation, l'intériorisation (sentiment d'appartenance), la formalisation et la gouverne de la collaboration.

2.2.2 Déterminants de la collaboration interprofessionnelle

Par ailleurs, il existe une littérature abondante sur les déterminants de la collaboration interprofessionnelle. Ceux-ci sont définis comme des éléments-clés dans le développement et le renforcement subséquent de la collaboration dans les équipes de travail. Cependant, les travaux publiés portent plus sur une approche conceptuelle que sur des données empiriques (Oandasan 2004; San Martin-Rodriguez 2005). Il ressort de ces études empiriques trois grandes catégories de déterminants, soit les déterminants macrostructurels, organisationnels et interactionnels (Arslanian-Engoren 1995; Baggs 1997; Borrill 2002; D'Amour 1997; Hojat 2001; Liedtka 1998; Sicotte 2002; Silén-Lipponen 2002). Les déterminants macrostructurels comprennent les systèmes social, culturel, professionnel et éducationnel. Il est possible de faire un parallèle entre ces déterminants et l'environnement décrit auparavant. Ces éléments influencent tout le contexte de pratique et les relations qui se développent à l'intérieur des organisations. Les déterminants organisationnels comprennent la structure et la philosophie de l'organisation, le support administratif, les ressources et les mécanismes de coordination. Les déterminants interactionnels sont les plus étudiés. On y retrouve la volonté de collaborer, la confiance, la communication et le respect mutuel. Ceux-ci doivent être implantés dans les pratiques professionnelles pour développer une nouvelle culture, soit par une planification stratégique, soit de façon visionnaire, soit en interpellant l'ensemble des gens impliqués dans un travail innovateur, ou un peu de tout cela.

Il est surprenant de constater qu'au-delà de la collaboration elle-même, on trouve peu d'études sur la division des tâches à l'intérieur des équipes. Il s'agit pourtant d'un enjeu important lorsque deux corps professionnels décident de donner des services à une population donnée et qu'une partie des activités qu'ils peuvent effectuer sont partageables. La capacité de répartir les tâches et les rôles devrait être un facteur primordial de réussite du travail de collaboration dans les nouveaux GMF.

Il existe plusieurs façons d'aborder la collaboration interprofessionnelle. Les études et les modèles démontrent tous l'importance de l'environnement entourant la pratique, mais

l'influence des facteurs environnementaux peut être perçue de manière différente dans les modèles. L'interaction est aussi fondamentale dans les écrits mais prend des formes multiples; on se penche surtout sur les caractéristiques des groupes, peu sur les processus de travail (D'Amour 2005). De plus, ces modèles ont été définis à partir de données empiriques provenant d'équipes déjà implantées et faisant généralement partie d'organisations existantes avec un support au niveau de la gestion (par exemple les hôpitaux ou les CLSC). Il est peu fréquent d'avoir l'opportunité d'étudier une collaboration dans des équipes en formation. Avec les GMF, un élément supplémentaire justifiant l'étude du développement de la collaboration est que celle-ci s'implante dans des milieux très différents et souvent beaucoup moins structurés que les organisations à partir desquelles ont été élaborés les modèles précédents (hôpitaux, CLSC).

2.2.3 Le travail d'équipe

L'implantation d'une collaboration interprofessionnelle nécessite la capacité de travailler en équipe, et celle de revoir les façons de faire. Les schémas cognitifs doivent être modifiés afin de développer une nouvelle façon de travailler (Mintzberg 1999). En effet, la façon de percevoir, filtrer et conceptualiser les informations est déterminante dans la manière de répondre aux demandes (Tenbrunsel p.314) et les professionnels habitués à travailler seuls doivent apprendre à tenir compte d'autres opinions. Cette collaboration doit être vue comme une innovation et à ce titre, nous examinerons les facteurs de succès de l'implantation d'une innovation, celle-ci étant par définition l'apprentissage d'un travail d'équipe.

Tout d'abord, il existe un consensus dans la littérature sur le fait que la clarté et l'engagement d'un individu aux objectifs de l'équipe est d'une grande importance dans son efficacité, en particulier dans les équipes de première ligne (Poulton 1999; Tenbrunsel p.326; Leese 2001; Roblin 2003; Bower 2003). Les membres doivent développer une identité pour leur équipe, de nouvelles valeurs partagées dans la philosophie des soins, et être capable d'identifier et de résoudre les mésententes et conflits qui concernent les rôles et responsabilités des membres de l'équipe (Roblin 2003). Il faut donc garder du temps pour des discussions afin de développer une vision partagée des objectifs de travail, de

clarifier les rôles, de définir les tâches (Tenbrunsel p.325), en permettant à tous de participer et ainsi d'être partie prenante du changement. La qualité des services devrait aussi être au cœur des préoccupations des professionnels (Leese 2001; Roblin 2003), qui devraient s'engager à l'excellence (Bower 2003).

La communication est un outil très important dans l'élaboration du travail d'équipe (Gladstein 1984). La fréquence des contacts entre les différents acteurs favorise l'innovation, particulièrement dans le cas où il y a des différences culturelles entre les groupes, lorsque celles-ci peuvent devenir des barrières à la communication et à la compréhension (Putnam p.383; Nkomo p.345). En effet, l'hétérogénéité à l'intérieur d'un groupe réduit la cohésion intragroupe, diminue la satisfaction, et augmente le roulement de personnel. Par contre, sous certaines conditions, elle augmente la créativité, la qualité des décisions et l'innovation, justement lorsque la communication se fait facilement (Nkomo p. 343-344). Les gens doivent se sentir libre de générer des idées, de créer des solutions aux problèmes, et d'expérimenter de nouvelles façons de faire, tout en se sentant responsables des résultats (Dougherty p.430). Ceci rejoint la théorie sur les organisations innovatrices (Mintzberg 1999).

2.3 Résultats des études sur les premiers GMF

Trois équipes de recherche se sont penchées sur différents aspects de l'implantation des GMF de première vague (Reinharz 2004; Trahan 2004; Beaulieu 2005). Les trois projets ont un volet touchant le développement de la collaboration. Les éléments positivement associés au développement d'une collaboration réussie et d'un travail de groupe efficace sont la présence d'un projet commun, d'une vision claire, des valeurs partagées, l'intégration graduelle des infirmières, la reconnaissance des compétences et une confiance mutuelle, un partage clair des ressources et des tâches, l'élaboration de mécanismes de communication et d'outils cliniques communs, l'acceptation d'une période d'ajustement, d'adaptation et d'apprentissage, ainsi que le leadership et les aptitudes et attitudes personnelles du médecin responsable.

Les éléments négatifs associés au développement d'une collaboration réussie comprennent les éléments de résistances des médecins et des patients, la difficulté à changer la culture,

le manque d'ouverture de certains médecins, les luttes de pouvoir pour des champs de compétence et le manque de stabilité du personnel.

Ces études ont été effectuées auprès des premiers GMF qui étaient déjà avancés en termes de réflexion sur les pratiques, et plusieurs d'entre eux se trouvaient dans le réseau public. Ils devraient donc être différents de ceux qui ont été implantés par la suite (Ferlie 2001). Il sera important d'approfondir la connaissance du développement de la collaboration dans les équipes moins avancées, en particulier celles qui évoluent dans des structures moins lourdes, afin de dégager une compréhension plus grande de ce phénomène.

2.4. Conclusion

À partir de cette revue de la littérature, il se dégage un certain nombre de points importants concernant la transformation du système de santé, et particulièrement de l'implantation du travail de collaboration au sein de nouveaux modèles en formation comme les GMF, qui donnent une occasion unique de changer réellement quelque chose et de donner une valeur ajoutée par rapport aux pratiques antérieures.

Le changement dans un système complexe représente l'aboutissement de diverses interactions entre plusieurs acteurs ou groupes d'acteurs. Un des enjeux majeurs lors d'un changement est la confiance. L'établissement de nouvelles relations de confiance est essentiel à l'obtention de nouveaux consensus professionnels requis (nouveaux ordres négociés) et la légitimité et l'efficacité des dispositifs de liaison (protocoles, ententes informelles), découlent directement du degré de confiance atteint dans la genèse de nouveaux consensus cliniques (Lamarche 2001). Ces nouvelles relations de confiance se tissent dans un processus évolutif d'apprentissage collectif qui, bien qu'il exige du temps, est essentiel à l'acquisition de nouvelles connaissances (Lamothe 2002). De plus, la présence d'un leadership clinique crédible s'avère essentielle (Lamarche 2001) à son implantation. Pour arriver à intégrer des services, à atteindre un changement des pratiques durable et en profondeur, Denis (2002), propose ainsi d'aligner les structures, les incitatifs et les interactions. Pour qu'un changement apparaisse, il faut qu'il y ait un espace où il puisse se déployer; qu'il soit encouragé par des modalités organisationnelles favorables; qu'il soit perçu par une large coalition d'acteurs comme le moyen de réaliser un projet

collectif excitant et pas seulement imposé de l'extérieur; et qu'il y ait du leadership (Contandriopoulos 2001-12).

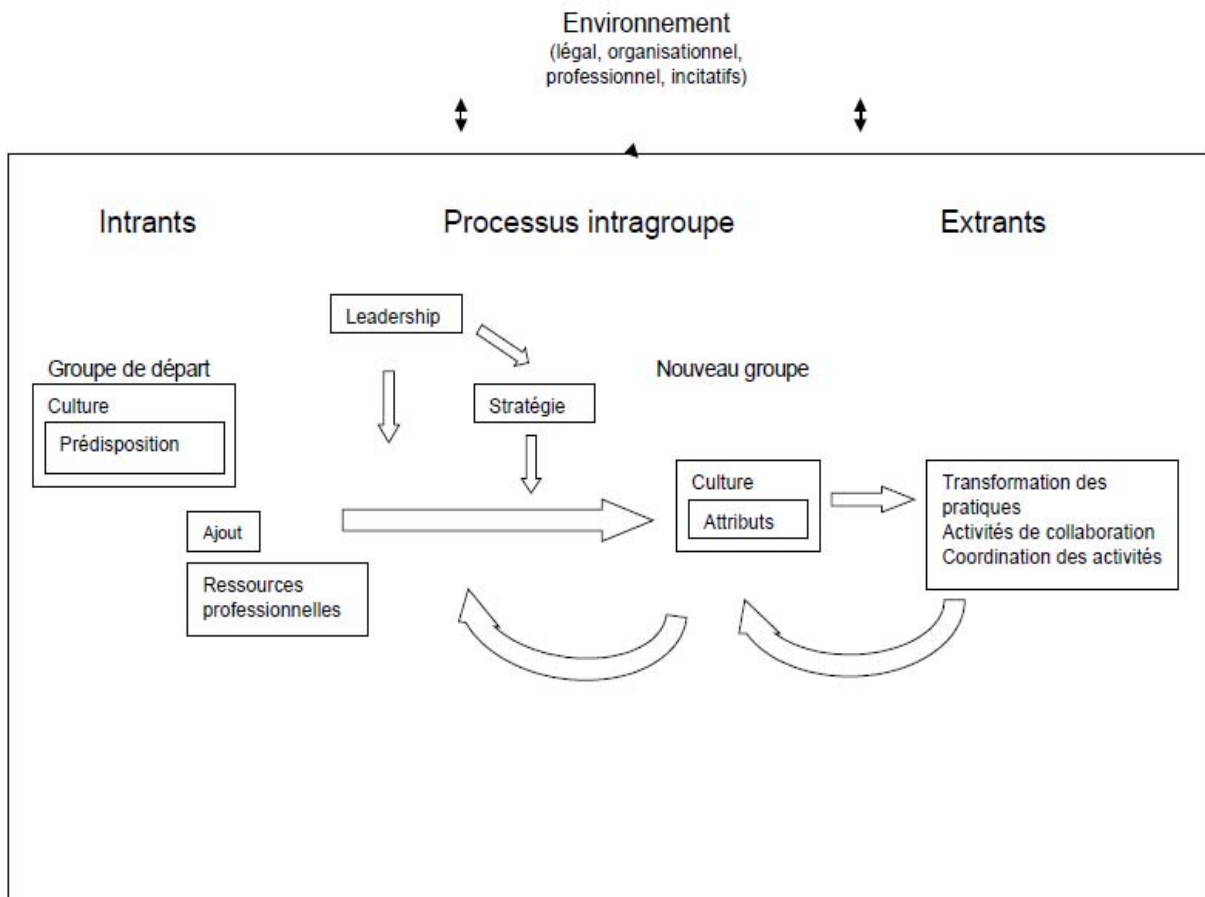
Il n'existe pas de modèle parfait pour apporter un changement. Cependant, le leader devrait être capable, à partir des conditions de son environnement, de créer une vision qui fait du sens, de l'adapter au gré des suggestions de son groupe, de planifier adéquatement les étapes du changement, et d'amener son équipe vers une nouvelle culture, tout cela en utilisant les différentes sources de pouvoir disponibles. Les enjeux pour transformer les pratiques sont l'acquisition par les acteurs de nouveaux modèles intellectuels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouveaux projets et de nouveaux engagements; l'apprentissage de nouvelles capacités collectives; et le changement dans les relations entre les acteurs (Contandriopoulos et al, 1999-18).

3. Modèle théorique

Le cadre conceptuel retenu (Figure 1) est une adaptation de trois cadres déjà existants. Le premier (Contandriopoulos 2001) a été présenté dans un article sur les dynamiques du changement. Le deuxième (Gladstein 1984) est tiré d'un article qui traite du travail de groupe et de l'efficacité d'équipe. Finalement, le troisième (Sicotte 2002), a été présenté dans le cadre d'un article sur la collaboration interdisciplinaire. La mise en commun des différentes composantes de ces cadres a été faite de façon à intégrer dans une même figure les notions de changement, de travail de groupe et de collaboration interprofessionnelle. Ceci permet de mieux comprendre comment un groupe, à travers les processus qui le caractérisent, peut évoluer vers des changements de pratique, notamment à l'aide du développement des activités de collaboration. Il permet de voir comment ces facteurs s'influencent entre eux, et de vérifier ceux qui sont associés à une collaboration satisfaisante et à une transformation des pratiques.

Figure I

Modèle de transformation des pratiques de collaboration



4. Méthodologie

4.1 Stratégie et devis de recherche

Cette étude vise à expliquer et à prévoir un phénomène complexe. En effet, la collaboration dépend d'un ensemble de facteurs qui s'influencent l'un l'autre. Il faut donc aborder le problème en profondeur, et d'un point de vue systémique, en laissant une place à l'émergence des données (Patton 2002). Pour bien expliquer comment les pratiques se transforment au sein d'un GMF vers une plus grande collaboration, et afin de bien répondre à la question de recherche, cette étude rétrospective sera qualitative et le devis retenu est une étude de cas unique (Contandriopoulos 1990; Yin 2003).

4.2 Population à l'étude

Le cas étudié (unité d'analyse) est un GMF accrédité après le mois de juin 2001, soit après la première vague d'accréditation. Il est situé en cabinet privé, sur un site unique, et est constitué de médecins qui ont une expérience de travail avec les infirmières ou d'autres professionnels ce qui, selon le modèle, pourrait favoriser le développement de la collaboration. Le GMF est reconnu par les pairs comme un GMF ayant bien réussi l'implantation de la collaboration avec les infirmières, afin de permettre de voir si le modèle de développement de cette collaboration peut s'appliquer.

Les GMF en cabinet privé ont des caractéristiques qui leur sont propres, lorsqu'on les compare aux GMF dans le réseau public. La structure est plus légère, les comités ne sont pas obligatoires, il n'y a pas de département organisé, le mode de rémunération est différent (ALDO 2004), et la présence d'infirmières est plus rare. Ceci explique pourquoi il est particulièrement intéressant de voir de quelle façon la collaboration s'y développe. De plus, il est connu que le fait d'avoir un ou plusieurs sites peut influencer le développement de la collaboration. Comme ce point ne devait pas être un enjeu pour l'étude, le GMF retenu opère sur un site unique.

4.3 Échantillonnage

L'échantillon était de type non probabiliste, et a été sélectionné selon un choix raisonné (Contandriopoulos 1990). Le GMF étudié provient d'une région où les GMF se sont développés en grand nombre, ce qui permet de penser que l'environnement est particulièrement favorable au développement de ce modèle de pratique. Un informateur-clé (chargé de projet à l'ADRLSSS) a été utilisé pour obtenir les caractéristiques des GMF du territoire, de façon à choisir un cas « révélateur » (Patton 1990), ici un cas ayant réussi à développer une bonne collaboration. Les données ont été recueillies jusqu'à saturation empirique (Patton 2002), pour un total de onze entrevues (huit médecins, deux infirmières et une gestionnaire du CSSS). Le responsable du GMF sélectionné a été contacté afin de lui présenter le projet et il a donné son accord. Par la suite, les membres du personnel ont été invités par la chercheuse, avec l'aide de l'adjoint administratif, à la contacter selon leur intérêt à participer à l'étude, afin que le choix de participer ou non soit volontaire.

4.4 Définition des variables

Le concept exploré est celui de la transformation des pratiques, avec les variables suivantes : les intrants, le processus intragroupe et les extrants.

4.4.1 Les intrants

Ils comprennent le groupe de départ, avant la formation du GMF, puis le groupe formé de ce premier groupe, plus les ressources infirmières ajoutées. Les dimensions explorées sont la composition des groupes, leur mode de fonctionnement, leurs expériences antérieures et leurs caractéristiques personnelles. La culture du groupe, c'est-à-dire son sentiment d'appartenance et la connaissance mutuelle de ses valeurs sera aussi explorée.

4.4.2 Les processus intragroupe

Ils ont été évalués par le leadership reconnu officiellement et par les membres du groupe, par les stratégies utilisées pour mener le changement. De plus, les déterminants interactionnels, soit la façon dont les infirmières et les autres membres de l'équipe sont accueillis, les moyens de communication en vigueur, les croyances, les conflits et leur mode de résolution, la volonté de collaborer, la confiance existant entre les professionnels,

le respect mutuel, et les déterminants organisationnels, soit la formalisation des processus, les rencontres formelles et les lieux d'échanges ont fait partie des éléments qui ont permis de définir les processus intragroupe.

4.4.3 Les extraits

Ils ont été mesurés par l'existence d'activités de collaboration, dont l'intensité peut donner un éclairage sur les pratiques actuelles. Cette variable a aussi été définie par l'évaluation que les membres ont faite de la transformation de leurs pratiques.

4.5 Méthode de collecte de données

Les données ont été recueillies durant les mois de mai à août 2008. Des entrevues semi-dirigées touchant les thèmes ci-haut mentionnés ont été effectuées auprès du médecin responsable du GMF sélectionné ainsi qu'auprès des médecins et des deux infirmières en place et ce jusqu'à saturation empirique des données. Le guide de ces entrevues est présenté à l'annexe 1. De plus, durant la collecte de données, il a été décidé d'ajouter une entrevue avec la directrice du CSSS responsable du développement des GMF, afin de trianguler les données, ce qui a permis d'obtenir une information en profondeur. Le choix de faire des entrevues semi-dirigées a fait en sorte que les personnes interviewées ont pu s'exprimer librement, tout en s'assurant d'avoir des informations sur les catégories identifiées dans le modèle conceptuel.

Des données factuelles concernant le GMF étudié ont été obtenues auprès du médecin responsable (nombre de médecins, expérience antérieure de l'équipe avec des infirmières, clientèle).

Finalement, les documents concernant les outils cliniques et les outils de communication ont été consultés.

Bien que les données eussent pu être complétées par une observation non-participante, il a été décidé, pour les fins de ce travail, de se limiter aux entrevues et aux documents.

4.6 Qualité des instruments de mesure

La grille d'entrevue a été conçue à partir de grilles déjà éprouvées par d'autres groupes de chercheurs (D'Amour 1997; Beaulieu 2006) et adaptée pour la recherche actuelle. Elle a

été validée auprès d'un petit nombre de médecins et d'infirmières qui travaillent dans un autre GMF avant d'être utilisée aux fins de cette recherche.

4.7 Critères de rigueur

Les critères de rigueur définis par les devis qualitatifs (Seale 1999; Devers 1999) sont: crédibilité, fidélité des données, objectivité et transférabilité.

4.7.1 Crédibilité

Les données ont été collectées par différentes sources (médecins, infirmières, gestionnaires), dans plus d'un établissement (GMF, CSSS), et les résultats ont été obtenus non seulement par les entrevues mais aussi par des documents appuyant les propos recueillis lors des entrevues. La crédibilité est donc assurée par la triangulation des sources de données et des types de données (Barbour 2001; Giacomini 2000; Mays 2000). De plus, la comparaison avec la théorie existante appuie les données recueillies. Finalement, les résultats ont été soumis au médecin responsable du GMF afin de les tester auprès de ceux qui les ont fait émerger (Barbour 2001; Mays 2000) et de s'assurer de leur pertinence, et les commentaires ont été pris en compte dans la présentation des résultats.

4.7.2 Fidélité

Les grilles utilisées et le matériel empirique sont disponibles; la façon de codifier et le processus d'analyse de données sont décrites le plus clairement possible à la section 5, permettant à un lecteur moins familier avec ce sujet de comprendre comment les conclusions ont été tirées (Devers 1999; Mays 2000). De plus, les données ont été soumises aux deux co-directeurs de recherche qui ont effectué une revue critique des données et de leur interprétation.

4.7.3 Objectivité

La chercheuse reconnaît que ses expériences professionnelles et ses idées préconçues avant le début de l'étude ont pu avoir un impact sur l'analyse des résultats. Un journal de bord a été tenu afin de pouvoir exprimer ses impressions sur la recherche et son déroulement, amenant ainsi la réflexivité nécessaire pour comprendre de quelle façon ses

présupposés et ses valeurs peuvent influencer les résultats, et vice-versa. De plus, la triangulation, la revue sceptique par les pairs et la recherche de cas négatifs, tels que décrits plus haut, amélioreront l'objectivité de la recherche (Seale 1999; Devers 1999). Tout au long de la collecte et de l'analyse des données, une attention spéciale a été apportée à ne pas tirer de conclusions hâtives et à bien s'assurer de refléter ce qui s'est réellement dit et écrit.

4.7.4 Transférabilité

La description détaillée et riche du milieu étudié donne suffisamment de détails sur le contexte des événements, permettant aux lecteurs de bien comprendre ce qui se passe dans cet endroit et leur permettant de juger de l'applicabilité des trouvailles à d'autres contextes qu'ils connaissent (Seale 1999; Devers 1999). L'objectif premier ici n'est pas de généraliser les résultats mais bien de comprendre le phénomène étudié. Par la suite, l'étude d'autres cas pourrait permettre une réplication des données et donc rendre les conclusions plus robustes (Yin 2003), ou bien par cas contrasté, il serait possible de comparer les données de cette étude à celles d'une étude faite auprès d'un milieu éprouvant des difficultés à transformer leur pratique.

5. Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites par écrit intégralement. Les documents ont été identifiés et classés de façon à pouvoir les retrouver facilement, mais l'anonymat des participants a été préservée. Une liste chronologique des documents et des entrevues, complétée par une liste descriptive des répondants, a été réalisée afin de faciliter l'analyse ultérieure des données.

La grille d'analyse a d'abord été constituée à partir des catégories déjà identifiées dans la littérature, en ne fermant pas la porte à de nouvelles catégories émergentes. Les données ont été analysées une première fois à partir de cette grille, et les codes ont par la suite été modifiés pour tenir compte des éléments retrouvés. L'analyse a ensuite été raffinée à partir de ces nouveaux codes. À partir de ces thèmes, il a été possible de construire une chaîne logique d'indices et de preuves (Miles 2003).

Quelques jours après le début de l'analyse, les premières pages ont été analysées à nouveau afin de vérifier si celle-ci pouvait être reproduite par une même personne. 82% des citations ont été codées une deuxième fois de la même façon, ce qui permet d'affirmer que cette analyse était reproductible (Miles 2003).

L'analyse a été soumise aux participants pour valider les interprétations et les conclusions. Enfin, un échantillon d'entretien a été lu par les deux co-directeurs de recherche afin de s'assurer que la codification reflète bien la réalité des entrevues.

6. Résultats

Visant à comprendre les facteurs facilitant et contraignant le développement de la collaboration interprofessionnelle au sein d'un GMF, cette étude comparait les données empiriques à un cadre d'analyse afin de mieux connaître les mécanismes qui influencent la progression de la collaboration interprofessionnelle, la finalité de cette collaboration et la façon dont elle se traduit dans les pratiques. Huit médecins et deux infirmières ont été rencontrés pour les fins de la collecte de données, en plus du médecin responsable du GMF et de la directrice en charge de la première ligne au CSSS.

Dans les prochaines pages, les résultats obtenus seront passés en revue. Après avoir brièvement décrit le GMF à l'étude, les caractéristiques du groupe en place et les prédispositions des individus le constituant (intrants) seront définies. Par la suite, les éléments qui sont apparus importants lors du processus de développement de la collaboration avec les infirmières seront repris (processus), ainsi que la façon dont cette collaboration a amené une transformation des pratiques et une amélioration de la qualité des soins (extrants). Les caractéristiques de l'environnement dans lequel ces changements ont pris place seront abordées à la fin de ce chapitre.

6.1 Description du GMF à l'étude

Le GMF à l'étude se situe dans une ville d'environ 50 000 habitants, où les services de première ligne sont offerts presque exclusivement en GMF. La région offre aussi des services provenant d'un centre hospitalier, de trois CLSC et de quatre centres d'hébergement. Treize médecins omnipraticiens travaillent dans le GMF étudié, et plusieurs spécialistes occupent des bureaux à l'intérieur de la même clinique, sans faire partie du GMF. Le personnel est stable. Depuis quelques années, les médecins du GMF peuvent compter sur une infirmière qui travaille sur des projets de recherche et sur une infirmière qui offre un support au sans rendez-vous. Cinq réceptionnistes accueillent les patients, s'occupent de la prise de rendez-vous et prennent les messages des médecins. Chaque réceptionniste travaille plus spécifiquement avec 3 à 4 médecins, et une est dédiée à l'accueil des patients au sans rendez-vous.

Les médecins offrent des services sur rendez-vous tous les jours de la semaine, et les plages de sans rendez-vous sont de 8 à 20h la semaine et de 9 à 13h la fin de semaine. Onze médecins sur treize sont actifs à l'hôpital et plusieurs d'entre eux sont ou ont été impliqués dans la gestion hospitalière.

La clinique a été fondée par trois médecins il y a 27 ans, et ces médecins y pratiquent toujours. Au fil du temps, plusieurs autres médecins se sont joints à l'équipe et certains sont devenus actionnaires. Un conseil d'administration composé de trois médecins se réunit régulièrement pour discuter de la gestion de la clinique et les décisions prises sont ensuite ramenées au groupe. La gestion quotidienne de la clinique est assurée par un des médecins fondateurs, qui s'occupe non seulement du GMF lui-même mais aussi de toute la clinique, incluant les spécialistes dont la gestion des activités est faite séparément de celle du GMF. Il travaille avec l'appui d'un technicien en administration payé par le GMF, dont la présence est très appréciée car il décharge les médecins et le médecin responsable d'un grand nombre de tâches administratives et permet de maintenir une organisation qu'ils trouvent adéquate.

Le GMF a été accrédité en 2004, soit lors de la deuxième vague d'accréditation des GMF. Pour les médecins de la clinique, le fait de devenir un GMF consacrait leur façon de travailler, qui se faisait déjà en groupe, avec une préoccupation pour la continuité des soins et l'accessibilité.

«... nous on était déjà un GMF...on était déjà un groupe, on est parti plusieurs médecins ensemble, on a bâti notre clientèle, on a bâti notre propre clinique avec des services sans rendez-vous, hospitalisation...»

Cette accréditation a permis aux médecins de la clinique de s'informatiser, d'engager une secrétaire, un adjoint administratif, et deux infirmières. Ces ajouts, particulièrement au niveau des ressources humaines, ont permis de réduire la pression clinique et la charge de travail administratif à un moment où le manque de médecins était criant et où les services offerts à la clientèle étaient sur le point d'être compromis à cause de cette pénurie. De plus, la moyenne d'âge des médecins de la clinique étant élevée, certains de ceux-ci voulaient réduire leurs activités cliniques. Deux médecins projettent d'ailleurs prendre leur retraite prochainement.

Dans ce contexte, l'ajout des infirmières était perçu comme un vent de fraîcheur, et avec l'informatique, c'était pour les médecins un des avantages à la formation du GMF, une aide bienvenue :

« ...nous le GMF ça nous apportait des infirmières de plus, des financements de plus et de l'informatique de plus... »

« ...la différence GMF au début je dirais que c'était d'embarquer dans un projet qui permettait des infirmières, d'avoir d'autres possibilités, augmenter les possibilités techniques, s'informatiser... »

De plus, les médecins croyaient que le fait d'être reconnu GMF leur permettrait de recruter de nouveaux médecins, en particulier les jeunes médecins, souvent formés dans des milieux ouverts au travail d'équipe et par différents professionnels, permettant ainsi de continuer à assurer des services accessibles et de qualité :

« ...moi je connais des confrères qui ont passé dans les premiers GMF et c'est curieux ils recrutaient très facilement...les médecins qui avaient fait leur médecine de famille qui avaient le choix entre un GMF et une clinique régulière eh bien ils allaient en GMF. Pour nous autres c'était avantageux... »

« ...je voyais le GMF, la mise en place du GMF, comme étant quelque chose qui allait nous aider à continuer à offrir la mission GMF qu'on faisait, ici, déjà depuis à ce moment-là 25-30 ans... »

Dans les faits, un médecin s'est joint au groupe au moment de la création du GMF, et trois autres se sont ajoutés depuis.

Au départ, les médecins croyaient au projet dans lequel ils se lançaient entre pour le recrutement, mais l'arrivée des infirmières était aussi perçue de façon positive. Ils étaient ouverts à un changement dans leurs façons de faire afin de protéger une pratique qui leur échappait de plus en plus, même si certaines contraintes s'ajoutaient, tel que l'obligation du maintien de l'ouverture du sans rendez-vous. La perspective de travailler plus étroitement avec des infirmières faisait partie des effets attendus de la formation du GMF.

6.2 Les intrants

Tel que mentionné dans la revue de littérature, les expériences de travail antérieures des médecins et des infirmières entre eux ou avec d'autres professionnels teintent leur

approche au développement de la collaboration. Ces expériences seront décrites, ainsi que les prédispositions individuelles pour le travail de collaboration et d'équipe qui ont été identifiées chez les participants.

Il est aussi décrit que la culture et la façon dont les gens intègrent leur façon de travailler affectent le développement du travail de collaboration. Les éléments qui permettent de comprendre comment ces individus ont développé une culture de groupe, les valeurs et les normes collectives qui les animent et qui ont permis, à travers leur structure symbolique, d'intérioriser les exigences de l'espace social dans lequel ils pratiquent, seront ensuite illustrés.

6.2.1 Expériences antérieures et prédispositions individuelles : un bon départ

Les médecins interviewés avaient tous déjà travaillé avec des infirmières et avec d'autres professionnels avant la création du GMF. Pour eux, ce travail d'équipe et l'apport d'autres professionnels était un ajout leur permettant d'améliorer le travail qu'ils faisaient auprès de leurs patients.

« ...C'était juste un plus et ça c'est confirmé... » (en parlant des infirmières)

Les médecins et les infirmières ont décrit les qualités qu'ils trouvaient importantes pour travailler avec d'autres professionnels, soit l'ouverture, la capacité de communiquer, la capacité d'écoute, la flexibilité, la souplesse, le respect, la volonté de collaborer. Ils reconnaissent ces qualités chez les autres membres du GMF, médecins et infirmières.

De plus, les médecins parlent des infirmières comme devant posséder non seulement ces qualités mais insistent aussi sur leur initiative, leur implication, leur compétence, leur entregent et leur capacité d'adaptation. Ils estiment retrouver ces qualité chez les infirmières qui se sont jointes au groupe, reconnaissent leur compétence et font le lien entre ces qualités et la capacité qu'ils ont eu à développer un bon lien de confiance, essentiel au développement du partage de leur clientèle.

Ces qualités sont observables en partie par une personne externe. En effet, l'interviewer a pu constater que les personnes interrogées ont communiqué aisément, ont utilisé un langage respectueux envers leurs collègues et l'interviewer elle-même, et ont fait preuve d'ouverture et d'implication lors des entrevues.

6.2.2 Une culture en évolution

Le GMF étudié possède un système de valeurs établi et largement partagé. La force du groupe, l'esprit d'équipe, le respect, l'équité, l'ouverture, la flexibilité, la recherche de consensus, la cohésion, l'homogénéité, tout ceci reflète l'idée que les médecins et les infirmières ont de leur groupe et respecte la façon dont ils se voient à l'intérieur de celui-ci. Ce n'est pas qu'il n'y ait jamais de conflits, mais plutôt qu'ils sont réglés ouvertement, au fur et à mesure.

« ...je pense qu'on est une clinique qui est plutôt harmonieuse et on a des consensus assez facilement. Il n'y a jamais vraiment de chicane ici. On n'a pas à gérer ça. On est parlable... »

« ...notre grosse distinction je dirais, je pense que c'est l'homogénéité de notre groupe; les membres qui constituent notre groupe...je ne sais pas. La cohésion est excellente malgré les personnalités fortes de certains dans la clinique... »

« ...beaucoup de respect, il y beaucoup...c'est une espèce d'entente familiale alors c'est un peu comme la famille...dans toutes les familles tu as des gens, des profils très différents des fois comme personnalité, comme but et ça fonctionne pareil... »

Ces valeurs étaient présentes au départ, et les processus d'échange et de décision ont certainement contribué au maintien de cet esprit, qui est présent depuis le tout début :

« ...Les chums qu'il avait avec lui qui ont parti la clinique (...), ces gens-là déjà ce sont des gens qui ont des personnalités différentes, mais ils ont toujours eu ce souci-là que le groupe c'était très important, je pense qu'ils ont compris que moi je peux faire ce que je veux dans la vie privée quand je sors de la clinique ici parce que le groupe marche. »

La comparaison avec la famille faite plus tôt est intéressante parce qu'elle démontre le sentiment que les médecins et les infirmières éprouvent envers leur lieu de travail. Cette façon de voir les aide aussi à accepter les différences de chacun, en autant que tous participent aux tâches moins intéressantes et travaillent dans le meilleur intérêt de leurs patients et de la clinique. Ils maintiennent ainsi une équité qu'ils définissent comme un effort équivalent de chacun en tenant compte des capacités de chacun, de leur condition, de leur âge.

Au niveau professionnel, les médecins se définissent comme faisant partie d'une clinique avec beaucoup de clientèle âgée, vulnérable. Ils valorisent leur travail, et veulent bien suivre leurs patients.

« ...On voulait offrir un bon service, on voulait pouvoir travailler en équipe, ça veut dire que chacun d'entre nous, non seulement est responsable de ce qu'il fait, mais il est responsable aussi de ce qu'il ne fait pas, et de ce qu'il fait subir aux autres... »

« ...je trouve que ça donne un plus aux patients c'est la seule raison pour laquelle on accepte de faire ça... »

Ils ont le souci d'améliorer la qualité des soins et de maintenir une accessibilité raisonnable. Ils ont l'habitude de se questionner sur leurs pratiques et sont capables d'échanger sur celles-ci entre eux, lors de leurs réunions mensuelles.

« ...tenue des dossiers ici c'était discuté régulièrement tous les six mois un an, ça revient...essaie d'écrire mieux, essaie de mettre tes affaires comme il faut pour qu'on soit tous dans la même ligne... Ah oui, ça a toujours été comme ça ici... »

« ...Tu ne ramasses pas tes affaires au sans rendez-vous...ben, tu ne cibles pas toujours une personne mais on se suit au sans rendez-vous, il faut que ça soit ramassé, ça se disait...trop de dossiers dans nos bureaux, on cherche les dossiers, ça se disait. Toute la critique de la mécanique ça s'est toujours fait ici donc on était habitué à ça ici... »

Le médecin responsable et les premiers médecins de la clinique ont ainsi imprimé leur marque, et ont recruté des médecins qui partageaient leurs valeurs. Ainsi, il était important que les infirmières recrutées les partagent aussi. Le fait que les médecins aient pu participer à leur embauche revêt ici une importance particulière.

« ...ils ont dit « une telle et une telle, ça va fitter avec nous autres, et on n'a jamais été déçu... »

La vision de ce que devait faire une infirmière clinicienne dans le GMF était partagée entre les médecins avant l'arrivée des infirmières, et les infirmières sont conscientes qu'elles ont été recrutées parce qu'elles s'intégraient en quelque sorte en continuité de cette vision.

« ...pour avoir le poste, il y a eu un processus d'entrevue qui a été fait et moi je pense que les médecins pouvaient poser des questions pis...une des questions entre autre c'était quelle est sa vision d'un GMF...d'jà ils pouvaient voir l'infirmière qui allait chercher leur vision...moi je n'avais pas nécessairement leur vision mais eux avaient la mienne par exemple !... »

Les médecins s'attendaient à ce que les infirmières soient autonomes dans leur travail. Elles ont donc eu beaucoup d'autonomie et de liberté, ce qu'elles ont apprécié. Les responsabilités ont suivi, et à travers ceci, elles se sont beaucoup impliquées, car elles sentaient qu'elles étaient reconnues et qu'elles faisaient partie de l'équipe. À ce titre, elles sont motivées à donner le meilleur d'elles-mêmes et elles partagent le souci du travail bien fait:

« ...on leur a vraiment dit bien écoute, vous êtes autonomes, vous êtes des grandes filles, ça fait que faites la job... »

« ...Au niveau infirmière ce qui est agréable là-dedans, c'est l'autonomie qu'on a, c'est très valorisant. On sent beaucoup la confiance des médecins, elle est là. On se sent impliquée... »

« ...je suis totalement autonome de ce que je fais... »

« ...Quand tu n'es pas contrôlé comme ça et qu'on te laisse libre tu as tendance à en donner plus que moins... »

De plus, les liens sont basés sur la reconnaissance des compétences et sur une relation égalitaire, dans la continuité des valeurs de la clinique.

« ...pas non plus dans un cadre de médecin qui était sur un piédestal. C'est plus facile. Ça fait une relation qui est plus friendly si on veut que vraiment hiérarchique... »

« ...Il n'y a jamais eu de...de dire, non, non, c'est l'infirmière, moi je suis le docteur... »

« ...il n'y a pas de compétition... »

Ici, la façon de se voir à l'intérieur d'une équipe a contribué grandement à la capacité des médecins de revoir leurs pratiques et leurs façons de faire, et à la possibilité pour les

infirmières de se trouver une place intéressante pour eux professionnellement, à travers des ententes négociées.

Les participants ont énoncé le fait que chacune des professions a eu à travailler pour se faire confiance, encore une fois sans préjuger de ce qui est bon et ce qui ne l'est pas, ce qui a favorisé l'interdépendance entre les deux groupes de professionnels impliqués.

«... je pense qu'une fois que c'est parti...il faut partir le projet je pense, ça prend une crédibilité de la part des deux parties, des deux blocs de professionnels... »

Enfin, mise à part la culture du groupe, il faut mentionner que chaque profession, médicale et infirmière, possède aussi sa propre culture, sa structure hiérarchique, sa façon de voir son travail et celui des autres. Au sein du GMF étudié, les rôles professionnels se sont redéfinis, ils évoluent et sont bien compris par les médecins et les infirmières interrogés, au-delà des outils utilisés. Les médecins ne trouvaient pas que la venue des infirmières était menaçante. Pour eux, elles étaient bienvenues et il n'y a pas eu de lutte interprofessionnelle.

« ...je vois vraiment que c'est deux métiers qui se rejoignent et ils sont différents et on a chacun notre place... »

Ils constatent que si le diagnostic et le traitement reviennent aux médecins, les rôles d'enseignement, par exemple, reviennent plus souvent à l'infirmière. Ce chevauchement des rôles n'est pas source de tension et dans les faits, les ajustements se font constamment. En effet, tous les patients ne sont pas envoyés aux infirmières, qui suffisent à peine à la tâche. Lorsqu'ils voient leurs patients, les médecins se questionnent sur ce que l'infirmière apportera de plus pour ce patient en particulier, et décide ainsi quand le suivi sera bonifié par les visites à l'infirmière. Par exemple, même si l'enseignement fait partie des rôles habituellement réservés à l'infirmière, les médecins vont en faire lorsque les patients, à leur avis, n'ont pas à être vus par l'infirmière pour autre chose. Par contre, les suivis d'insuline sont tous envoyés pour ajustement par l'infirmière. L'interdépendance et la contribution de l'infirmière au suivi des patients sont reconnues par tous les médecins et par les infirmières.

Dans l'évolution du travail de collaboration, on retrouve à nouveau chez la plupart des personnes interrogées cette capacité à réfléchir sur ce qu'ils font, pourquoi ils le font et jusqu'où ils doivent aller.

« ...Et maintenant, les médecins se questionnent sur jusqu'où cette évolution va se faire...Je ne sais pas, dans l'avenir...je ne sais pas comment ça va aller, je ne sais pas si à un moment donné on va trouver que...il faut arrêter de donner des responsabilités. Je ne sais pas jusqu'à quel point on va pouvoir continuer comme ça... »

« ...il va falloir que tout le monde se mette à réfléchir : c'est quoi qu'on veut? ...jusqu'où on veut aller là-dedans? Est-ce qu'on veut qu'un GMF de 10 médecins suive 30000 patients parce qu'il y a 5 infirmières de plus? Je ne suis pas sûr, je ne suis pas sûr qu'on a besoin de ça... »

Les prédispositions au travail de collaboration des membres du GMF à l'étude ainsi que la culture qui sous-tend leur fonctionnement et leur travail viennent d'être revues. Bien sûr, il existe des groupes dont les membres possèdent des qualités personnelles et dont la culture de groupe favorise l'émergence de la collaboration et qui sont ouverts au changement, mais d'autres éléments doivent être présents pour amener concrètement des modifications au sein de leur pratique. Voici maintenant les processus qui ont permis à ce groupe d'implanter des changements dans leur pratique.

6.3 Processus intra-groupe

Les processus permettant à un groupe de modifier ses façons de faire sont multiples et s'influencent mutuellement. Dans cette section, les différentes variables qui ont émergé au fil des entrevues et qui ont permis de faire des changements dans le quotidien, soit le leadership du médecin responsable et de certains membres du GMF, les stratégies utilisées pour amener les changements, les déterminants interactionnels (confiance, ajustement mutuel) et les déterminants organisationnels (formalisation, rencontres formelles, lieux d'échange clinique), seront passés en revue.

6.3.1 Un leadership fort

Dans le GMF étudié, il y a un médecin responsable du GMF et de la gestion de la clinique en entier. Il a fondé cette clinique il y a plus de 25 ans, et y a imprimé sa personnalité. Il a contribué au recrutement de plusieurs médecins qui se sont joints à l'équipe et il est largement reconnu pour ses qualités d'organisation

« ...il a une vision, il a un sens pour l'organisation... »

« ...c'est un gars qui est excellent, que tout le monde va reconnaître... »

« ...il a du talent naturel pour l'organisation qui est hors du commun... »

L'importance de sa présence est bien illustrée :

« ...Je voudrais en terminant souligner l'importance dans les choses qui ont marché, l'importance d'avoir un leader comme pour nous ce serait (...) qui a donné les lignes...un petit peu les lignes directrices, la tangente à suivre, et qui souvent dans les réunions, quand il y a quelque chose, quelqu'un qui n'est pas d'accord...lui souvent il ramène...il met les points sur les i, il ramène les choses à leur place et je trouve que c'est un facteur de cohésion, c'est un facteur qui ramène tout le monde à l'ordre un peu et tout le monde ensemble un peu, ça fait que ça c'est bien, bien, bien important je trouve dans le succès d'un GMF, qu'il y ait un genre de leader un peu, une personne-ressource qui va s'organiser pour mettre les choses à leur place, mettre les gens à leur place... »

Pour le médecin responsable, le travail d'une infirmière clinicienne devrait se concentrer autour du suivi des maladies chroniques

« ...je vois ça de plus en plus comme des infirmières qui sont là pour faire du suivi systématique de clientèle avec maladie chronique. Ça devrait être ça leur priorité... »

Il a élaboré sa vision au fil des ans, par ses contacts avec d'autres médecins, son implication au niveau de différents comités et organismes, et sa connaissance de ce qui se faisait ailleurs dans les autres GMF. Lors de la création du GMF, il a présenté aux médecins sa vision de ce que les infirmières devraient apporter à la clinique. Après discussion, les médecins en sont venus rapidement à partager cette vision et à l'intégrer.

« ...Moi je pense qu'on les utilise beaucoup pour ce qu'elles doivent faire... »

« ...Dans notre tête à nous les infirmières GMF c'était pour faciliter notre suivi de patients ce n'était pas pour faire de la technique... »

Par ailleurs, à leur arrivée, les infirmières ont travaillé un peu au sans rendez-vous pour se familiariser avec la clinique, et elles répondaient à un besoin de remplacement de l'infirmière qui avait cette fonction. Rapidement après l'arrivée des infirmières GMF, une autre infirmière a toutefois été engagée pour assurer le sans rendez-vous, ce qui était un signal clair et un geste concret appuyant la vision émise précédemment.

Après avoir donné les balises pour définir les rôles des infirmières, le médecin responsable a demandé à d'autres médecins de s'impliquer pour élaborer les protocoles, ce qui a eu pour effet de partager le leadership médical. Ceci a permis de faire avancer le travail et a augmenté la pression exercée sur le reste du groupe lors des réunions d'équipe, le même message étant véhiculé par plusieurs médecins. La diffusion et le partage du leadership médical, signe d'un leadership fort, a permis d'implanter plus largement les nouvelles pratiques.

Cependant, bien que les médecins aient été impliqués dans l'élaboration des protocoles, dans les faits, ce sont les infirmières qui ont fait le travail de recherche et de rédaction, et elles ont assumé une grande part du leadership dans le développement du travail en première ligne et dans la définition de la répartition des tâches. Elles ont donc pris une grande place dans l'actualisation de la vision partagée, et tout le monde est donc devenu partie prenante de cette vision, celle-ci étant partagée lors des réunions d'équipe.

Les infirmières du GMF sont sous l'autorité administrative et professionnelle d'un cadre nommé par le CSSS avec lequel le GMF a signé un contrat d'engagement. L'implication de cette personne est importante pour le soutien aux infirmières et pour la vision de leur travail. Dans le cas étudié, la personne-ressource désignée par le CSSS a changé depuis la signature du contrat. Elle n'a donc pas participé à l'élaboration initiale du rôle de l'infirmière mais elle appuie l'idée de travailler sur la vision du rôle de l'infirmière dans les GMF en collaboration avec les infirmières et les médecins. Pour elle, il est important de pouvoir aider les GMF à développer des projets.

« ...C'est bon que la personne responsable et moi on essaie de tendre vers la même définition du même rôle.. »

« ...Je suis responsable de voir comment la pratique se fait dans tous les GMF et de voir s'il y a des choses qu'on peut développer... »

Bien que cet apport n'ait pas été un enjeu majeur pour l'implantation du modèle de collaboration dans le GMF étudié, cet intérêt à développer une vision commune avec les médecins et les infirmières des GMF et la volonté de soutenir son développement peut certainement contribuer de façon positive à l'implantation d'une collaboration réussie. Il est intéressant de constater que le leadership est ainsi assuré non seulement par les médecins mais aussi par les infirmières du GMF et par la personne responsable du CSSS. La collaboration qui se développe entre les professionnels trouve donc un écho dans une collaboration entre les divers pôles d'influence.

6.3.2 Une stratégie de changement efficace

Si les grandes orientations ont été données dès le départ par le médecin responsable, la stratégie principale utilisée pour faire avancer les choses en a été une d'apprentissage collectif et de progression émergente. Les gens étaient ouverts, de part et d'autre, à essayer de nouvelles façons de faire, et le fait de pouvoir échanger régulièrement de façon ouverte a permis de faire évoluer le travail des infirmières et des médecins. C'est à travers ses expériences que le groupe a modifié son travail, et la formulation et la réalisation du changement des pratiques sont pratiquement indissociables. Tel que mentionné précédemment, les infirmières ont commencé à voir des patients dès le départ avant d'avoir bâti les protocoles, l'action ayant ici précédé la réflexion.

Il est intéressant de noter que c'est le fait de réussir à combiner les aspirations personnelles et professionnelles et un meilleur suivi pour les patients qui guide les discussions. Par exemple, dans l'évolution du travail, les infirmières ont appris à faire des cytologies de contrôle. À un certain moment, une des deux infirmières a manifesté le désir de cesser de faire les cytologies parce qu'elle n'appréciait pas cette technique.

« ...elle ne se sentait pas à l'aise de faire ça et puis l'autre infirmière les fait toutes et puis il y a zéro attente. Ça ne nous a pas dérangés parce que dans le fond ce

n'était pas vraiment une affaire très importante... »

Il y a un réel partage des idées et les enjeux sont ceux de l'équipe. Les gens ne jugent pas mais analysent et pèsent les pour et les contre.

« ...Je pense que l'infirmière qui ne fait plus de cytologie aurait continué à faire les cytologies si ça avait eu un gros impact... »

Par ailleurs, ce sont ces échanges qui ont permis de débiter les protocoles d'ajustement d'insuline, reconnu par toutes les personnes interrogées comme étant leur meilleur coup. Par les propos qui suivent, on peut voir que les gens ne se souviennent plus vraiment de comment ils en sont arrivés à vouloir intégrer cette nouvelle tâche; c'est à partir des discussions que la proposition a émergé.

« ...Je pense que ça vient de...tous ensembles. Probablement que des gens en ont parlé, ça serait l'un d'avoir un protocole, les infirmières ont dû en parler, il faudrait faire quelque chose pour les insulines... »

« ...Je pense que les infirmières voulaient...je pense, je ne suis pas certain là...mais je pense qu'elles trouvaient ça plate un petit peu de voir des hypertendus tout le temps, le counselling...je pense qu'elles ont trouvé ça le fun quand on a amené le protocole d'insuline parce que là elles font vraiment quelque chose, elles jouent avec les médicaments, ça je pense qu'elles aiment ça. Parce qu'avant ça...prendre la pression, tout le temps, répéter la même affaire, à un moment donné je pense qu'elles trouvaient ça plate un peu... »

Finalement, bien que tous les médecins aient adhéré au GMF dès le départ, et malgré l'apparente homogénéité du groupe, tous n'ont pas développé l'aspect du travail avec les infirmières à la même vitesse.

« ...il faut le vouloir. Les médecins qui ont toujours fait leurs affaires, ils ont leur manière, ils classent leurs dossiers de leur manière alors c'est sûr que quand quelqu'un de nouveau arrive dans le dossier, ils ne classent pas nécessairement ça pareil, les affaires ne sont pas à la bonne place. Il y a des médecins qui n'utilisent pas beaucoup les infirmières... »

La demande du suivi infirmier s'est donc faite progressivement. Les médecins eux-mêmes le reconnaissent, et ces disparités ont été respectées.

« ...Quand moi je veux arriver à changer des choses, il faut que je sache qu'il y en a qu'il ne faut que je les change eux, il ne faut pas que je leur demande de changer, il faut d'emblée de jeu que je dise c'est pas pour vous mais je pense que pour les autres ça, ça serait un avantage si on faisait ci, si on faisait ça... »

« ...il y a des médecins qui sont rentrés la première journée et qui ont dit ok ça je transfère ça et il y en a d'autres pour qui ça a pris des années... »

Cependant, avec un leadership partagé comme celui qu'on retrouve dans ce cas, les aspects positifs du suivi conjoint ont été soulevés régulièrement et discutés, et de l'avis des différents acteurs, le changement se fait pour tous, mais plus lentement pour certains.

6.3.3 Déterminants interactionnels

Tel qu'attendu, les déterminants interactionnels ont été mentionnés le plus fréquemment par les participants. Ils sont nombreux, importants, et certains font partie de la culture du groupe tel que mentionné précédemment. En effet, l'ouverture, la capacité de communiquer, la flexibilité, la résolution de conflits à tous les niveaux, le respect, la volonté de collaborer, font partie intégrante de l'image que les gens ont d'eux et contribuent de façon importante au développement et à l'évolution du travail de collaboration au sein du groupe. Comme ils sont déjà décrits dans la littérature non seulement pour une bonne collaboration mais pour un travail de groupe efficace, ces déterminants ne seront pas tous repris en détails sauf pour le développement de la confiance, sur lequel les participants ont beaucoup insisté, et sur l'ajustement mutuel, un élément nouveau qui est ressorti lors de l'analyse.

6.3.3.1 La confiance : un ingrédient essentiel

La confiance se bâtit avec le temps. Lors des entrevues, les intervenants ont tous parlé de la confiance qui a évolué au fil du temps et de son importance. Un des points les plus importants soulevés pour le développement de la confiance est la reconnaissance mutuelle des compétences, mais particulièrement celles qui touchent les nouvelles façons de travailler. Pour les médecins, surtout dans le contexte d'un suivi partagé et de nouvelles tâches accomplies par les infirmières, il était d'abord primordial qu'elles soient compétentes et expérimentées. En effet, selon eux, les infirmières avaient à faire leurs

preuves, car ils voulaient s'assurer qu'avec le suivi conjoint, leurs patients soient toujours bien soignés :

« ...On ne veut pas que nos patients se fassent manipuler par d'autres personnes sans qu'il y ait des résultats positifs. Tu ne veux pas briser le lien de confiance avec les patients...tu ne veux pas que les patients suivent une voie que toi tu ne trouves pas que c'est de qualité...alors il faut que ce soit de qualité, c'est ça... »

Tous les médecins n'ont pas exprimé ces réticences aussi précisément, mais tous ont parlé de l'importance de travailler avec des infirmières dont ils reconnaissent la compétence. Dans ce cas, elles étaient très expérimentées, ayant plusieurs années d'expérience à leur actif, étaient toutes les deux connues des médecins de la clinique, et reconnues comme compétentes.

« ...on s'est côtoyé à l'hôpital pendant des années et on sait que quand elles disent quelque chose, on parle le même langage...le respect des compétences... »

« ...on était jeune et on était aux soins intensifs ensemble...là c'est comme boucler la boucle et mettre toutes les connaissances que j'ai acquises... »

Au départ, ils se sont donc sentis à l'aise d'envoyer leurs patients à ces infirmières en particulier. Avec le temps, ils ont réalisé qu'il y avait de bons résultats et la confiance s'est accrue envers le travail des infirmières lui-même.

« ...ça s'enchaîne à mesure que t'as...plus tu as de patients qui sont bien traités et on a un feed back de ça là, on feuillette les dossiers, on regarde les notes et tout ça, tu regardes les chiffres ... et on voit que les patients sont suivis, ce ne sont pas des patients qui sont abandonnés, alors ça, ça a rassuré tout le monde... »

Du côté des infirmières, on ne retrouve pas ces commentaires sur la compétence des médecins. De fait, elles ont aussi plutôt parlé de l'importance de développer leurs compétences et de donner un bon service dans la mesure où elles avaient à « inventer » en quelque sorte le travail qu'elles avaient à faire, qui n'était pas défini au départ et pour lequel elles n'avaient pas reçu de formation. En effet, il n'existe pas de programme de formation pour ces infirmières en première ligne, qui ont eu à apprendre par leurs propres moyens.

Au départ, les tâches n'étaient donc pas bien délimitées et les bénéfices pour les patients n'étaient pas clairs pour tout le monde. Les médecins ont fait confiance à leurs

infirmières en particulier, mais n'auraient pas travaillé avec n'importe quelle infirmière. Avec le temps, ils en sont venus à reconnaître que le fait d'avoir un suivi conjoint pour certaines clientèles avait un impact positif, et la confiance qui était personnalisée est devenue professionnalisée, c'est-à-dire que si une nouvelle infirmière arrivait, elle devrait bien sûr être compétente mais selon les médecins, elle serait « obligée » de continuer ce qui se fait, de laisser tourner la roue, car les façons de faire sont installées.

6.3.3.2 Ajustement mutuel : un équilibre à maintenir

Tant les médecins que les infirmières reconnaissent que les protocoles, bien que reflétant les bons guides de pratique, ont leurs limites. Pour différentes raisons, les médecins ne les suivent pas toujours à la lettre et les infirmières doivent s'accommoder de cet état de fait. Elles reconnaissent d'ailleurs que chez certains patients, il n'est pas adéquat d'appliquer le protocole rigoureusement. Cette tension entre l'application de protocoles qui déterminent de façon précise les balises pour le suivi et le traitement des patients, et le jugement clinique du médecin et de l'infirmière, n'est pas mise en évidence dans la littérature. Par contre, cette situation est bien reconnue par tous les gens rencontrés quoiqu'il n'y ait généralement pas de problèmes associés à cette tension dans ce GMF. En effet, les mécanismes de communication, l'ouverture des médecins, le respect mutuel, font en sorte qu'il est possible d'échanger sur les raisons qui font en sorte qu'un patient ait des cibles différentes de ce qui est recommandé.

« ...en général c'est correct et l'argument qu'il va nous apporter...exemple une diabétique c'est pas nécessairement sain de le piquer en bas de 7 parce que le risque...parce que lui...admettons que moi c'est la première fois que je vois cette personne, le médecin lui connaît son histoire et c'est une personne qui est portée à faire des hypo facilement et il a essayé une panoplie d'insuline et ça ne fonctionne pas alors il me dit « Quand tu auras atteint une glyquée entre 7 et 8 c'est ben correct ». Si à un moment donné je penserais qu'avec l'enseignement et quand elle aura mieux compris je vais aller un peu plus loin, je pourrais en discuter et il n'y aurait pas de problème... »

La nécessité de cet ajustement mutuel a par contre été un facteur parfois contraignant et irritant du point de vue de certains médecins, bien que maintenant, selon eux, la situation soit améliorée et les difficultés aplanies.

« ...des fois les infirmières ont tendance à avoir des protocoles et à avoir des façons un peu plus rigides de travailler, ça peut amener des fois un peu moins de latitude dans la gestion des dossiers et dans la gestion de tout ce qui rentre au niveau des laboratoires...mais on en a discuté et maintenant je pense qu'on a pas mal...je pense qu'elles connaissent chacun des médecins aussi maintenant et elles se sont adaptées aussi en conséquence... »

Il apparaît ainsi qu'à travers les éléments organisationnels et interactionnels, l'ajustement mutuel permet ultimement de travailler dans un cadre qui garde une souplesse lui permettant de s'adapter aux nombreux aléas de la pratique et aux différences individuelles. Cet ajustement doit être considéré comme un déterminant important et la capacité du groupe à trouver un équilibre entre ces deux pôles a permis aux pratiques de changer.

6.3.4 Déterminants organisationnels

Suite à la revue de littérature, certains déterminants organisationnels avaient été identifiés comme des éléments importants pour l'installation d'un travail de collaboration. Voici les résultats recueillis lors de l'étude, plus particulièrement au niveau de la formalisation des activités, des rencontres formelles et des lieux d'échange clinique.

6.3.4.1 Formalisation

Lors de l'arrivée des infirmières, personne ne savait exactement ce qu'elles allaient faire. Avant que les protocoles soient élaborés, les infirmières ont commencé à voir des patients de façon ponctuelle, tout en écrivant progressivement leurs protocoles. Elles ont apprécié cette façon de faire, et les médecins également, car cela leur a permis de s'intégrer rapidement, de connaître la clinique et de se familiariser avec une pratique en cabinet, en plus de leur permettre de développer une connaissance mutuelle.

« ...nous ici ce qu'il y a de particulier c'est que nous avons commencé à voir des patients en commençant. On n'avait pas de protocole de monté encore. Ce qui nous servait c'était notre expérience mais la demande était aussi « Peux-tu vérifier la tension » parce que là les médecins n'avaient pas d'attentes, ils ne savaient pas trop ce qu'on faisait alors là c'était des prescriptions plus précises, on en voyait de temps en temps...en même temps on a bâti nos protocoles. Il y a des cliniques qui

n'en ont pas vus tant que ce n'était pas prêt. Nous on a apprécié cette façon de faire-là parce qu'on s'est aperçu que les choses qu'on avait besoin d'introduire dans nos protocoles on les a découvert à l'expérience qu'on avait de rencontrer des patients... »

Les infirmières ont donc écrit leurs protocoles, en commençant par certaines maladies fréquentes, pour lesquelles les patients devaient être revus souvent et qui comportaient des éléments facilement objectivables, par exemple des mesures de tension artérielle ou de glycémie, ce qui a facilité l'adhésion des médecins.

« ... j'ai l'impression que c'est des chiffres. Tu peux dire écoute, l'hypertension comme le diabète, tu peux dire ben la maladie c'est ça. Tu vois le patient de façon sériee, et tu peux dire écoute là son chiffre de tension est normalisé ou il n'est pas normalisé, il est trop haut, il est trop bas. C'est plus facile...c'est plus facile à évaluer objectivement, il n'y a pas de choses subjectives là-dedans... »

Le choix des maladies s'était fait en groupe avant de débiter l'écriture.

« ...Donc on se réunissait entre nous autres et avec les infirmières pour savoir quel programme qui pourrait être...c'est quoi les choses qu'on voit souvent et pour lesquelles on pourrait avoir des protocoles... »

Les infirmières ont aussi travaillé un peu avec les autres GMF de la région, ce qui a été aidant car elles ont pu échanger et partager les outils qu'elles développaient mais ont dû écrire la plupart des protocoles à partir de zéro.

Un comité, formé des deux infirmières et de deux médecins, a été constitué et s'est réuni régulièrement et fréquemment. Les infirmières faisaient le travail de recherche et d'écriture, présentaient les résultats à ces médecins pour faire les ajustements, et par la suite à l'ensemble du groupe. Ainsi, chacun s'est approprié ces protocoles même s'il ne les avait pas rédigés, et ceux-ci ont permis de développer une négociation du partage des tâches plus aisée, en échangeant. Au moment de l'étude, huit protocoles étaient utilisés, le dernier datant de quelques semaines.

En plus des protocoles, une feuille de référence a été créée, puis modifiée, afin que les médecins puissent facilement référer leurs patients aux infirmières, indiquer pourquoi ils envoient le patient et le délai nécessaire au besoin. Ils placent leurs feuilles de référence dans un casier et l'infirmière qui est disponible prend le patient. Si le délai ne peut être

respecté, l'infirmière contacte le médecin et ils conviennent ensemble de qui verra le patient et quand, dans le meilleur intérêt du patient.

Ces outils permettent donc à tout le monde de connaître les fonctions de chacun, et chacun sait à quoi il doit s'attendre par rapport au suivi. Ils permettent aussi de comprendre ce que l'autre fait, d'échanger sur une même base, de vérifier ce qui se fait, d'assurer une certaine qualité et ils favorisent ainsi l'installation d'une confiance mutuelle.

« ...ça fait que tout le monde sait c'est quoi le protocole, tout le monde peut dire moi je ne suis pas d'accord, je suis d'accord avec ça...ça fait que les gens savent à quoi s'attendre... ils savent ce que l'infirmière va faire, toutes les étapes qu'elle va faire... »

6.3.4.2 Rencontres formelles : un exemple à suivre

Une à deux fois par mois, les médecins avaient l'habitude de se réunir, même avant la formation du GMF. Ceci est un élément qu'on ne s'attendait pas à retrouver dans une organisation légère comme un GMF. Ces réunions, planifiées par le médecin responsable du GMF, ont été plus régulières depuis la création du GMF, et les infirmières ont été intégrées à la première partie de ces réunions, de façon à pouvoir présenter les protocoles, en discuter, les accepter, et aborder les problèmes au besoin. Ainsi, tout le monde peut donner son avis, comprend et connaît le travail des infirmières.

Avec le temps, des suggestions ont été apportées, soit par les infirmières, soit par les médecins, et d'autres protocoles ont été entérinés. Ces lieux d'échange formels ont été très importants pour l'appropriation par chacun du travail qui se faisait, et ont été des moments privilégiés pour exprimer les problèmes et les régler au fur et à mesure qu'ils se sont présentés. Les infirmières ont-elles assez de patients, ou trop ? Les références sont-elles adéquates ? À un certain moment, lorsque les infirmières ont constaté qu'elles n'arrivaient plus à voir tous les patients, l'équipe a décidé que les patients stabilisés retourneraient aux médecins, de façon à ce qu'elles puissent continuer à en prendre des nouveaux, plus malades. Les modes de communication sont très ouverts, tout le monde se sent libre de parler et si tout le monde n'est pas d'accord au départ, les discussions sont menées pour trouver un consensus, tel qu'attendu au niveau d'une organisation professionnelle.

« ...Les gens amènent des arguments. Ils ne disent pas je ne suis pas d'accord juste pour dire je ne suis pas d'accord...ils disent je ne suis pas d'accord à cause de telle, telle raison et souvent ça a de l'allure alors on dit bien oui, tu as raison, on va le changer... »

« ...Il n'y a pas de décision qui se prend quand elle n'est pas prise à l'unanimité... »

Le travail s'est donc élaboré progressivement et à travers les discussions, les infirmières ont modifié leurs tâches. La collaboration évolue ici de façon dynamique. En effet, au début leur travail était concentré sur l'hypertension, les dyslipidémies et le suivi du diabète et leurs interventions portaient surtout sur les différentes formes d'enseignement et les suivis de laboratoire. Depuis quelques mois, elles font l'ajustement des insulines, ce qui a augmenté considérablement le nombre de demandes, et elles ont délaissé une partie de leur enseignement pour se consacrer à ces suivis. Ces choix sont faits collectivement, et plusieurs intervenants ont illustré comment la réflexion et la prise de décision sont faites en groupe sur les besoins de la clientèle et sur les pratiques, sur ce qui est fait et n'est pas fait, sur les raisons pour lesquelles ils font ce qu'ils font. Par le fait même, les membres de l'équipe développent une vision commune du travail.

Il est à noter que les patients suivis par les infirmières font partie de la clientèle que les médecins trouvent lourde car ils nécessitent un suivi serré qu'il n'était pas possible d'assurer avant l'arrivée du GMF. Avec le temps, le suivi s'est complexifié, par exemple avec l'ajout du suivi des patients sous insulinothérapie, et les infirmières ont pris de plus en plus de responsabilités. Avec leur charge de travail, il ne leur est pas possible pour l'instant de faire plus mais les médecins et les infirmières rencontrés pensent que les activités faites par les infirmières continueront à évoluer selon les besoins de la clientèle et la disponibilité des infirmières, afin de continuer à améliorer le suivi des clientèles vulnérables.

6.3.4.3 Les lieux d'échange clinique dans la réalité de la première ligne

Par ailleurs, contrairement à ce qu'on retrouve dans les équipes interprofessionnelles de deuxième ligne, il n'y a pas de lieux planifiés d'échanges cliniques, pas de rencontres formelles pour discuter de cas cliniques. Les problèmes sont réglés au jour le jour, selon le patient, le médecin, l'infirmière et les conditions du jour; les communications au sujet

des patients se font soit par le dossier, ou souvent par mémo. Les technologies de l'information sont très peu utilisées, les intervenants interrogés préfèrent les contacts directs ou écrits. Les ressources informatiques, à ce jour, n'ont pas atteint le potentiel attendu. En effet, lorsqu'une infirmière voit un patient qui présente une plainte, ou si des ajustements doivent être faits dans la médication, elle évalue la situation et décide soit de déranger le médecin traitant qui fait son bureau, d'envoyer le patient au sans rendez-vous, ou de donner un mémo au médecin traitant pour que la situation soit réglée plus tard, selon la condition du patient.

« ...C'est vraiment...elles m'accrochent, vraiment. Et elles nous appellent aussi, elles viennent cogner pendant qu'on est en train de faire des rendez-vous, pour...augmenter une médication ou des fois quand là...ça va bien et je le revois dans deux mois seulement elles nous laissent un petit papier dans notre case, ça fait que... ou quand on est au sans rendez-vous, elles nous accrochent. Mais il n'y a pas de réunion, il n'y a pas de plage juste pour faire un suivi conjoint de...c'est vraiment quand elles nous attrapent... »

« ...aujourd'hui je n'ai pas été appelée par l'infirmière GMF pour savoir quoi faire avec un de mes patients mais elles sont rares les journées où je ne suis pas appelée.... « Ton patient a ci ou a ça. Est-ce qu'on va changer ça »...des fois c'est juste au téléphone, des fois je vais le voir, des fois il faut que je sorte le dossier... »

Ceci demande une flexibilité, une souplesse et une capacité d'adaptation et de communication de part et d'autre, ainsi qu'un bon jugement clinique de la part de l'infirmière, une reconnaissance de ses limites et surtout, une grande confiance mutuelle.

« ...ça ne nous inquiétait pas avec ces filles-là. Déjà on savait qu'elles reconnaissent bien leurs limites...elles ont un bon jugement clinique, elles étaient habituées en clinique... »

« ...Moi je suis quelqu'un qui ne prendra pas des risques et je ne prendrai pas des responsabilités qui ne me reviennent pas non plus. Je connais mes limites et même que des fois je me dis peut-être qu'ils trouvent que je suis trop serrée dans mes limites pour peut-être ce que je pourrais faire, mais ils sont assurés que je ne dépasserai pas... »

Mis à part un médecin qui protège du temps dans sa journée pour lui permettre de ne pas ajouter ces demandes à un horaire déjà chargé, personne ne prévoit de temps additionnel pour répondre aux questions des infirmières ou voir des patients supplémentaires, entre autre à cause de l'irrégularité et de l'imprévisibilité de celles-ci. Selon les médecins, ils auraient eu à voir le patient de toute façon, alors ils acceptent de répondre sur le champ au besoin malgré l'interruption de leurs activités. Du côté des infirmières, elles préparent bien le dossier pour que la discussion ne soit pas trop longue. Les répondants reconnaissent que cette façon de fonctionner engendre parfois des frustrations mais ils ne voient pas comment ils pourraient fonctionner autrement dans le contexte de bureau, pour garder une bonne efficacité et répondre le plus adéquatement aux besoins de la clientèle. Dans ce cas, le fait d'être physiquement à proximité revêt une grande importance, car les échanges se font plus facilement, et la stabilité des équipes permet à chacun de développer leurs habitudes de travail.

Ceci complète les données recueillies au niveau du processus intra-groupe. Ce processus est dynamique et est appelé à évoluer encore. Il est apparu qu'avec un leadership partagé, à travers une formalisation « souple », une communication constante et une résolution des conflits à tous les niveaux, chacun a pu trouver un équilibre entre sa pratique antérieure et les nouvelles façons de faire.

6.4 Les extrants

La transformation des pratiques et la qualité du suivi sont les deux principales variables identifiées par l'étude en termes de résultats atteints par le processus auquel ils se sont soumis.

6.4.1 Transformation des pratiques

La pratique des médecins s'est modifiée progressivement en ce qui concerne les suivis d'hypertension, de diabète, de dyslipidémie et plus récemment d'ajustement d'insuline. À l'arrivée des infirmières, ils ont progressivement commencé à leur envoyer des patients pour que les suivis se fassent selon les protocoles. À ce moment, la pratique elle-même n'avait pas beaucoup changée. En effet, la charge de travail était telle que les médecins

reconnaissaient que dans les faits, ils n'avaient pas le temps de revoir leurs patients autant qu'ils l'auraient voulu. Le fait de pouvoir les faire voir par l'infirmière a réduit un peu le temps consacré à l'enseignement par eux mais ce sont les patients qui devaient se déplacer plus souvent qui ont d'abord vu le changement.

« ...un patient qui fait de l'hypertension que moi normalement j'aurais dû revoir dans un mois et que souvent je n'avais pas le temps alors je le mettais dans deux mois mais dans un mois ce serait mieux, alors tu l'envoies à l'infirmière et ça fait une place que tu n'as pas besoin de le revoir... »

Par la suite, les médecins ont commencé à envoyer les patients qui présentaient les pathologies ciblées et qui étaient mal contrôlés, afin de les aider à stabiliser leur condition.

« ...si je vois que quelqu'un est vraiment dyslipidémique, que la glycémie est borderline, la pression est haute, que ça va être compliqué, peut-être lui je vais l'envoyer à l'infirmière... »

Les pratiques ont alors commencé à se modifier de façon plus concrète. En effet, le patient était vu par l'infirmière à quelques reprises et suite à ces rencontres de suivi et d'enseignement, il revenait voir le médecin.

« ...on a fait un protocole qu'elle la prenait à tous les tant d'intervalle (la pression), et après ça si vraiment la pression était toujours haute, elles nous le renvoyaient au bureau pour qu'on puisse débiter le traitement... »

Avec le temps et avec l'expérience, les infirmières se sont mises à régler les cas au fur et à mesure, allant voir les médecins au moment où le patient était sur place ou en redonnant le dossier au médecin, qui prenait une décision sans nécessairement revoir le patient, en concertation avec l'infirmière. Maintenant, certains médecins ont commencé à prévoir l'évolution possible des patients et à laisser des prescriptions au dossier. À chaque modification, l'infirmière laisse le dossier au médecin pour qu'il soit au courant de ce qui arrive à ses patients. De même, si le suivi ne se poursuit pas selon ce qui est prévu, par exemple si le patient ne se présente pas aux rendez-vous, l'infirmière en avise le médecin traitant. Les médecins voient donc leurs patients moins souvent et le suivi est ainsi assuré.

Avec l'augmentation de la charge de travail des infirmières, les médecins ont restreint leurs références et ont gardé les patients qui sont assez bien contrôlés, ou qui présentent une pathologie simple, et certains ont remodifié leurs façons de suivre les patients.

« ...au début je les envoyais souvent avec l'infirmière là je dis au patient de s'acheter un appareil, de la prendre (la pression) à domicile et de revenir me revoir... »

« ...je fais de plus en plus de... d'auto-mesure de la pression à domicile, la pression artérielle, ça fait que j'envoie moins mes cas d'hypertension maintenant à l'infirmière, ça fait que c'est tout moi qui fait le counselling sur les habitudes, sur la diète... »

Plus récemment, avec l'instauration du protocole d'ajustement d'insuline, les médecins et les infirmières font un réel partage de leurs activités. En effet, pour plusieurs médecins, ce protocole a permis de débiter l'insuline au bureau. Cette pratique était auparavant pratiquement inexistante.

« ...L'insuline, je les envoie tous, tous à l'infirmière. Tous les nouveaux cas, quand je vois un diabétique qui n'est pas bien contrôlé et qui a besoin d'insuline, mettons qu'il est sur les hypoglycémiantes oraux et que ça ne marche plus, c'est toute l'infirmière, je les envoie tous... »

Selon les personnes interrogées, l'élaboration des protocoles permet maintenant de suivre les patients de façon plus systématique, selon les guides de pratique en vigueur. À travers le partage de certaines activités, les pratiques ont donc évolué vers un suivi réellement différent. Les participants ont mentionné que plusieurs autres pathologies nécessitant un suivi systématique pourraient bénéficier d'un suivi conjoint, mais les ressources en place ne permettent pas de penser développer d'autres protocoles pour l'instant.

Pour certains patients, le respect des protocoles a augmenté significativement le nombre de visites à la clinique. Le fait que les patients doivent se déplacer plus souvent a été le principal désavantage identifié par les médecins, et une des raisons pour laquelle les patients ont interrompu leur suivi avec l'infirmière. Mais selon eux, c'est le prix à payer pour un suivi qui respecte les guides de pratique en vigueur.

Le rôle des infirmières a aussi évolué au cours des années. D'un rôle surtout lié à l'enseignement sur la maladie et sur les habitudes de vie et de soutien au diagnostic, elles

ont progressivement pris plus de responsabilités et jouent un rôle plus actif au niveau du traitement des maladies. Elles rapportent même ne plus toujours avoir le temps de faire l'enseignement et elles envoient de plus en plus les patients au CSSS pour le compléter.

« ...On leur dit qu'on les envoie au CLSC et qu'ils vont les renseigner sur leur maladie et que moi je vais faire le suivi et m'assurer que leur maladie est bien comprise et qu'elle est bien contrôlée c'est ça qui est important... »

Aussi, par les rencontres que les infirmières ont eu avec les employés de divers services et par leurs contacts avec leur chef de service au CSSS, elles ont développé et consolidé une connaissance du réseau qui leur permet de faire certaines activités de coordination lorsque c'est nécessaire. Les patients peuvent donc être mis en contact avec d'autres ressources et on voit poindre l'existence d'une forme de réseau.

Avec les formations et l'expérience acquise, elles ont développé une expertise importante et sont devenues une référence dans leur domaine particulier pour les médecins.

« ...il y a des médecins qui en ont à peu près jamais fait (suivi d'insuline) donc ils n'ont pas d'expérience là-dedans alors les documents qu'on va leur offrir va devenir comme leur document guide. Il faut s'assurer que ce qu'on leur présente est correct... »

« ...Et même, elles ont une expertise...je dirais que les infirmières ont une expertise vraiment importante en insuline, que même moi je n'aurais peut-être pas. Elles en font bien plus que moi... »

« ...elles sont meilleures que moi pour ajuster les insulines... »

6.4.2 Qualité des services

Différents aspects de la qualité des services se sont améliorés selon les participants. Tout d'abord ils estiment que le suivi est beaucoup plus rigoureux, qu'il est fait de façon plus systématique et qu'ainsi les patients reçoivent de meilleurs services.

« ...c'est surtout dans ce sens-là qu'on a vu les changements...de faire les programmes qui permettent dans le fond d'avoir peut-être un suivi plus systématique... »

« ...ça aide vraiment à permettre une pratique je dirais meilleure. C'est vraiment plus idéal...nos patients, je pense qu'ils sont bien suivis. Je ne me fais pas passer

des choses... ou que j'ai manquées... »

« ...Beaucoup de nos patients sont beaucoup mieux suivis avec les infirmières... »

« ...Le fonctionnement...probablement qu'il y a plus de prise en charge...il y a sans doute plus de patients qui sont suivis, qui sont mieux suivis, probablement... »

Selon eux, leur pratique s'est améliorée et respecte mieux les guides de pratique, et en particulier pour les patients diabétiques, ils ont remarqué une amélioration dans les résultats cliniques. L'amélioration du suivi amène donc un meilleur contrôle de la maladie.

« ...je pense que c'est un meilleur suivi, parce qu'il y a des gens, j'en ai une patiente, qui est diabétique, hypertension artérielle, diabète, maladie cardiaque, qui...est complètement, était complètement...je ne sais pas...pas orientée sur sa maladie. Elle ne comprenait jusqu'à quel point c'était important. Elle s'est ramassée à l'hôpital à cause de ça, elle avait tout lâché ses médicaments. Une madame qui avait un diabète mal contrôlé, qui était rendue au top, alors quand elle est sortie de l'hôpital on l'a envoyée à l'infirmière GMF et actuellement elle fonctionne... »

« ...Les diabétiques comme on les voit moins souvent ils étaient moins bien contrôlés, on tolérait des Hb glyquées plus hautes... »

« ...Par contre nos glyquées sont tellement belles. On avait des glyquées des fois 0,140, 0.160, 0.170 qui sont rendus à 0,066 et on a les preuves. Je pourrais te montrer nos dossiers... »

Selon les participants, l'accessibilité aux services de santé s'est aussi améliorée, par le biais de l'infirmière qu'ils rencontrent plus souvent lorsqu'ils sont suivis. Ils profitent de ce contact pour exprimer d'autres problèmes qui peuvent être réglés en même temps.

« ...Il y a beaucoup de petits problèmes qu'on va résoudre donc le médecin n'aura pas à s'en occuper... »

« ...la majorité finalement aime ça parce que c'est comme une porte d'entrée. Les patients disent, bien là, j'ai telle affaire...c'est plus facile de passer par là pour avoir de l'information ou un renouvellement de prescription... »

« ...ils ont l'impression d'être mieux suivis également. Ils ont aussi plus de facilité à communiquer avec l'infirmière parce qu'on n'est pas toujours aussi disponible... »

Par ailleurs, la charge de travail semble avoir un peu diminuée pour les médecins mais les avis sont partagés car plusieurs appels et suivis se font par l'infirmière mais tel que mentionné précédemment, certains patients n'étaient tout simplement pas vus donc il est difficile pour les médecins d'objectiver et quantifier le nombre total de patients qu'ils peuvent suivre. Ils ont toutefois l'impression qu'ils peuvent suivre un peu plus de patients sans faire plus d'heures.

« ...Admettons que je travaille le même nombre d'heure mais je m'occupe entre guillemet de plus de patients parce que l'infirmière s'en occupe et moi aussi... »

« ...C'est surtout le temps que ça prend...on n'a pas le temps nous...si je fais la job qu'eux autres font pour rappeler tous les patients pour gérer l'insuline alors j'ai 5 patients que je ne vois pas dans une journée ou bien non j'allonge encore les journées...c'est une question de temps dans la vie ... »

« ...si moi je faisais ça là, ça serait beaucoup plus d'heures...beaucoup d'appels, beaucoup d'heures, le coût de voir mes patients. Tout ça, ça m'est épargnée à cause de l'infirmière... »

De plus, le fait que les médecins soient souvent sollicités durant la journée pour régler certains problèmes ou pour ajuster une médication ajoute un peu de lourdeur à leur tâche. Leur analyse de cette situation est que ces patients auraient dû être vus de toute manière alors ils préfèrent le faire conjointement avec l'infirmière et acceptent d'être dérangés durant leurs activités régulières. Selon eux, ceci augmente l'accessibilité car le médecin finit par s'occuper de plus de patients.

« ...elle m'accroche au téléphone, elle nous accroche aussi quand on arrive le matin, le midi, elle me montre les dossiers. Des fois elle vient à 4 heures quand j'ai fini avec 2-3 dossiers et « J'ai vu tel patient et qu'est-ce qu'on fait? ». Mais pour moi je trouve que c'est un plus parce que sinon c'est moi qui le ferait en dehors de mes heures, je le faisais déjà... »

C'est ainsi que l'arrivée des infirmières a influencé les pratiques à l'intérieur de ce groupe, et que les pratiques se sont transformées, avec une qualité accrue selon l'évaluation des personnes rencontrées.

En terminant, voici quelques mots sur l'environnement dans lequel évolue le GMF à

l'étude. Dans ce cas, le contexte légal, professionnel, et l'organisation régionale et provinciale des services ont influencé notamment le fait que la clinique se soit lancée dans ce nouveau modèle de pratique, et les possibilités de développement du travail de collaboration avec les infirmières. N'eussent été des incitatifs, notamment au niveau des ressources professionnelles, il est peu probable que les médecins aient adhéré à ce projet.

6.5 L'environnement

La venue des infirmières pour aider au suivi des patients est directement liée au lancement des GMF. En effet, ce modèle promettait plusieurs avantages et l'ajout de ressources était un des incitatifs qui ont poussé les médecins à adhérer à celui-ci.

« ...c'était d'embarquer dans un projet qui permettait des infirmières, d'avoir d'autres possibilités, augmenter les possibilités techniques... »

Un des éléments favorisant le changement a été la pression clinique ressentie par les médecins, accrue entre autre par la sensibilité du groupe aux besoins des clientèles orphelines. Les médecins voulaient diminuer leur charge de travail et c'est dans ce contexte que le changement a d'abord pris forme. Les cliniques voisines ont toutes entrepris les démarches pour devenir GMF à peu près en même temps, ce qui a joué en faveur du développement de ce nouveau modèle de pratique.

L'élaboration des protocoles a été laissée aux infirmières, qui, elles, ont bénéficié un peu de ce qui se faisait dans les premiers GMF mais aussi de rencontres avec les infirmières travaillant dans d'autres GMF à proximité et du soutien des médecins du GMF.

« ...on se réunit une fois par 6 semaines, toutes les infirmières GMF et là on partage nos outils... »

Notons aussi que la loi 90, avec les ordonnances collectives, n'a pas encore influencé beaucoup les pratiques, du moins concrètement. Pour l'instant, les infirmières travaillent avec des protocoles, mais elles ont commencé à faire les démarches pour qu'ils soient remplacés par des ordonnances collectives.

L'environnement est donc actuellement favorable au développement des GMF, mais n'influence pas directement les processus à l'intérieur du groupe. Par contre, l'arrivée des infirmières dans les GMF et le contexte légal favorisent le développement de nouvelles pratiques. L'importance de l'implication d'un administrateur au CSSS pouvant faire le

lien entre les infirmières elles-mêmes et entre les infirmières et le médecin responsable au besoin, ainsi que l'importance de sa capacité à promouvoir les nouveaux rôles et soutenir leur émergence ne sauraient être passées sous silence.

6.6. Conclusion

En somme, à travers un processus itératif touchant des éléments interactionnels et organisationnels, par l'évolution vers une culture différente, des ajustements mutuels ont pu être réalisés et la pratique s'est réellement modifiée au sein du GMF étudié. Les participants ont souligné une amélioration de leurs résultats cliniques. Ils constatent que les patients ont une meilleure accessibilité, mais l'effet sur la charge de travail et sur la capacité de suivre plus de patients est évaluée de façon variable.

Il est intéressant de voir à quel point tous ces éléments sont dynamiques, s'influencent mutuellement, et ont tous un rôle à jouer dans la transformation des pratiques, sans qu'aucun ne soit complet en soi. Bien sûr, on se rend compte qu'il y a plus de chances de réussir avec des conditions favorables préalables, mais ce n'est pas tout. La présence d'un leadership médical et infirmier fort et l'implication des professionnels à différents niveaux sont aussi importants dans la création d'une nouvelle organisation qui fait consensus, et permet de développer une nouvelle culture qui englobe ces nouvelles relations et des valeurs partagées. De plus, l'interaction entre les médecins et les infirmières est primordiale et provient d'un mélange de ce que sont les gens au départ mais aussi de la façon dont le leadership est exercé.

Par ailleurs, si la confiance est apparue comme un déterminant majeur ayant contribué à faire avancer le travail, elle n'est pas tout parce que sans la volonté de collaborer, par exemple, elle ne sert à rien. À travers les déterminants organisationnels, on retrouve aussi, influençant le déroulement des échanges et des activités, plusieurs éléments interactionnels (volonté de collaborer, communication, respect, résolution de conflit, confiance). Cette étude permet de mettre en évidence à quel point la collaboration ne peut être considérée de façon isolée dans un système en changement comme les GMF actuellement, mais qu'elle fait partie d'un tout en constante évolution.

7. Discussion

Les données recueillies ont permis de constater que le modèle conceptuel initial peut aider à comprendre la façon dont les pratiques peuvent se transformer à travers le développement de la collaboration interprofessionnelle. Avec cette étude, on constate que celle-ci est un phénomène complexe, qui dépend non seulement des caractéristiques du groupe mais aussi des processus et des moyens qui sont mis en place, à partir d'un leadership partagé, pour faire évoluer ce groupe vers un modèle de pratique cohérent. Ceci rejoint la littérature selon laquelle la structure des équipes est importante dans le travail d'équipe et de collaboration, cependant que le fonctionnement de celles-ci dépend beaucoup de la façon dont divers facteurs seront inter reliés (Hroscikoski 2006; Xyrichis 2007).

On retient de cette étude que dans le quotidien, pour les acteurs qui oeuvrent au sein du GMF, les changements touchent davantage les pratiques professionnelles que la dimension organisationnelle, ce qui n'est pas surprenant car ce sont les pratiques qui les touchent plus directement. De plus, à l'échelle d'une organisation professionnelle de cette taille, un petit groupe de professionnels ne saurait fonctionner comme une bureaucratie très organisée (Mintzberg 1989). À partir de la collaboration, le groupe a donc transformé ses pratiques professionnelles, dans le cadre d'une organisation des services de santé en évolution. Il ressort également que la capacité individuelle et collective de réflexion sur la pratique (pratique réflexive) est un enjeu important, au même titre que la culture et le leadership.

Au cours de la discussion qui suit, nous aborderons le développement de la collaboration, la transformation des pratiques et la pratique de groupe, ainsi que l'importance de la pratique réflexive, de l'émergence d'une nouvelle culture et d'un leadership fort pour un changement réussi au niveau des pratiques.

7.1. Vers de nouvelles pratiques professionnelles

Les médecins et les infirmières, par le biais du développement de la collaboration, ont vu leurs pratiques se transformer et il est apparu que les acteurs ont aussi développé une pratique de groupe.

7.1.1 Le développement de la collaboration

Cette recherche permet de mieux comprendre que la collaboration est un catalyseur du changement des pratiques professionnelles vers une pratique de groupe. Les facteurs déterminants pour faciliter ou inhiber la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe sont multiples et sont déjà décrits dans la littérature (Baggs 1997; San Martin-Rodriguez 2005; Russell 2008). Les éléments de processus à l'intérieur du groupe, surtout les déterminants interactionnels, composantes des relations interpersonnelles entre les membres d'une équipe, sont les plus étudiés, particulièrement dans les modèles touchant la collaboration et le travail d'équipe (Gladstein 1984; West 1998; Sicotte 2002). Les résultats de cette étude rejoignent cette littérature et démontrent à quel point ces déterminants interactionnels constituent des éléments-clés dans le développement de nouvelles relations de travail. Au sein du groupe étudié, la volonté de collaborer, la reconnaissance des compétences, le respect mutuel, l'ouverture, la souplesse, de bonnes capacités de communication et surtout la capacité du groupe à régler les conflits au fur et à mesure ont contribué au développement harmonieux des relations et ont amené une collaboration efficace.

De plus, la nécessité d'avoir des lieux et des moments d'échange réguliers pour assurer l'évolution favorable d'un changement ainsi que pour obtenir et maintenir une bonne collaboration n'est plus à démontrer (San Martin-Rodriguez 2005; Loxterkamp 2008). Les données recueillies font état de la présence et de l'intensité des rencontres dans le groupe étudié. Cependant, contrairement à ce qu'on retrouve dans la littérature sur la collaboration interprofessionnelle en deuxième ligne, la pratique habituelle en première ligne n'inclue pas de rencontres pour des discussions de cas clinique. Le fait que les médecins ne soient pas toujours présents sur place, qu'ils aient des horaires variables, combiné au fait que les patients ne sont à la clinique que pour une courte période de temps font en sorte qu'il n'est pas facile de planifier ce genre d'échanges. L'effet de cette absence de rencontres formelles est difficile à évaluer mais elle ne semble pas avoir affecté le développement de la collaboration ni avoir eu d'impact sur la qualité des soins prodigués car les médecins et les infirmières ont mis en place une série de mesures afin de pallier à cette situation. Dans les faits, ils considèrent que la formalisation et les

discussions ponctuelles permettent un échange suffisant sur les pratiques visées et qu'il n'est pas nécessaire de planifier d'autres échanges formels.

7.1.2 Transformation des pratiques

Les déterminants de la collaboration et ceux du changement des pratiques sont généralement étudiés séparément, et il est rare qu'on puisse observer d'aussi près l'effet de l'intégration de nouveaux professionnels dans des groupes déjà constitués et où le travail de collaboration est pratiquement inexistant au départ. Lors de la création des GMF, la collaboration devait être un outil visant à répondre à des besoins d'accessibilité et de continuité dans les services de première ligne à l'aide d'un partage des tâches. Dans ce cas, on réalise que le développement de cette collaboration a eu un impact majeur sur les pratiques professionnelles, mais l'impact sur l'accessibilité est plus difficile à apprécier et devra faire l'objet d'une attention particulière dans le futur.

Le groupe étudié a choisi de partager avec les infirmières le suivi des maladies chroniques, ce qui se justifie bien car ce sont pour ces problèmes de santé que les données probantes sont les meilleures (Loxterkamp 2008; Xyrichis 2008). Pour arriver à travailler ensemble, les professionnels du GMF étudié ont développé diverses modalités de suivi, particulièrement des protocoles basés sur les lignes directrices émises par des sociétés savantes pour le suivi de certaines maladies chroniques. Ils ont aussi mis en place un système de communication efficace à leurs yeux. Il en résulte que le suivi des patients, fait de façon plus rigoureuse et plus intensive pour les maladies visées par les protocoles est porteur de meilleures performances cliniques. Cependant, ceci reste à démontrer empiriquement. À cet effet, les systèmes d'information cliniques existants pourraient certainement contribuer à suivre des indicateurs de prise en charge et de résultats.

Tel que mentionné ailleurs (Hroschikowski 2006), les performances cliniques sont peu mesurées en pratique, mais les participants à l'étude ont l'impression, basée sur certains marqueurs biologiques (par exemple les HbA1c), que les objectifs de suivi sont atteints chez une plus grande proportion de leurs patients avec maladies chroniques qu'avant la mise en place d'un suivi plus systématique. Ils attribuent ces phénomènes non seulement aux visites plus fréquentes mais aussi à une plus grande observance thérapeutique. Par ailleurs, le partage du suivi implique aussi le partage de la relation médecin-patient. Celle-

ci est un des principes fondamentaux de la médecine familiale et elle est considérée comme étant quelque chose à préserver dans les modèles de collaboration développés (Beaulieu 2008). Les médecins interrogés ont affirmé que la modification de la relation avec leurs patients survenue suite au développement de la collaboration avec les infirmières ne représentait pas un enjeu majeur pour eux.

7.1.3 Pratique de groupe

Le fait que les infirmières partagent le suivi des patients de plusieurs médecins, ajouté à l'implantation d'outils de suivi (protocoles ou ordonnances collectives), amène ces acteurs à échanger sur leur manière de pratiquer et à établir des objectifs clairs et explicites pour les patients, ainsi qu'à partager l'information clinique qui les concerne. La capacité des gens à interagir, la façon dont se font les interactions entre les déterminants interactionnels et les déterminants organisationnels au sein d'un groupe, permettent de s'entendre sur un mode de fonctionnement satisfaisant et largement partagé. Ainsi, les GMF permettent de créer ce genre d'environnement organisationnel plus riche, qui rend un groupe à même de s'entendre sur un modèle de prise en charge interdisciplinaire de la clientèle.

7.2 Une organisation des services de santé en évolution

Au cours des dernières années, les gouvernements du Québec ont pris des décisions structurantes pour se doter de services de première ligne plus organisés. La littérature précise certains éléments pouvant favoriser les transformations en première ligne, notamment l'organisation générale des soins et le réaménagement de l'organisation de la prestation des soins de santé (Hroscikoski 2006), ainsi qu'un financement adéquat. Au Québec, avec la formation de réseaux locaux, on a jeté les bases d'une organisation en réseau (organisation générale des soins). Ceux-ci constituent une structure territoriale sous la responsabilité des CSSS, dont les services visent à combler les besoins de la population de ce territoire. Avec les GMF, on a créé une unité organisationnelle clinique dont les objectifs sont d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins (Clair 2000). Par le biais de contrats signés avec les CSSS et les Agences, ils établissent des liens au moment de leur accréditation et s'engagent à participer à cette organisation territoriale. Ils sont ainsi sensibilisés à cette notion de responsabilité populationnelle et à l'importance de tenir

compte des clientèles non desservies. Il s'agit d'un changement majeur dans la façon de concevoir les soins à donner en première ligne; lors des entrevues, il est ressorti que les médecins impliqués cherchent des moyens pour répondre aux besoins de leur clientèle mais participent dorénavant aussi au développement des services offerts à la population générale. Il est essentiel que les liens entre les GMF et le reste du réseau soient renforcés. Il est surprenant de constater à quel point actuellement l'atteinte de cet objectif dépend presque uniquement de la capacité du groupe à se mobiliser et à établir des liens positifs avec les établissements concernés, alors qu'on s'attendrait à une plus grande implication des instances décisionnelles.

Au niveau local, dans un système à la base très peu formalisé, la création d'un GMF implique l'injection d'une certaine dose d'organisation, bien qu'il ne soit probablement pas nécessaire ni possible qu'à l'intérieur de ces entités les processus soient très systématisés. Cependant, il faut noter que les médecins du GMF avaient déjà des processus organisationnels en cours, par exemple des lieux de rencontre. La mise en place des outils nécessaire à l'implantation de la collaboration et des changements de pratique s'est donc faite dans la continuité de ce qui existait déjà.

7.3 Pratique réflexive

Les données font ressortir que le groupe possède une grande capacité de réflexion sur ses pratiques et sur son organisation de soins. Quels sont les services essentiels? Quels sont les rôles des médecins et des infirmières? Quelles activités seront partagées et comment seront-elles partagées? Qui est le mieux placé pour faire telle ou telle tâche? Ce sont des questions que les médecins et les infirmières se sont posées. Ces questionnements sont extrêmement pertinents, car malgré la pénurie de ressources, les problèmes d'accessibilité sont souvent attribués au manque d'organisation des services par différentes instances. Rarement les professions médicales et infirmières auront eu à revoir autant leur propre mode de fonctionnement et surtout leur façon de travailler ensemble. Le potentiel qu'offrent les GMF en termes de changements de pratique, conjugué au changement de paradigme offert par la loi 90, est une occasion unique de se questionner sur la manière d'atteindre les meilleurs standards de pratique (efficacité) et sur l'utilisation optimale des ressources (efficience). Intuitivement, les membres du groupe ont répondu à ces questions,

parce que d'emblée c'était pour eux le moyen d'atteindre réellement leurs objectifs de diminution de charge de travail et d'amélioration des pratiques. Cette façon de réfléchir aux problèmes a aussi permis de trouver un équilibre entre l'application de protocoles et la pratique individuelle.

La « compétence » de réflexivité sur la pratique est un concept assez récent. L'analyse des résultats semble démontrer que cette compétence est un déterminant important du développement d'un travail de collaboration car elle ouvre sur une remise en question des pratiques déjà établies, favorisant ainsi la capacité de développer des nouveaux modèles de pratique. Les données recueillies rejoignent ainsi les nouveaux modèles conceptuels qui sont centrés sur le client et basés sur le concept de pratique réflexive (Clark 1995; Clark 1997, cité par San Martin-Rodriguez 2005). Au début de cette étude, on s'attendait à ce que le GMF, lancé lors de la deuxième vague, soit moins avancé dans cette réflexion, ce qui n'a pas été le cas car il se rapproche plutôt des caractéristiques des premiers GMF.

7.4 Une culture émergente

Les cultures organisationnelles et professionnelles nécessitent une attention particulière pour la réussite d'un changement (Hroscikoski 2006; Russel 2008; Xyrichis 2008). Au niveau organisationnel, la tentative de relier une entité au départ peu organisée (cabinets privés) au système très structuré qu'est le réseau d'établissements publics génère une certaine tension. Les différents acteurs devraient maintenant s'assurer que les patients reçoivent les bons services non seulement à l'intérieur d'une clinique en particulier mais que ceux-ci soient donnés au meilleur endroit et au meilleur moment (Clair 2000). La réussite de l'implantation d'un fonctionnement en réseau à l'intérieur des nouvelles structures mentionnées ci-haut (CSSS, RLS) implique en effet un changement de culture important et les GMF ainsi que les autres structures de première ligne (cliniques réseaux par exemple) participent à ce changement de culture. Ceci rejoint ainsi les écrits sur l'importance de la culture dans les changements qui touchent les soins de santé, notamment en première ligne (Contandriopoulos 2001; Hroscikoski 2006).

Dans le groupe étudié, les infirmières ont contribué à une plus grande ouverture vers les services à l'extérieur du GMF, notamment parce qu'elles ont un lien d'emploi avec le

CSSS et qu'elles ont une bonne connaissance des services. Elles communiquent les informations aux médecins et font les liens avec les patients, contribuant au changement des mentalités et des pratiques. La possibilité pour le système de maintenir cette ouverture dépendra de sa capacité à garder ces liens pour coordonner les différentes ressources de façon à créer un réseau solide et à intérioriser cette façon de faire pour que cette culture réseau devienne naturelle.

Au niveau professionnel, le fait de travailler conjointement avec des infirmières pour assurer le suivi des patients nécessite l'apparition d'une nouvelle culture qui inclut une interdépendance entre les deux professions. Pour les médecins, cela signifie entre autre l'apprentissage du partage de la relation médecin-patient avec l'infirmière dans un suivi conjoint. D'autre part, les infirmières ont eu à apprivoiser ce type de relation de suivi continu, et il est apparu qu'elles ont évolué d'une culture bureaucratique vers une culture professionnelle au contact du groupe de médecins. Il est aussi ressorti que les médecins et les infirmières ont eu à revoir leurs rôles à travers une négociation pour un partage des tâches.

Selon la littérature, la professionnalisation est caractérisée par la domination, l'autonomie et le contrôle, ce qui rendrait difficile le travail de collaboration (D'Amour 1999; Freidson 1986, cité par San Martin-Rodriguez 2005). Le groupe à l'étude contredit cette allégation. En effet, cette recherche a mis en évidence que la force des valeurs qui animent les médecins et les infirmières a permis d'arriver à des consensus sur leurs rôles. La façon que le groupe a de réfléchir, de communiquer, de régler les conflits, et surtout sa culture d'ouverture, de flexibilité et de respect, ont fait en sorte que la négociation d'un nouveau partage des tâches et des rôles s'est faite de façon harmonieuse. L'autonomie et la liberté individuelles sont préservées mais elles sont définies de façon à ce que l'intérêt du groupe soit servi en premier. Cette facilité à faire émerger une nouvelle culture de collaboration au sein de ce groupe pourrait donc s'expliquer par sa capacité à se centrer sur la clientèle ainsi que par la qualité de ses interactions.

Par ailleurs, comme la négociation entre les professionnels peut être difficile lorsqu'il y a une relation hiérarchique entre ceux-ci, le fait que la gestion administrative se fasse par un tiers (au niveau du CSSS) et non par les membres de l'équipe de travail aide à l'installation d'une relation non autoritaire. Celle-ci n'est alors pas hiérarchique au départ

car les médecins ne sont pas les employeurs des infirmières du point de vue administratif. Ceci jette un éclairage nouveau sur cette contrainte à la collaboration présentée dans la littérature (D'Amour 2001) et démontre qu'il est possible de la contourner.

Finalement, on sait que la culture peut être une source d'inertie profonde, sauf si l'ouverture au changement fait partie de cette culture (Mintzberg 1999), ce que viennent confirmer les données. Le phénomène de pratique réflexive donne un sens à cette ouverture, car les enjeux liés au changement ainsi que l'impact de celui-ci sont soulevés et analysés, et les pratiques sont ajustées dans un processus itératif, en cohérence avec les valeurs du groupe.

7.5 Le leadership

La présence d'un leadership fort est un des éléments associés à une transformation des pratiques réussies (Levy 2007; Loxterkamp 2008; Russel 2008) et les éléments liés au leadership sont largement décrits dans la littérature (Mintzberg 1989; Bryman 1996; Reinharz 2004; Trahan 2004; Beaulieu 2005). Dans les études sur les premiers GMF, un leadership fort était aussi positivement associé au développement de la collaboration (Reinharz 2004; Trahan 2004; Beaulieu 2005), ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où celui-ci touche principalement les pratiques professionnelles. Cette étude met en évidence la qualité du leadership exercé par le médecin responsable du GMF, reconnu par ses pairs et capable d'émettre des orientations claires afin d'arriver à partager une vision commune, tel qu'on pouvait s'y attendre (Mintzberg 1989; Bryman 1996). Il semble combiner les qualités d'un leader à la fois visionnaire (artiste) et organisé (artisan) (Pitcher 1997). Il ressort aussi que le groupe, préoccupé par les besoins de sa clientèle, s'est ensuite impliqué pour faire avancer ce projet. Ceci illustre à quel point un leader qui sait appuyer le développement d'une idéologie organisationnelle sur une mission utilise la force de la culture, surtout s'il fait preuve d'un dévouement honnête envers ceux qui doivent soutenir la réalisation de cette mission (Mintzberg 1989).

Les données mettent aussi en lumière la qualité du leadership des infirmières. En effet, en rédigeant les protocoles, ce sont elles qui ont assumé le leadership entourant l'application des orientations déterminées par le groupe. Le leadership transactionnel et transformationnel (Bryman p.280; Ferlie 2001) du médecin responsable a joué un rôle très

important, mais le leadership transformationnel a été largement partagé dans les faits par les infirmières, à qui on a laissé la tâche d'élaboration des protocoles et en quelque sorte, celle de proposer la répartition des rôles. La collaboration s'étend donc aussi à l'exercice du leadership, dont le partage doit être négocié pour profiter des expertises de chacun, sans présumer d'emblée de qui doit l'assumer.

Finalement, les personnes responsables des infirmières GMF au niveau des CSSS, sans nécessairement jouer un rôle majeur, peuvent être un atout en appui au développement de la collaboration. Ces leaders au sein des CSSS, malgré leurs nombreuses occupations, doivent avoir une préoccupation de soutien envers leurs infirmières en GMF.

Le leadership s'exerce à différents niveaux, non seulement à l'intérieur du GMF par le médecin responsable, les autres médecins et les infirmières mais aussi à l'extérieur du GMF par le cadre désigné par le CSSS. Les visions du travail de collaboration qu'ont ces diverses sources d'influence doivent se rencontrer de façon à ce qu'elles évoluent vers une vision cohérente partagée par les différents acteurs impliqués. Le leadership est ainsi collectif et permet de bien différencier les rôles et de profiter d'une expertise complémentaire entre les deux pôles d'influence, soit le GMF et le CSSS. De cette façon, les décisions, en particulier au niveau du contrôle des ressources, se prennent en ayant en tête les mêmes intérêts.

Le groupe étudié a pu compter sur des figures de leadership fortes qui ont travaillé en synergie. Ceci implique qu'il faut supporter adéquatement les personnes responsables de groupes en formation (médecins, infirmières, responsables des CSSS) dans leur capacité de leadership afin de leur permettre de travailler ensemble, de partager leur vision et leurs objectifs. Ainsi, les groupes pourront se développer dans le respect des besoins de chacun. Par ailleurs, la pérennité du GMF repose aussi sur la capacité des leaders en place à procéder aux ajustements nécessaires afin que le groupe continue à répondre aux besoins des clientèles desservies et à s'adapter à leur environnement.

7.6 Limites de l'étude

Le fait d'étudier un seul GMF en profondeur permet de bien comprendre ce qui s'est passé à l'intérieur de celui-ci. Cependant, il est difficile de prévoir dans quelle mesure les résultats sont applicables à d'autres GMF qui possèdent des caractéristiques différentes en

termes de nombres de médecins et de clientèles, ou qui sont situés dans d'autres contextes organisationnels. De plus, comme le GMF choisi est reconnu pour avoir réussi à implanter un modèle de collaboration intéressant, la compréhension des facteurs qui peuvent contraindre ou limiter le développement de cette collaboration reste limitée. Il sera donc pertinent de tester le modèle conceptuel proposé sur d'autres GMF afin de le compléter et d'améliorer sa validité en l'appliquant à d'autres groupes (réplication).

La méthode de collecte de données possède aussi ses limites. En effet, bien que les différentes sources consultées soient congruentes et donnent un portrait cohérent du groupe, le choix de ne pas procéder à des observations directes sur le terrain nous confine à ce que les gens ont choisi de dire.

Par ailleurs, le fait d'avoir limité l'étude à la seule entité qu'est le GMF ne permet pas de comprendre à quel point l'évolution de la collaboration et des pratiques s'inscrivent à l'intérieur des enjeux organisationnels plus larges. En effet, ce sont les enjeux liés aux interactions, à la culture et au leadership qui sont le plus mis en évidence car ils touchent les participants, alors que l'environnement extérieur les préoccupe peu. Celui-ci est donc difficile à évaluer dans le cadre de cette recherche.

Le point de vue des patients autour de ce qu'ils perçoivent des changements de pratique pourra également ajouter des éléments intéressants sur l'impact du travail de collaboration, par exemple en ce qui concerne leur satisfaction au niveau des soins, leur impression sur la qualité du suivi, l'amélioration de leur observance, et leur évaluation de l'accessibilité aux services.

Finalement, la mesure de l'impact du développement de la collaboration dans les GMF au Québec sur les résultats cliniques reste à faire et des études seront nécessaires pour déterminer quels sont les indicateurs de santé à mesurer pour ensuite instaurer un système d'évaluation de ceux-ci.

7.7 Conclusion

Le modèle proposé a permis d'observer empiriquement les dimensions qui font ressortir la valeur ajoutée du GMF. Les résultats de cette étude renforcent les données existantes sur les déterminants de la collaboration interprofessionnelle ainsi que sur leur application en première ligne, mais démontrent aussi l'impact de son développement sur les pratiques

professionnelles en approchant de la réalité de la pratique. Le succès du développement de ces nouveaux rôles et responsabilités au niveau des soins pour les maladies chroniques nécessitera un support gouvernemental important non seulement en termes de financement mais aussi en termes d'aide au niveau des processus d'implantation pour favoriser les attitudes positives et soutenir les changements de cultures organisationnelles et professionnelles. Pour bien faire progresser ce genre de réforme, il sera nécessaire que les contrats collectifs qui régissent les conditions de travail des différents acteurs soient flexibles afin de s'adapter aux nouvelles réalités.

Par ailleurs, la découverte de l'importance d'une pratique réflexive au sein du groupe étudié, surtout si elle est intégrée à une nouvelle culture, apporte une piste de réflexion pour l'évolution d'autres groupes.

Enfin, les enjeux qui sont ressortis autour du leadership, non seulement dans le GMF étudié en ce qui concerne les pratiques mais aussi de façon plus large pour que ces changements s'inscrivent à l'intérieur d'une transformation organisationnelle réussie à plus grande échelle, sont majeurs. Le rôle des leaders, tant au niveau des GMF que des CSSS, doit être bien compris et leur travail doit être soutenu. L'importance de ces leaders dans la définition des rôles ne doit pas être négligée dans les groupes existants et dans les groupes en formation, car c'est à travers eux que s'actualisent les orientations plus générales qui sont émises par les instances décisionnelles. Dans la mesure où on peut agir sur cet élément, ceci soulève un intérêt à développer une formation sur le leadership et à inciter fortement les décideurs et les professionnels à la suivre. Le groupe étudié a démontré sa capacité à résoudre les conflits à tous les niveaux, à adhérer à une vision partagée et à maintenir un climat harmonieux. L'implantation des nouvelles pratiques pourrait être différente dans un groupe éprouvant des difficultés avec ces éléments, qui dépendent en bonne partie des leaders en place.

Finalement, il existe des enjeux majeurs pour que le nouveau modèle d'organisation observé empiriquement ne se fige pas dans une configuration statique, mais continue à s'adapter à son environnement. Les systèmes d'information devront atteindre leur plein potentiel afin de répondre aux attentes qu'ils ont suscitées, car ils sont des outils indispensables pour la gestion des clientèles et pour l'aide à la décision clinique. De plus, la systématisation du suivi pourrait permettre aux infirmières de s'investir auprès de

patients de plus en plus complexes, ce qui demandera un ajustement continu de la part des membres des équipes impliquées. La capacité à mettre en place et à maintenir les mécanismes d'ajustement des pratiques pour une amélioration continue représentera un défi important au cours des prochaines années pour l'avenir de ce modèle d'organisation.

8. Considérations éthiques

Les participants ont été invités à participer à la recherche sans aucune pression. Ils ont été contactés à l'aide de l'adjoint administratif de la clinique et ont eu du temps pour accepter ou refuser l'invitation à participer. Le projet de recherche leur a été expliqué ainsi que le rôle qu'ils ont eu à y jouer. Ils ont été avisés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment et ce, sans aucun préjudice. Avant le début de la collecte des données, tous les participants ont signé une feuille de consentement sur laquelle figureraient les raisons de l'étude, celles pour lesquelles ils étaient sollicités, les mécanismes de respect de la confidentialité et leur droit de retrait.

Les données ont été recueillies, analysées et divulguées de façon anonyme. Afin d'assurer la confidentialité, tous les documents et matériel sont protégés contre le vol, la reproduction, la diffusion accidentelle. Toute documentation susceptible de divulguer l'identité des participants (ex. liste des participants, formulaires, consentement) est conservée sous clé et aucune donnée personnelle les concernant ne peut être transmise sans leur consentement. Les données d'identification ont été codées le plus rapidement possible et les chercheurs sont les seuls à avoir accès à ces données ou à pouvoir retracer un sujet au besoin. Des mesures ont été prises lors de la diffusion des résultats pour que les sujets ne puissent être identifiés. Ils ont aussi été avisés qu'ils peuvent se retirer à tout moment sans préjudice et que le matériel les concernant sera détruit s'ils le demandent.

Il n'y a pas de rémunération pour la participation à ce projet.

Le projet a été soumis et accepté par le comité d'éthique sur la recherche de l'Université de Montréal (Annexe 2).

Sources documentaires

1. Alvesson M, Deetz S. (1996), Critical Theory and Postmodernism Approaches to Organizational Studies. Chap. 1.7 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 191-217.
2. Arslanian E. (1995), Lived experiences of CNSs who collaborate with physicians : A phenomenological study. Clinial Nurse Specialist, 9 : 68-74.
3. Astley G. (1984), Towards an appreciation of collective strategy. Academy of Management Review, 9(3) : 526-535.
4. Baggs JG, Schmitt MH. (1997), Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. Research in Nursing and Health, 20 : 71-80.
5. Barbour RS. (2001), Checklists for improving rigour in qualitative research; a case of the tail wagging the dog? British Medical Journal, 322 : 1115-1117.
6. Barley S. (1996), Technicians in the Workplace : Ethnographic Evidence for Bringing Work into Organization Studies. Administrative Science Quarterly, 41 : 404-441.
7. Barney J.B, Hesterly W. (1996), Organizational Economics : Understanding the Relationship between Organizations and Economic Analysis. Chap. 1.4 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 115-147.
8. Baum J.A.C. (1996), Organizational Ecology. Chap. 1.3 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 77-114.
9. Beaulieu MD, Denis JL, D'amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É, Jobin G, Lamothe L, Gilbert F, Guay H, Cyr G, Lebeau R. (2006), L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/c_haire/chaire.htm, 27 pages.
10. Beaulieu MD, Rioux M, Rocher G, Samson L, Boucher L. (2008), Family practice : Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. Social Science and medicine, 67 : 1153-1163.
11. Bernier R. (1998), Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 : Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. CMQ.

12. Borrill C, West MA, Dawson J, Shapiro D, Rees A, Richards A. et al. (2002), Team working and effectiveness in health care. Findings from the health care team. Effectiveness project. Aston Centre for Health Service Organization Research.
13. Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B. (2003), Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. Qual. Saf. Health Care, vol.12: 273-279.
14. Bryman A. (1996), Leadership in Organizations. Chap. 2.2 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 276-292.
15. Bryson J.M. (1995), Assessing the environment to identify strengths and weaknesses, opportunities and threats. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations, San Francisco, Jossey-Bass: 117-138.
16. Calas M.B, Smircich L. (1996), From "The Woman's" Point of View: Feminist Approaches to Organization Studies. Chap. 1.8 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 218-258.
17. Champagne F. (2002), La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude 39, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
18. Clair M. (2000), Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. MSSS.
19. Clegg S.R, Hardy C. (1996) Introduction : Organizations, Organization and Organizing. Dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 1-28.
20. Contandriopoulos A.-P, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. (1990), Savoir préparer une recherche. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
21. Contandriopoulos A.-P, de Pouvoirville, G, Poullier, J.P, Contandriopoulos, D. (2000), À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXIe siècle. Santé publique – État des lieux, enjeux et perspective, Édition Ellipses, Paris : 637-667.
22. Contandriopoulos A.P. (1994), Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. Ruptures, 1(1) :8-26.
23. Contandriopoulos A.-P. (1996), Transformer le système de santé. Ruptures, 3(1) : 10-17.

24. Contandriopoulos A.-P. (1999), « La régulation d'un système de soins sans murs », La Santé demain. Vers un système de soins sans murs. Claveranne, J.-P. & al. Ed. Economica, Paris : 87-102.
25. Contandriopoulos A.-P, de Pouvourville G, Minvielle E, Kerleau M. (1999), Transformer l'hôpital : la conduite du changement. Quelques idées générales.
26. Contandriopoulos A.-P, Denis J.-L, Touati N, Rodriguez R. (2001), Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures, 8(2) : 38-52.
27. Contandriopoulos A.-P. (2002), Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? Gestion, 27(3) : 142-150.
28. Contandriopoulos A.-P. (2003), Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. Éthique publique, 5(1) : 42-57.
29. Crozier M, Friedberg E. (1977), L'acteur et le système. Paris : Seuil.
30. D'Amour D. (1997), Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat Montréal : Université de Montréal.
31. D'Amour D. (2001), Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? Ruptures, 8 (1) : 136-145.
32. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, May 2005, Supplement 1 : 116-131.
33. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. (2002), L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences Sociales et Santé, 17 (3) : 67-94.
34. Demers C. (1999), De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. Gestion, 24(3) : 131-139.
35. Denis J.-L, Langley A, Cazale L. (1995), Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital. Ruptures 2(2) : 165-189.
36. Denis J.-L, Lamothe L, Langley A, Valette A. (1999), The Struggle to Redefine Boundaries in Health Care Systems. In Restructuring the Professional Organization.

- Accounting, Health Care and Law; Brock D, Powell M, Hinings C.R. (Eds), London, Routledge : 105-130.
37. Denis J.-L. (2002), Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Étude 36, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
 38. Desrosiers G. (1999), Le système de santé du Québec – Bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, RHAF, vol. 52 (1) : 3-18.
 39. Devers KJ. (1999), How will we know « good » qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. Health Services Research, 34(5) : 1153-1188.
 40. Donaldson L. (1996), The Normal Science of Structural Contingency Theory. Chap. 1.2 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 57-76.
 41. Dougherty D. (1996), Organizing for Innovation. Chap. 2.9 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 424-439.
 42. Douglas W.R, Vogt R.M, Fireman B. (2003), Primary Health Care Teams. Opportunities and Challenges in Evaluation of Service Delivery Innovations. Journal of Ambulatory Care Management, 26 (1): 22-35.
 43. Egri C.P, Pinfield L.T. (1996), Organizations and the Biosphere: Ecologies and Environments. Chap. 2.11 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 459-506.
 44. Faulkner R. F, Amodeo M. (1999), Interdisciplinary Teams in Health Care and Human Services Settings: Are They Effective? Health and Social Work, 24 (3): 210-219.
 45. Ferlie EB, Shortell SM. (2001), Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. The Milbank Quarterly, 79: 281-315.
 46. Fineman S. (1996), Emotion and Organizing. Chap. 3.3 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 543-564.
 47. Forest P.-G. (2003), Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire? Pourquoi est-ce si difficile? Éthique publique, 5(1) : 9-14.
 48. Friedberg E. (1993), Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée. Paris : Seuil.

49. Giacomini M, Cook DJ. (2000), Users' guide to the medical literature XXII. Qualitative research in health care. Are the results of the study valid? Journal of the American Medical Association, 284(3) : 357-362.
50. Ginter P. M, Swayne L.E, Duncan W.J., (1995), Mission, vision, and Values. Chap.5 dans Strategic Management of Health Care Organizations, Oxford, Blackwell Business : 173-208.
51. Gladstein D. (1984), Groups in context: A model of task group effectiveness. Administrative Science Quarterly, 29 : 499-517.
52. Glouberman S, Mintzberg H. (2002), Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. Gestion, 27(3) : 12-22.
53. Glouberman S, Zimmerman B. (2002), Systèmes compliqués et complexes : En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie? Étude 8, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
54. Hardy C, Clegg S.R. (1996), Some Dare Call It Power. Chap. 3.7 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 622-641.
55. Hénault M, Malo D. (1999), L'exercice infirmier en santé communautaire. Les services de santé courants et Info-Santé. OIIQ, Bibliothèque nationale du Québec.
56. Hojat M, Nasca TJ, Cohen M, Fields SK, Rattner SL, Griffiths M et al. (2001), Attitudes toward physician-nurse collaboration : A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. Nursing Research, 50 : 123-128.
57. Hroschikoski M, Sperl-Hillen JM, Harper PG, McGrail MP, Crabtree BF. (2006), Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. Annals of Family Medicine, 4: 317-326.
58. Institut canadien d'information sur la santé (2003), Les soins de santé au Canada: «Une année dans la vie du système de santé canadien» « Les dollars de la santé » « L'hôpital en évolution ». chap. 1 : 5-14, chap. 5 : 65-73, chap. 6 : 77-89. (<http://www.cihi.ca>)
59. Lamarche P. A, Lamothe L, Bégin C, Léger M, Vallières-Joly M. (2001), L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? Ruptures, 8(2) : 71-92.

60. Lamarche P.-A & al. (2003), Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Rapport soumis à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé : 36 pages.
61. Lamothe L. (1999), La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel. Ruptures, 6(2) : 132-148.
62. Lamothe L. (2002), La recherche de réseaux de services intégrés : un appel pour un renouveau de la gouverne. Gestion, septembre : 23-30.
63. Leese B, Baxter K, Goodwin N, Scott J, Mahon A. (2001), Measuring the success of primary care organizations : is it possible? Journal of Management in Medicine, 15(2) : 172-180.
64. Levy ML, Stephenson P, Barritt P, Bellamy D, Haughney J, Hilton S, Holmes S, Jones K, Neville R, Price D, Ryan D, Smith A. (2007), The UK General Practice Airways Group (GPIAG): its formation, development, and influence on the management of asthma and other respiratory diseases over the last twenty years. Primary Care Respiratory Journal, 16(3): 132-139.
65. Liedtka JM, Whitten E. (1998), Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration : A case study. Journal of Healthcare Management, 43 : 185-205.
66. Lindblom C.E. (1959), The science of muddling through. Public Administration Review, 19(2) : 79-88.
67. Lorsch J. (1985), Managing culture : The invisible barrier to strategic change. In Kimann et al. (eds.) Gaining control of the corporate culture, San Francisco, Jossey-Bass : 84-102.
68. Loxterkamp D, Kazal L. (2008), Changing Horses Midstream: The Promise and Prudence of Practice Redesign. Annals of Family Medicine, 6:167-170.
69. Marsden R, Townley B. (1996), The Owl Minerva : Reflections on Theory in Practice. Chap. 3.9 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 659-675.
70. Mays N, Pope C. (2000), Assessing quality in qualitative research. British Medical Journal, 320 : 50-52.
71. Miller S.J, Hickson D.J, Wilson D.C. (1996), Decision-Making in Organizations. Chap. 2.3 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 293-312.

72. Mintzberg H. (1989), Le management. Voyage au centre des organisations. Éditions d'Organisation, Paris, 703 pages.
73. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. (1999), Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique. Ed. Village Mondial, Paris, 432 pages.
74. Nkomo S.M, Cox R. (1996), Diverse Identities in Organizations. Chap. 2.5 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 338-356.
75. Nord W.R, Fox S. (1996), The Individual in Organizational Studies : the Great Disappearing Act? Chap. 1.5 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 148-174.
76. Oandasan I, D'Amour D, Zwarenstein MB, Barker BA, Purden RN, Beaulieu MD, Reeves S, Nasmith L, Bosco C, Ginsburg L, Tregunno D. (2004), Interdisciplinary Education For Collaborative, Patient-Centred Practice. Research and Findings Report, Santé Canada : 64-102.
77. Patton MQ. (2002), Strategic themes in Qualitative Inquiry. In Qualitative Research and Evaluation Methods, Chapitre 2, Sage Publications, 3^e édition : 37-73.
78. Patton MQ. (1990), Qualitative Evaluation and Research Methods. Sage Publications Inc., 2^e édition : 169-186.
79. Poulton B.C, West M.A. (1999), The determinants of effectiveness in primary health care teams. Journal of interprofessional care, 13(1) : 7-18.
80. Powell M. J, Brock D. M, Hinings C.R. (1999), The changing professional organization. In Restructuring the professional organization : accounting, health care an law, London, Routledge : 1-19.
81. Prahalad C.K, Hamel G. (1990), The core competence of corporation. Harvard Business Review, 68,3 : 79-91.
82. Putnam L.L, Phillips N, Chapman P. (1996), Metaphors of Communication and Organization. Chap. 2.7 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 375-408.
83. Quinn J.B. (1980), Managing strategic change. Sloan Management Review, 21(4) : 3-20.

84. Rachlis M, Kushner C. (1994), Getting from here to there : strategies for success. Strong Medicine : How to Save Canada's Health Care System. New York, HarperPerennial, chap. 11 : 308-346.
85. Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien en première ligne et les activités partageables. (2005) FMOQ, OIIQ.
86. Reed M. (1996), Organizational Theorizing : a Historically Contested Terrain. Chap.1.1 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 31-58.
87. Romanow RJ. (2002), Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada.
88. Rosser W, Kasperski J. (1999), Organizing Primary Care for an Integrated System. HealthcarePapers, 1(1) : 5-21.
89. Russell G, Thille P, Hogg W, Lemelin J. (2008), Beyond Fighting Fires and Chasing Tails? Chronic Illness Care Plans in Ontario, Canada. Annals of Family Medicine, 6:146-153.
90. Santé Canada (1999), Le système de soins de santé au Canada. Santé Canada, Direction générale des politiques et de la consultation, no. H39-502/1999, Ottawa, 10 pages.
91. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, May 2005, Supplement1 : 132-147.
92. Seale C. (2002), The quality of qualitative research. Chap. 4 : Guiding ideals. Thousand Oaks : Sage Publications : 32-50.
93. Sicotte C, D'Amour D, Moreault MP. (2002), Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. Social Science and Medicine, 55 : 991-1003.
94. Silén-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. (2002), Collaboration in the operating room : The nurses' perspective. Journal of Nursing Administration, 32 : 16-19.
95. Starfield B, Leiyu S, Macinko J. (2005), Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, vol. 83, No 3 : 457-502.
96. Stratégie pour la réforme des soins primaires. (1999), Conseils et recommandations présentés à l'honorable Elizabeth Witmer.

97. Tenbrunsel A.E, Galvin T.L, Neale M.A, Bazerman M.H. (1996), Cognitions in Organizations. Chap. 2.4 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 313-337.
98. Tolbert P.S, Zucker L.G. (1996), The Institutionalization of Institutional Theory. Chap. 1.6 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 175-190.
99. Trahan L, Bonneau V, Bowen M, Gauthier A, Guay H, Hardy LA, Tremblay J. (2004), Évaluation de la mise en place de la première vague des GMF. MSSS, à paraître.
100. Way D, Jones L, Busing. (2000), Implementation Strategies : « Collaboration in Primary Care-Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care ». Ontario College of Family Physicians, 11 pages.
101. Weick K.E, Westley F. Organizational learning : Affirming an Oxymoron. Chap. 2.10 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 440-458.
102. West MA, Borril CS, Unsworth KL. (1998), Team effectiveness in organizations. International Review of Industrial and Organizational Psychology, 13: 1-48.
103. Whipp R. (1996), Creative Deconstruction: Strategy and Organizations. Chap. 2.1 dans Handbook of Organization Studies, Sage Publication : 261-275.
104. Wilkin D, Gillam S, Smith K. (2001), Tackling organisational change in the new NHS. BMJ, vol. 322: 1464-1467.
105. Xyrichis A, Lowton A. (2008), What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. International Journal of Nursing Studies, 45: 140-153.
106. Yin RK. (2003), Designing Case Studies. In Case Study Research : Design and Methods, Chapitre 2, Applied Social Research Methods Series, Volume 5, Sage Publications, 3^e édition : 19-56.

ANNEXE 1Guide d'entrevue destinée aux professionnels**Groupe de départ et prédispositions**

1. Si on se reporte dans le temps, qu'est-ce qui vous a poussé à aller de l'avant dans le projet GMF?
2. Avant la formation de votre GMF, quelle était votre expérience de travail avec des infirmières ou d'autres professionnels?

Culture de départ

3. Quelle était votre opinion par rapport à cette expérience?

Leadership

4. Dans votre milieu, comment les infirmières ont-elles été choisies?
5. Comment l'accueil et l'intégration des infirmières se sont-ils déroulés?
6. Dans votre GMF, quelqu'un a-t-il joué un rôle plus important dans le développement du travail de collaboration? Qui?
7. Comment cela s'est-il déroulé?
8. Comment les objectifs et les orientations étaient-ils définis?

Stratégie

9. Comment le travail de collaboration s'est-il installé? Qui décide de la répartition du travail? Comment est-il planifié?
10. Avez-vous votre mot à dire lorsqu'il y a des décisions à prendre?
11. Comment êtes-vous impliqués dans l'élaboration des orientations du travail de groupe?

Activités de collaboration et coordination des activités

12. Pouvez-vous donner des exemples du travail que vous faites avec les infirmières (ou les médecins)?

Attributs

13. De votre point de vue, quelle serait la meilleure façon de travailler en complémentarité?

14. Quelles sont les qualités nécessaires pour travailler avec d'autres professionnels (infirmières)?

15. Parlez-moi des éléments qui ont favorisé le travail avec les infirmières au sein de votre GMF.

a) Environnement (Agence, CSSS, GMF)

b) Organisation (rencontres formelles et informelles, leadership, lieux physiques, outils, mécanisme de référence et de « sortie »)

c) Interactions (communication, résolution de conflit, prise de décision, volonté de collaborer, respect des compétences, flexibilité, capacité d'adaptation et de remise en question)

16. Et quels sont les éléments qui nuisent à ce travail?

17. Quels outils avez-vous utilisés pour supporter votre travail?

18. Quels avantages voyez-vous au travail avec les infirmières?

19. Quels sont les désavantages?

Culture du nouveau groupe

20. Comment voyez-vous votre rôle professionnel par rapport aux infirmières (ou aux médecins)?

21. Selon vous, quelle est la complémentarité entre ces rôles professionnels (médecin-infirmière)?

22. Avez-vous discuté de votre vision commune des soins de première ligne et du GMF ainsi que des objectifs qui en découlent avec les autres professionnels de votre groupe?
Si oui, avez-vous développé une vision commune? Comment?

23. Qu'est-ce qui vous distingue comme groupe par rapport à d'autres groupes similaires?

24. Avez-vous un sentiment d'appartenance à votre clinique?

Transformation des pratiques

25. Si vous regardez d'où vous êtes partis et où vous en êtes aujourd'hui, comment voyez-vous votre GMF? Dans quelle mesure votre fonctionnement a-t-il changé?
26. Quels sont vos meilleurs coups?
27. Qu'est-ce que vous feriez autrement?
28. Si vous le pouviez, qu'est-ce que vous changeriez dans le travail médecin-infirmière?
29. Pour terminer, y a-t-il d'autres éléments qui vous semblent importants à ajouter concernant la collaboration entre les médecins et les infirmières de votre GMF?

**CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)**

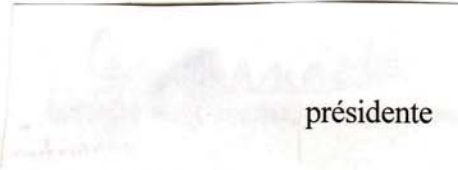
Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

La transformation des pratiques vers une collaboration interprofessionnelle au sein des
GMF de 2^e vague

présenté par : Mme Julie Lajeunesse et Dr Jean-Louis Denis

Financé par : n/a portant le # n/a

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.


présidente

Date d'étude : 1^{er} mars 2008

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 09 AVR 2008**

Numéro de référence : CERFM (08)#297

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le
Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

**SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES
SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA
TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.**

**SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU
PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.**

**TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU
EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.**

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.