

Université de Montréal

**STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC**

TOME 1

par

Danielle D'Amour

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en santé publique
Option: Organisation des soins de santé

Décembre, 1997

© Danielle D'Amour, 1997



WA
5

U58

1998

v.001

t.1

Université de Montréal

STRUCURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC

TOME 1

par

Danielle Amour

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie Doctor (Ph.D.)
en santé publique
Opportunités d'implémentation des soins de santé

Montréal, 1997

Imprimerie D'Amour, 1997



Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé
de première ligne au Québec.

Présentée par:

Danielle D'Amour

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Claude Sicotte, directeur
Ron Lévy, co-directeur
Régis Blais, président du jury
Louise Lemieux-Charles, juge externe
Jean-Louis Denis, juge interne
Robert Tardif, représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le: 17.12.1997

Sommaire

Le but de l'étude est de comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle telle qu'elle se vit dans les CLSC au Québec. Cette étude trouve son importance dans le fait que les services de santé de première ligne au Québec sont érigés sur le principe du travail interprofessionnel et que la tendance du système actuel de santé est de proposer un modèle interactif de services, c'est-à-dire basé sur la collaboration de professionnels à l'intérieur d'un même établissement mais aussi entre établissements.

Une revue de la documentation sur la collaboration interprofessionnelle nous a dévoilé la rareté des études sur le sujet. Les quelques recherches identifiées utilisent soit une perspective macrosociologique telle que la sociologie des professions ou encore une perspective structuro-fonctionnaliste.

L'approche utilisée est une méthode interprétative qui s'inspire de la théorie ancrée de Glaser et Strauss. Afin d'approfondir notre compréhension du phénomène, nous avons choisi un devis d'étude collective de cas afin de comprendre, non seulement le point de vue des acteurs impliqués ainsi que leurs interrelations, mais également leur contexte d'action. Trois équipes multiprofessionnelles provenant de trois programmes différents d'un même CLSC ont participé à la recherche. Quatre sources de données ont été utilisées: des entrevues individuelles avec les membres des trois équipes multiprofessionnelles, l'observation de rencontres cliniques, la consultation de documents cliniques et administratifs et la rédaction de notes de terrain. À l'aide de ces données, nous avons rédigé trois histoires de la collaboration interprofessionnelle qui, par la suite, ont été soumises et discutées dans les équipes respectives dans le but de valider notre interprétation de l'histoire de leur collaboration.

Les données empiriques recueillies ont dévoilé des difficultés importantes de collaboration et nous ont fait prendre conscience des nombreux enjeux et contraintes autour de la collaboration interprofessionnelle. L'approche organisationnelle telle que proposée par Erhard Friedberg nous a semblé l'approche à privilégier pour éclairer nos données, elle repose sur une sociologie de l'action et traite de la construction de l'action collective.

Le va-et-vient incessant entre nos données et la théorie a laissé émerger un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle constitue en fait une armature intellectuelle pour tout observateur qui voudrait mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle. Il permet de saisir les contraintes et

les enjeux autour de quatre dimensions soit la formalisation, la finalisation, la conscience et l'intériorisation de la régulation et la délégation, tout en tenant compte des structurations englobantes.

La formalisation de la collaboration interprofessionnelle concerne la coordination de l'intervention clinique et les modalités d'interaction des membres de l'équipe. La finalisation traite de l'intégration des résultats de la collaboration et des transactions des acteurs autour de leurs buts propres et de ceux de l'organisation. La conscience et l'intériorisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle résident dans l'interconnaissance des professionnels, l'établissement d'une relation de confiance et le partage de territoires professionnels. La dimension de la délégation est en même temps exogène et endogène et les professionnels doivent être conscients des effets d'intégration et de différenciation de la délégation.

Nous terminons notre étude en transposant ce modèle à l'intérieur d'un processus qui vise à favoriser l'émergence et l'évolution de la collaboration interprofessionnelle. Quatre phases sont proposées: 1) une phase de prise de conscience des enjeux et des contraintes et d'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle; 2) une phase de négociations autour de trois dimensions du modèle; 3) une phase d'alignement où les stratégies des acteurs sont identifiées et 4) une phase de prise en compte des résultats de la collaboration.

En conclusion, nous discutons de l'influence des structurations englobantes telles que les systèmes professionnel et éducationnel sur la situation de la collaboration interprofessionnelle actuelle dans les services de santé.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	x
REMERCIEMENTS.....	xi
1. LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LE CONTEXTE SOCIAL ET ORGANISATIONNEL	1
2. LES ÉCRITS AUTOUR DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	9
2.1 ÉLÉMENTS MACRO-SOCIOLOGIQUES DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	10
2.1.1 <i>La notion de professionnalisation</i>	10
2.1.2 <i>Le savoir formel</i>	12
2.1.3 <i>Le pouvoir par le savoir formel</i>	15
2.1.4 <i>Savoir et juridictions</i>	17
2.1.5 <i>L'interdisciplinarité</i>	19
2.2 ÉLÉMENTS MICRO-SOCIOLOGIQUES ET ORGANISATIONNELS DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	22
2.2.1 <i>Les déterminants de la collaboration</i>	25
2.2.2 <i>Les perspectives théoriques</i>	29
2.2.3 <i>Dans les milieux de santé</i>	32
2.2.4 <i>Conclusion</i>	39
2.2.5 <i>Question de recherche</i>	40
3. CADRE MÉTHODOLOGIQUE	42
3.1 POSITION ÉPISTÉMOLOGIQUE	44
3.2 LE CHOIX MÉTHODOLOGIQUE: L'ÉTUDE DE CAS.....	46
3.3 MILIEU DE LA RECHERCHE	48

3.3.1 <i>Le choix du milieu de la recherche</i>	48
3.3.2 <i>Le choix des cas à l'étude</i>	50
3.3.3 <i>La sélection des participants</i>	52
3.4 COLLECTE DE DONNÉES	53
3.4.1 <i>Points d'ancrage de la collecte de données</i>	53
3.4.2 <i>Méthodes de collecte de données</i>	55
3.4.3 <i>Les entrevues semi-directives</i>	59
3.4.4 <i>L'observation</i>	64
3.4.5 <i>L'analyse de documents</i>	65
3.4.6 <i>Les notes de terrain et le journal de bord</i>	66
3.5 CLASSEMENT ET ANALYSE DES MATÉRIAUX	68
3.6 LES CRITÈRES DE RIGUEUR.....	74
3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	80
4. PERSPECTIVE THÉORIQUE	82
4.1 L'ANALYSE STRATÉGIQUE	84
4.2 L'APPROCHE ORGANISATIONNELLE.....	88
4.2.1 <i>Une armature intellectuelle pour explorer la réalité empirique</i>	88
4.2.2 <i>Contexte d'action et système d'action concret</i>	90
4.2.3 <i>L'organisation et son environnement</i>	95
4.2.4 <i>Les stratégies des acteurs et la notion de jeu</i>	96
4.2.5 <i>Trois déficits</i>	97
4.2.6 <i>L'analyse des systèmes d'action concrets</i>	99
4.3 NOTRE MODÈLE DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	104
5. UNE COLLABORATION CONFLICTUELLE : L'ÉTUDE DE CAS AU PROJET OLO ..	113
5.1 LA FORMALISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	116
5.1.1 <i>La coordination de l'intervention clinique</i>	117
5.1.2 <i>Les modalités d'interaction</i>	118
5.2 LA FINALISATION DE LA RÉGULATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	122
5.2.1 <i>L'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle</i>	123
5.2.2 <i>Les transactions des acteurs autour des buts</i>	124
5.3 LA CONSCIENCE ET L'INTÉRIORISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	126
5.3.1 <i>Le processus d'interconnaissance</i>	126
5.3.2 <i>L'établissement d'une relation de confiance</i>	128

5.3.3 <i>Le partage des territoires professionnels</i>	131
5.4 LA DÉLÉGATION DE LA RÉGULATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	132
5.4.1 <i>Le caractère endogène de la délégation</i>	133
5.4.2 <i>Le caractère exogène de la délégation</i>	135
5.5 CONCLUSION.....	137
6. LA LOGIQUE DE L'ENGAGEMENT: L'ÉTUDE DE CAS AU MAD	138
6.1 LA FORMALISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	140
6.1.1 <i>Les modalités d'interaction</i>	140
6.1.2 <i>La coordination de l'intervention clinique</i>	143
6.2 LA FINALISATION DE LA RÉGULATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	145
6.2.1 <i>L'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle</i>	145
6.2.2 <i>Les transactions des acteurs autour des buts</i>	147
6.3 LA CONSCIENCE ET L'INTÉRIORISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	149
6.3.1 <i>Le processus d'interconnaissance</i>	149
6.3.2 <i>L'établissement d'une relation de confiance</i>	150
6.3.3 <i>Le partage des territoires professionnels</i>	153
6.4 LA DÉLÉGATION DE LA RÉGULATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	154
6.4.1 <i>Le caractère endogène de la délégation</i>	155
6.4.2 <i>Le caractère exogène de la délégation</i>	157
6.5 CONCLUSION.....	158
7. UNE COLLABORATION EN PARTIE NÉGOCIÉE: ÉTUDE DE CAS AUX SERVICES COURANTS	161
7.1 LA FORMALISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	163
7.1.1 <i>La coordination de l'intervention clinique</i>	163
7.1.2 <i>Les modalités d'interaction</i>	167
7.2 LA FINALISATION DE LA RÉGULATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	168
7.2.1 <i>L'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle</i>	168
7.2.2 <i>Les transactions des acteurs autour des buts</i>	169
7.3 LA CONSCIENCE ET L'INTÉRIORISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	171
7.3.1 <i>Le processus d'interconnaissance</i>	171
7.3.2 <i>L'établissement d'une relation de confiance</i>	172
7.3.3 <i>Le partage des territoires professionnels</i>	174
7.4 LA DÉLÉGATION DE LA RÉGULATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	174

7.4.1 <i>Le caractère endogène de la délégation</i>	175
7.4.2 <i>Le caractère exogène de la délégation</i>	176
7.5 CONCLUSION.....	177
8. DISCUSSION DES PROBLÈMES DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	180
8.1 LES PROBLÈMES AUTOUR DE LA FORMALISATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	181
8.1.1 <i>Des règles formelles rigides non consensuelles</i>	184
8.1.2 <i>Des règles formelles qui créent des inégalités de pouvoir</i>	185
8.1.3 <i>Des règles formelles qui ne prennent pas en compte la logique affective des acteurs</i>	186
8.1.4 <i>Des règles formelles basées sur un paradoxe</i>	187
8.2 LA QUESTION DE LA FINALISATION DANS LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	189
8.2.1 <i>Les différentes conceptions de la collaboration interprofessionnelle</i>	190
8.2.2 <i>Les intérêts divergents</i>	194
8.3 PRISE DE CONSCIENCE ET D'INTÉRIORISATION DE LA RÉGULATION.....	198
8.3.1 <i>Le processus d'interconnaissance</i>	199
8.3.2 <i>L'établissement d'une relation de confiance</i>	202
8.3.3 <i>Le partage des territoires professionnels</i>	207
8.4 LA CONSCIENCE DE LA DÉLÉGATION ET DE SES EFFETS	210
8.4.1 <i>La structure des programmes</i>	212
8.4.2 <i>Les tiers garants</i>	214
8.4.3 <i>Le client</i>	215
9. PROPOSITION D'UN PROCESSUS D'ÉMERGENCE ET D'ÉVOLUTION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	217
9.1 LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA CONSTITUTION DE LA RÈGLE.....	221
9.2 LA NÉGOCIATION	223
9.3 CRÉATION D'ALIGNEMENTS	225
9.4 PRISE EN COMPTE DES RÉSULTATS	226
CONCLUSION.....	228
LISTE DE RÉFÉRENCES	237

Liste des tableaux

TABLEAU 2.1 : LES ÉLÉMENTS PRÉGNANTS DE LA LOGIQUE DE LA PROFESSIONNALISATION ET DE LA LOGIQUE DE LA COLLABORATION	22
TABLEAU 3.1: RÉPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LE PROGRAMME ET LA PROFESSION.....	61
TABLEAU 3.2: CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS AU PROJET OLO	62
TABLEAU 3.3: CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE	63
TABLEAU 3.4: CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME DES SERVICES COURANTS.....	64
TABLEAU 8.1: CARACTÉRISTIQUES ET DYNAMIQUE ENGENDRÉE PAR DEUX RÈGLES FORMELLES RÉGISSANT LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LES CAS À L'ÉTUDE..	183
TABLEAU 8.2: STRATÉGIE DES ACTEURS ET RÉSULTATS EN REGARD DE LA DIMENSION DE LA FINALISATION	190
TABLEAU 8.3: PRISE DE CONSCIENCE ET INTÉRIORISATION DANS LES TROIS CAS À L'ÉTUDE.....	199
TABLEAU 8.4: LES EFFETS DE DIFFÉRENCIATION ET D'INTÉGRATION DE LA DÉLÉGATION EXOGÈNE ET ENDOGÈNE.....	212

Liste des illustrations

FIGURE 3.1 : FONCTIONNEMENT CLINIQUE DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	54
FIGURE 3.2: TRAME CATÉGORIELLE DE NARRATION DES HISTOIRES DE CAS.....	70
FIGURE 3.3 : ÉTAPES DE LA RECHERCHE	74
FIGURE 4.1: MODÈLE DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (C.I.)...	108
FIGURE 6.1: STRUCTURE DU PROGRAMME DE MAD ET FORMATION DES GROUPES D'INTERVENTION..	152
FIGURE 9.1: PROCESSUS D'ÉMERGENCE ET D'ÉVOLUTION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	220

Remerciements

Ce travail passionnant a été rendu possible grâce à la précieuse collaboration des professionnels et gestionnaires du CLSC à l'étude. Je ne saurais trop les remercier de leur disponibilité et de leur ouverture à partager leur expérience. Je serais très heureuse si la réflexion menée autour des informations qu'ils m'ont communiquées pour cette thèse pouvait les aider à répondre à certaines de leurs interrogations.

À messieurs Claude Sicotte et Ron Lévy, directeur et co-directeur de cette thèse, je veux exprimer ma reconnaissance pour leur soutien constant, leur disponibilité et leur rigueur. Je me dois de souligner le soutien que j'ai reçu de l'Université de Montréal, notamment du département d'administration de la santé et de la faculté des sciences infirmières. J'exprime ma gratitude à mes collègues et ami(e)s qui m'ont aidé à réfléchir et m'ont soutenue.

Je remercie du fond du coeur mon conjoint Serge pour sa grande générosité. Non seulement il m'a encouragée et soutenue émotivement, mais il a aussi participé à plusieurs étapes de cette recherche notamment par ses compétences informatiques. Il fut pour moi une aide inestimable, je le remercie de sa patience et de son soutien indéfectible.

À mon fils Hadrian, qui par sa musique, ses jeux, son sourire m'a transmis son inépuisable énergie, tout en me rappelant qu'il avait bien hâte que sa maman soit enfin libre.

Enfin à ma mère, je dis merci pour tout....

1. LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LE CONTEXTE SOCIAL ET ORGANISATIONNEL

Dès leur formation, au début des années '70, les centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, issus de la réforme Castonguay-Nepveu (Québec, 1967), proposaient un modèle novateur de réponse aux besoins sanitaires et sociaux d'une population et mettaient de l'avant un modèle d'organisation de la prestation des services ambulatoires fondé sur la collaboration entre des professionnels de diverses disciplines. Cette organisation, usuellement appelée équipe multidisciplinaire, et parfois équipe interdisciplinaire, devait permettre d'offrir des services selon une approche globale et intégrée (MAS, 1972; FCLSC, 1977; MSSS, 1986; 1987). Une approche globale en ce sens qu'elle reconstitue la personne en un tout plutôt qu'en parties séparées et s'oppose à la vision mécaniste de la personne née de la spécialisation. Une approche intégrée en ce sens qu'elle se veut une modalité de pratique qui transcende les frontières professionnelles (Poupart, Ouellet et Simard, 1986). Cet engagement, de la part des CLSC, d'intervenir selon une approche basée sur l'équipe multidisciplinaire a été régulièrement réitéré depuis la création des CLSC (FCLSC, 1994). Il trouve également appui dans l'orientation des soins de santé primaires mise de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1978). L'organisation de la prestation de services fondés sur l'équipe multidisciplinaire représente une des pierres d'assise du concept même de CLSC.

Un tel contexte constitue, en principe, un milieu favorable au développement de modes originaux et novateurs de collaboration interprofessionnelle puisque les professionnels baignent dans une culture organisationnelle très forte prônant une approche globale et communautaire (Poupart, 1986). De plus, les professionnels sont encadrés par une structure organisationnelle facilitant l'intégration des pratiques

professionnelles, soit une structure par programmes plutôt que par unités administratives définies en fonction des regroupements professionnels. Ceci signifie que des professionnels de différents horizons, principalement des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux mais aussi d'autres professionnels tels que travailleurs communautaires, physiothérapeutes, nutritionnistes, et psychologues, sont disponibles, se côtoient et structurent ensemble la prestation de services interprofessionnels.

Mais que savons-nous des modèles théoriques et opérationnels qui sous-tendent cette organisation du travail? Les CLSC ont peu explicité leur définition théorique et opérationnelle de la collaboration interprofessionnelle et peu de recherches ont été conduites sur le sujet. Les quelques recherches menées sur les équipes multidisciplinaires en CLSC ont dévoilé les limites et les difficultés de mise en pratique de ce modèle d'organisation du travail professionnel (Brunet et Vinet, 1978; Couture, 1978). Selon ces études, il ressort que les différents groupes de professionnels ont plutôt tendance à chercher à satisfaire leurs aspirations professionnelles et à maintenir leur autonomie qu'à travailler en collaboration. Les modes de relation se limitent soit à des relations de subordination, le plus souvent au médecin, soit à un certain parallélisme disciplinaire où les professionnels travaillent côte à côte sans véritables rapports de collaboration. Brunet et Vinet (1978) soulignent la quasi-absence du modèle d'organisation qu'ils ont nommé modèle de la collaboration globale. De tels comportements atténuent les effets positifs que l'on prête généralement à une collaboration centrée sur les besoins des usagers. Les services sont alors tout aussi morcelés et coûteux et la clientèle toute aussi dépendante que dans le modèle traditionnel (Michaud, St-Amand et Clavette, 1985). Brunet et Vinet (1979) ont mené une étude d'une durée de trois ans sur le fonctionnement des équipes multidisciplinaires, nouvellement implantées en CLSC. Ils arrivent essentiellement à quatre constats, à savoir: 1) la prise de contrôle des CLSC par les

professionnels; 2) la mise à l'écart de la population dans les processus de décision; 3) l'absence de liens entre les modèles de fonctionnement observés et les objectifs d'accessibilité et de continuité des services; et 4) des modèles de fonctionnement en équipe qui ne sont nullement novateurs.

Ces recherches menées à la fin des années 1970 faisaient déjà état de problèmes importants et posaient un jugement sévère sur l'utilisation que les professionnels font de leur pouvoir. La situation ne semble guère s'être améliorée tant au niveau de la participation communautaire que des relations interprofessionnelles; nombre de CLSC sont effectivement aux prises avec des conflits interprofessionnels importants. La situation est malheureusement peu documentée. Il nous semble cependant que ces conflits ne constituent que la pointe de l'iceberg et démontrent la difficulté et le profond malaise devant ce mode « novateur » d'organisation du travail.

D'où vient ce malaise? De façon générale, la collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients. Or, le système professionnel est un acteur de premier ordre qui ne répond pas à une telle conception du travail interprofessionnel. En effet, le modèle professionnel est basé sur la spécialisation, le pouvoir, l'autorité. Les professionnels sont formés dans un système éducationnel qui élabore de nouveaux savoirs spécifiques qui en retour définissent les pratiques sur la base de territoires ou de juridictions exclusives (Abbott, 1988). Le système professionnel, dominé par les corporations professionnelles, renforce cette position. Au Québec, ce processus de monopolisation des territoires professionnels nous conduit à la situation actuelle où le système professionnel, dans le secteur de la santé, effectue un découpage en vingt-deux

territoires dont treize exclusifs. Ceci signifie que treize professions sanitaires possèdent un monopole légal de l'exercice de certaines activités (Office des professions du Québec, 1996). La loi 120, par la création de comités sur la base de groupes professionnels, renforce également le système professionnel (CMDP, CII, CM¹) (Gouvernement du Québec, 1991).

Or, le discours de la collaboration interprofessionnelle s'oppose à la logique professionnelle. Pour Gusdorf (1990), le préfixe « inter » comme dans interdisciplinarité, interprofessionnel mais aussi comme dans interdépendance n'indique pas seulement une pluralité, une juxtaposition; il évoque un espace commun, un facteur de cohésion entre des savoirs différents mais aussi entre des pratiques différentes. Cette logique prône des orientations telles que la participation de la collectivité, la globalité de l'approche, l'autonomisation des usagers, l'intégration des services et l'accessibilité des services. Un des moyens privilégiés pour mettre en application cette approche de la personne, être bioculturel définit de façon biopsychosociale, est l'interdisciplinarité en ce qui concerne le développement des disciplines (Morin et Piattelli-Palmarini, 1983) et la collaboration interprofessionnelle lorsqu'il s'agit de pratiques².

Une constatation à la base de cette étude est le fait que les acteurs sont confrontés à des logiques dissemblables qui entrent en interaction dans la

¹ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et Conseil multidisciplinaire (CM).

² Nous utilisons le suffixe « disciplinaire » lorsque nous référons au développement des connaissances et le terme « professionnel » lorsque nous parlons des pratiques. Ainsi, les termes « multiprofessionnel » et « interprofessionnel » sont utilisés au lieu des termes « multidisciplinaire » et « interdisciplinaire », ces derniers termes étant réservés à la mise en commun de savoirs disciplinaires, soit de concepts, de théories et de méthodes, pour une meilleure compréhension de phénomènes. Les termes « multiprofessionnel » et « interprofessionnel » se rapportent plutôt à la mise en commun de pratiques aux fins de résolution de problèmes empiriques spécifiques. Nous conservons toutefois les termes « multidisciplinarité » et « interdisciplinarité » lorsqu'ils sont utilisés dans les verbatims.

collaboration interprofessionnelle: une logique influencée par le système professionnel et une logique de la collaboration. La logique dominante, celle de la professionnalisation, est établie sur la base des savoirs socialement reconnus à des groupes spécifiques qui délimitent leur champ professionnel ainsi que leur position sur le marché du travail. La logique de la collaboration interprofessionnelle est basée sur des valeurs humanistes qui recentrent les acteurs autour de la personne plutôt qu'autour des territoires professionnels et de la spécialisation. Il ne s'agit pas de concevoir l'acteur comme participant exclusivement à l'une ou l'autre de ces logiques mais plutôt comme étant constamment bombardés par deux modes de pensée et cherchant sa propre voie. Les acteurs en CLSC sont confrontés à ces deux logiques et ils sont encore, après plus de 20 ans, en processus de socialisation par rapport à la logique de la collaboration. Ce passage ne va toutefois pas sans difficultés, difficultés qui constituent souvent un « secret bien gardé ». Nombre de gestionnaires et de professionnels hésitent à parler de ces difficultés de gestion de la collaboration devant lesquelles ils se sentent plutôt démunis.

Plusieurs questions sont soulevées par cet état de la situation, les nombreuses difficultés de mise en oeuvre de la collaboration interprofessionnelle doivent-elles nous conduire à remettre en question cette idéologie de la collaboration ou doivent-elles plutôt nous inciter à développer de nouveaux outils pour mieux comprendre le phénomène? Comment assurer la pérennité d'équipes interprofessionnelles dans un contexte de services de santé de première ligne?

Dans la présente étude, nous chercherons à comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle ainsi que les divers éléments qui influencent cette collaboration. Il importe de comprendre la conception que les acteurs ont de la collaboration interprofessionnelle ainsi que les modalités de structuration de leur collaboration. Crozier et Friedberg (1977) conçoivent le travail du chercheur comme la recherche du sens profond qui souvent se cache derrière le sens ou le non-sens

apparent en découvrant les contraintes en regard desquelles des conduites apparemment irrationnelles ne le sont plus.

La collaboration interprofessionnelle dépasse largement le contexte organisationnel, c'est pourquoi le chapitre sur la recension des écrits aborde la question sous deux perspectives, soit une perspective macrosociologique qui traite des structurations englobantes de la collaboration interprofessionnelle et une perspective microsociologique, qui prend en compte l'ensemble des rapports humains ainsi que les déterminants organisationnels.

Les travaux en sociologie des professions ont surtout conçu les professionnels dans une dynamique de compétition (Freidson, 1970; 1986; Abbott, 1988). Ces travaux s'en sont généralement tenus à considérer le niveau macrosociologique sans pousser la compréhension du système professionnel sur l'aire du travail, sans tenter de faire le pont entre la macro et la microsociologie et entre les différentes logiques en présence. Les travaux en théorie des organisations révèlent la complexité et la richesse des relations entre les acteurs et la diversité des points de vue exprimés sous forme de contradictions, de conflits, d'interprétations multiples, de paradoxes (Séguin et Chanlat, 1983).

Nous avons choisi, en cours de route, de nous situer dans la perspective de la sociologie des organisations, principalement d'auteurs s'inscrivant dans le courant de la sociologie de l'action (Strauss, 1968; Crozier et Friedberg, 1977; Friedberg, 1993). Les derniers travaux de Friedberg (1993) sur l'approche organisationnelle nous ont particulièrement servi de source d'inspiration. Nous chercherons donc à saisir, à partir des acteurs eux-mêmes, les contours de l'action collective qu'est la collaboration interprofessionnelle.

Notre approche méthodologique est de nature interprétative à savoir que nous avons laissé aux acteurs le soin de nous parler de leur expérience de collaboration pour, à notre tour, construire notre propre compréhension du phénomène. Nous nous sommes inspirée de la théorie ancrée de Glaser et Strauss (1967) et de l'adaptation que Vaughan (1992) en a fait et qu'elle nomme l'élaboration de théorie. Le devis est l'étude collective de cas, il permet de situer l'acteur dans son contexte d'action et de prendre en compte aussi bien les éléments structurels de l'organisation que l'univers complexe des rapports humains et de l'interaction sociale. Trois équipes interprofessionnelles ont participé à la recherche.

La rédaction d'histoires de cas et les études de cas nous conduisent à proposer un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Modèle qui, l'espérons-nous, servira d'armature intellectuelle à quiconque désire comprendre les enjeux de contextes d'action où des acteurs, professionnels de la santé, travaillent en interdépendance. Des difficultés importantes de collaboration sont ressorties de l'étude. Notre réflexion nous a menée à proposer, à cet égard, un processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle, processus qui vise à mettre davantage l'éclairage sur la conscience des acteurs en regard de leur action collective, sur les nécessaires négociations de même que sur les stratégies d'alignement des acteurs. Ces deux propositions soulignent la nécessité de reconnaître la nature contingente et construite de la collaboration interprofessionnelle.

La thèse se présente donc comme suit. Le premier chapitre expose la situation de la collaboration interprofessionnelle, le second traite des écrits, le troisième présente le cadre méthodologique. Le quatrième chapitre développe la perspective de l'analyse stratégique et de l'approche organisationnelle. Il se termine par la présentation de notre propre modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Les exigences liées à la compréhension de la thèse imposent que le modèle soit présenté avant les études de cas, mais il faut bien comprendre qu'il

est né d'un mouvement incessant entre les histoires de cas, la théorie et les études de cas. Les trois chapitres suivants proposent l'analyse des données sous forme de trois études de cas, une étude pour chacun des programmes où a eu lieu la recherche. Puis nous présentons, au chapitre huitième, l'analyse transversale des trois cas. C'est ainsi que nous ressortons les problèmes de collaboration selon les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Le neuvième chapitre propose un processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle. Nous terminons en situant les résultats de notre étude en regard des structurations englobantes de la collaboration interprofessionnelle et formulons quelques recommandations.

Les trois histoires de cas se retrouvent en annexe, dans un deuxième tome. Elles permettent de reconstituer l'histoire de la collaboration interprofessionnelle dans chacun des programmes. Elles traitent notamment du contexte du programme, du design organisationnel, du groupe en tant que système social et de l'environnement social et culturel. Ces histoires, rédigées à partir d'une même trame de narration qui a émergé du matériel empirique, ont été soumises aux participants pour validation. Elles constituent notre matériel de base, en quelque sorte notre banque de données. Le lecteur peut recourir aux histoires de cas pour plus d'informations sur le contexte, les dynamiques en jeu et le cours des événements.

2. LES ÉCRITS AUTOUR DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Les écrits sont présentés de façon à explorer le phénomène de la collaboration interprofessionnelle sous deux angles principaux. D'abord, nous examinons la structuration de la collaboration interprofessionnelle à partir d'éléments macro-sociologiques en référant à des auteurs en sociologie des professions qui traitent du système professionnel et de son influence sur le travail interprofessionnel. La sociologie des professions offre un cadre pour comprendre les valeurs et les intérêts du système professionnel et éducationnel, influences qui agissent à un niveau social (macro) et qui constituent une structuration englobante de la collaboration interprofessionnelle sur l'aire de travail. Nous abordons le concept de professionnalisation à partir de l'utilisation du savoir formel ou savoir expert comme instrument de légitimation sociale et à partir du pouvoir des professionnels relié à ce savoir. Nous traitons aussi du lien entre le savoir, les juridictions et les valeurs sous-jacentes au système professionnel qui influencent le champ des pratiques professionnelles. Nous verrons comment ces valeurs, véhiculées principalement par la formation et la recherche, s'opposent aux valeurs de l'interdisciplinarité.

Dans un deuxième temps, nous traitons de la structuration de la collaboration interprofessionnelle à partir d'éléments à un niveau micro soit à partir de l'aire de travail même. Nous référons alors à des auteurs en théorie des organisations qui ont exploré le phénomène de la collaboration interprofessionnelle ou du travail d'équipe ainsi que les modèles organisationnels qui tentent d'expliquer l'efficacité et la pérennité de ces équipes. Ce parcours conduit au cadre d'analyse qui a servi à traiter les données empiriques de la présente recherche, soit l'approche organisationnelle (Friedberg, 1993) relevant des écrits en sociologie des organisations. Notre sujet de

recherche nous a amené à faire un long voyage dans la littérature, quelques fois par des chemins tortueux, mais c'est réellement « l'empirie » qui a décidé de ce cheminement. En effet, le choix du cadre d'analyse a émergé et s'est imposé à partir de nos données empiriques. La recension des écrits recompose ce voyage et donne un sens à notre recherche.

2.1 Éléments macro-sociologiques de structuration de la collaboration interprofessionnelle

2.1.1 La notion de professionnalisation

L'objet d'étude de la sociologie des professions est la professionnalisation soit le processus par lequel un groupe occupationnel arrive à contrôler un ensemble de connaissances correspondant à un ensemble de services. Abbott (1988) définit ainsi une profession: «exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases» (p. 8). La sociologie des professions a historiquement traité les professions comme des corps unitaires où chacun des membres adhère à un projet professionnel fermé, déterminé à partir d'une structure sociale occupationnelle. Les professions y sont vues comme indépendantes les unes des autres, on ignore les différences intraprofessionnelles et on étudie davantage les structures d'organisation que le travail lui-même (Abbott, 1988).

L'étude des professions s'est beaucoup penchée sur la structure d'organisation des groupes professionnels, le projet professionnel consistant en la reconnaissance d'un statut social et occupationnel sur la base d'un territoire défini à partir de connaissances et de caractéristiques spécifiques. Ainsi, on retrouve une structure sociale à l'intérieur des professions établie sur la base de la capacité à monopoliser un territoire en fonction d'une expertise (Freidson, 1970a). Le principal souci des

professions est de se diviser un ensemble de services et de tenter de s'étendre pour acquérir de nouveaux territoires (Abbott, 1988). La sociologie des professions aborde la question des professions essentiellement sous l'angle de la création et de la conservation de territoires ou de juridictions légales.

Les relations entre les groupes professionnels sont traitées dans une dynamique de pouvoir, d'autorité et de contrôle (Freidson, 1970a). Selon Freidson (1986), les caractéristiques de la professionnalisation ne sont pas la collégialité et la confiance mais bien la domination, l'autonomie et le contrôle. Les professionnels sont placés dans une dynamique de compétition, en position de rivalité, ce qui se répercute à tous les niveaux, notamment sur l'aire de travail. La notion de collaboration est absente ou au mieux vue dans la perspective de la complémentarité des services. Le danger pour un groupe professionnel de se faire défalquer certains services du territoire qu'il occupe est toujours présent, il est donc menaçant d'établir des liens trop étroits avec un autre groupe professionnel. Abbott (1988) conçoit les professions dans le cadre d'un système d'interdépendances qui cherche à se maintenir en équilibre.

La recherche identitaire et la reconnaissance sociale de chaque profession est fonction de son savoir formel sur lequel s'appuie un certain pouvoir. Ces deux notions seront maintenant développées afin de mieux saisir le phénomène professionnel et son influence sur les individus. Comment les professions construisent-elles ce savoir expert, comment ce savoir est-il transposé au niveau social et au niveau de l'aire de travail? Comment, en étant un agent d'un savoir formel, exerce-t-on un pouvoir? Ces questions ont notamment été posées par Freidson (1986) dans *Professional Powers*.

2.1.2 Le savoir formel

Collins (1990) retrace divers courants de l'étude des professions, d'abord un courant classique où les professions sont perçues comme ayant un caractère essentiellement altruiste pour en arriver à un courant qu'il nomme révisionniste où les professions sont perçues à travers une structure de privilèges basée sur un système d'éducation. Cette structure est productrice d'inégalités par la clôture sociale d'un champ de pratique. Collins (1990) pose un certain nombre de questions sur la nature de l'expertise monopolisée par les professions, sur les conséquences sociales qui découlent des différents types de savoir et sur les modes d'appropriation de ce savoir expert. Collins (1990) définit les professions comme des occupations socialement idéalisées qui se sont organisées en communautés fermées. Il insiste sur ce caractère idéalisé de certaines professions, car plus les professions ont su créer d'éléments d'idéalisation (rareté des ressources, privilèges associés, monopole), plus elles sont socialement reconnues. Selon ce dernier, la formation académique prolongée ne contribue pas à l'acquisition de savoirs pratiques, ces derniers étant acquis sur le terrain.

Selon Paicheler (1995), la question fondamentale de l'étude des professions concernent l'expertise, concrétisée dans la détention d'un savoir relativement inaccessible au profane. La délégation du pouvoir et de l'autonomie qui en émane apparaît alors comme le résultat de la légitimité suite à une activité rhétorique. Le savoir expert est une composante majeure et commune aux différents groupes aspirant au statut de professionnel. Les groupes de professionnels constituent, par différents moyens, une base de savoir qui leur est socialement reconnue et qui délimite leur champ professionnel ainsi que leur position sur le marché de travail (Freidson, 1970b; 1985; 1986; Sarfatti-Larson, 1988; Abbott, 1988). Les efforts de ces groupes sont orientés vers la légitimation sociale et cognitive de leur savoir et de leur juridiction. Le savoir expert ou le savoir formel est un savoir que seule une élite possède, en ce

sens il n'est pas accessible au profane ou au commun des mortels et c'est un savoir qui n'est pas utilisé dans la vie de tous les jours.

Sarfatti-Larson (1988) soutient que tout phénomène d'ordre professionnel doit être rattaché à la production et à la sanction sociales du savoir. Cette définition la conduit à examiner de plus près la notion de champ de discours en s'inspirant des écrits de Foucault et de Bourdieu et à proposer une analyse des corps professionnels en fonction de la localisation de leurs membres dans ce champ de discours. L'examen de la construction de l'expertise permet à Sarfatti-Larson d'établir des parallèles entre l'élite académique, les administrateurs et les praticiens dans leur défense de la structure et des frontières des champs professionnels. Sarfatti-Larson (1977; 1980; 1988), lors d'études socio-politiques et historiques du projet de professionnalisation, soutient que c'est à travers la production d'un discours "autorisant" que les professionnels s'approprient un marché de services. Selon Sarfatti-Larson (1988), la capacité qu'ont divers individus ou groupes d'individus de s'approprier ces discours "autorisés" et "autorisants" lui semble constituer une dimension caractéristique de l'inégalité sociale. Ferroni et Kobler (1995) ont étudié la profession infirmière en Grande-Bretagne, elles illustrent bien ces notions d'autorisé et d'autorisant. Selon ces auteurs, la sociologie des professions a beaucoup étudié les relations entre médecins et infirmières comme exemple de relations de domination. Les infirmières étaient peu autorisées à parler. Aujourd'hui, les infirmières entre autre au Québec, cherchent à se délimiter un nouveau champ d'intervention par une expansion latérale vers des secteurs tels que le soutien relationnel, social et communautaire, secteurs déjà occupés par d'autres professionnels possédant un statut égalitaire. La rhétorique de ces professionnels valorise les aspects psychosociaux de l'intervention et une approche globale. Les infirmières, de par leur position, prétendent ainsi être les mieux habilitées à aborder autant le point de vue social que celui de la santé physique.

Le fait que la légitimité soit basée sur des savoirs experts a comme conséquence que cette légitimité n'est jamais complètement et définitivement acquise. Cette légitimité est questionnée par de nombreux éléments macro-sociologiques tels que la bureaucratisation, l'évolution technologique (Paicheler, 1995), l'évolution du système de valeurs (Kuty, 1991) et par des éléments micro-sociologiques tels que les pratiques sur l'aire de travail, les interactions d'individus, les négociations avec les partenaires (Abbott, 1989). La notion de légitimité entretient la dynamique de revendications de juridictions.

Chauvenet (1989), qui a aussi analysé l'élaboration du savoir expert dénonce le fait que les professionnels de la santé, tout en prônant l'autonomisation des usagers, continuent à s'approprier un savoir spécifique et par là un pouvoir. Se crée ainsi une asymétrie de l'expertise qui signifie que le client doit faire confiance au professionnel et que le professionnel doit respecter le client (Abbott, 1988). Une tendance se dessine toutefois vers la démocratisation du savoir: dans le domaine de la santé, le client-consommateur exige de plus en plus le respect de son autonomie et de sa capacité de décision. Le manque de ressources dans les systèmes de santé occidentaux font que les clients et leur entourage sont davantage mis à contribution. De même, des mouvements de démocratisation des soins tels que les soins de santé primaires, les approches communautaires d'interventions à travers plusieurs expériences de conscientisation et de mobilisation communautaire viennent remettre en question cette division sociale du savoir. De façon marginale encore, certaines professions, notamment la profession infirmière, tentent de redéfinir la relation avec le client, celui-ci devient l'expert et le soin se recentre sur la qualité de vie telle que définie par la personne. « Any system of thought that attempts to predefine human experience based on an expert's knowing is restrictive in the extreme and inherently obstructive to caring ways » (Mitchell, 1995, p. 12). Ainsi, le rôle de l'infirmière n'est plus d'enseigner à la personne ce qu'elle doit savoir mais de la guider et de la

soutenir dans ce qui compte pour elle. La personne deviendrait ainsi un foyer central de structuration de l'action et possiblement de la collaboration et ce, en lieu des territoires professionnels. Une telle tendance est possible si nous considérons uniquement des valeurs locales sous-jacentes, car au niveau sociétal, le système professionnel reste basé sur l'acquisition et l'application de savoirs formels.

2.1.3 Le pouvoir par le savoir formel

L'utilisation du savoir formel pour diriger ou contrôler la vie des autres est en soi un exercice de pouvoir, une action de domination à l'égard de ceux qui en sont l'objet. Certains voient cette domination comme une conséquence inéluctable du développement des connaissances et des techniques. D'autres tentent de dissocier l'exercice du pouvoir de l'exercice du savoir, ceux qui prennent les décisions n'étant pas nécessairement ceux qui possèdent ce savoir. Plusieurs auteurs ont traité de l'utilisation du savoir et de la technique en fonction du pouvoir, ceci constitue un champ trop vaste pour le débattre dans le cadre de ce projet. Notons simplement que selon Freidson (1986), le savoir formel est un instrument du pouvoir, une source qui facilite l'exercice du pouvoir, mais pas le pouvoir en soi. L'exercice du pouvoir est reliée à la politique. Freidson (1986) dénonce le caractère antidémocratique de ce savoir qui peut être utilisé comme outil pour contrôler ou dominer certaines activités de la vie quotidienne. Ce savoir formel structure les possibilités de choix et d'action des gens ordinaires, de sorte que ce choix ne peut être véritablement exercé.

Freidson (1986), dans son analyse du lien entre le savoir et le pouvoir, cherche à évaluer la réalité effective (et non idéologique) des pouvoirs des professionnels et les moyens de ces pouvoirs. Son analyse permet de montrer comment les professions sont établies dans l'ordre politique et économique aux États-Unis. Elles décident du contenu de l'enseignement, des normes de pratiques, des politiques, etc. par le biais d'associations professionnelles fortes et de personnalités prestigieuses assurant une

participation décisive à de multiples comités à tous les échelons de la vie politique. Freidson (1986) parle bien « des pouvoirs », au pluriel, des professionnels car ils se retrouvent autant au niveau de la structure sociale qu'au niveau de la vie quotidienne et ils influencent les activités de chacun. Quels pouvoirs ont les professionnels sur l'aire de travail: un pouvoir sur la clientèle, un pouvoir économique et un pouvoir dans le milieu organisationnel. Ce dernier est toutefois mitigé car les professionnels, tout en possédant une certaine discrétion sur leur travail, ont habituellement peu d'influence sur l'allocation des ressources nécessaires à leur travail.

Freidson (1986) a mis au jour une caractéristique essentielle de l'organisation des professions, soit la différenciation interne, caractéristique reprise par Abbott (1988). Pour Freidson (1986), la différenciation interne d'une profession est le fait de compter, parmi la profession, des professionnels qui peuvent être classés selon différents niveaux hiérarchiques déterminés en fonction de leur savoir spécifique. Ainsi on identifie trois élites professionnelles, une dans les positions d'enseignement et de recherche, une autre dans les positions administratives et une dernière parmi les professionnels praticiens qui occupent des situations d'emploi privilégiées. Lalande (1992) définit la différenciation comme « la transformation d'éléments semblables en éléments différents » (p. 235). Cette différenciation interne de rôle est le levier des professions dans leurs efforts pour maintenir un contrôle à la fois sur le savoir et sur l'aptitude technique qu'elles revendiquent et sur les conditions dans lesquelles elles travaillent. Freidson (1986) affirme que la différenciation interne est le fil conducteur qui peut expliquer la transformation que subit le savoir formel en savoir appliqué (*working knowledge*).

Selon Abbott (1988), la clientèle constitue aussi un élément de différenciation interne car, le savoir utilisé est tributaire des problèmes présentés par la clientèle. Il faut aussi prendre en considération le pouvoir de la clientèle. Si une clientèle a beaucoup de pouvoir, elle se laissera moins imposer les visions des professionnels

comme devant régir sa vie. Freidson, (1986) réfère au pouvoir foucauldien qui n'est pas en soi un pouvoir de coercition mais une force si omniprésente qu'elle « shape the world and control systematically the content and process of human life » (p. 227).

Le milieu de travail contribue aussi à la différenciation interne en ce sens que la mise en oeuvre du savoir est fonction des autres professions présentes et de l'organisation du travail. En bref, la différenciation interne peut amener des perturbations importantes au sein d'une profession car elle souligne l'écart entre le savoir formel et le savoir réellement utilisé et, par conséquent, le pouvoir d'une profession et sa place dans le système professionnel.

2.1.4 Savoir et juridictions

Abbott (1988) souligne les relations d'interdépendance entre les diverses professions dont les enjeux sont les juridictions professionnelles. Selon cet auteur, la principale clé d'entrée dans le système professionnel est le lien entre une occupation et son travail, ce qu'il nomme une juridiction. Une profession se construit ainsi à travers ce jeu de juridictions en raison de l'interdépendance des professions. La dynamique en est une de compétition car, tel que mentionné précédemment, les juridictions sont continuellement menacées par les innovations académiques ainsi que par les changements culturels, sociaux et technologiques.

Pour Abbott (1988), tout comme pour Freidson (1970b), l'analyse de l'aire de travail se trouve révélatrice des dynamiques en jeu. Dans le domaine de la santé, le modèle traditionnel d'organisation du travail est un modèle hiérarchique. Selon Freidson (1970b), les médecins sont dans une position de domination par rapport aux professions paramédicales, ils possèdent le savoir et le pouvoir de prescription donc l'autorité sur les autres professionnels. Le paradoxe pour le personnel paramédical est que sa légitimité lui vient spécifiquement du fait qu'il travaille sous l'égide du

médecin. Le modèle multiprofessionnel d'organisation du travail fait en sorte que la prestation des services et les rapports entre les professionnels dans la division du travail sont régis par des questions de territoires et de juridictions (Allard-Breton et al., 1981; Abbott, 1988). Les conflits de revendications juridictionnelles sont réglés davantage en fonction des légitimités juridiques qu'en fonction du besoin de la population. Ce modèle multiprofessionnel devait permettre d'assurer une certaine complémentarité entre les diverses expertises des professionnels et donc l'accessibilité à une plus grande gamme de services que ce que peut offrir un professionnel isolé.

Dans le milieu des CLSC, où l'on a voulu implanter un mode d'organisation du travail basé sur le fonctionnement par équipe, les juridictions professionnelles ont constitué une barrière à la collaboration interprofessionnelle. Les auteurs Brunet et Vinet (1978), Couture (1978) et Godbout (1979) affirment que le modèle professionnel est un frein au changement culturel et à la redéfinition des modes de collaboration entre les professionnels en CLSC. Brunet et Vinet (1978) concluent que de trois modes possibles de relation, soit la subordination, le parallélisme disciplinaire et la collaboration globale, ils n'ont pu observer en CLSC que les deux premiers. Ces deux modes sont en fait une adaptation du modèle professionnel classique fondé sur l'autonomie du praticien. Couture (1978) dans une étude sur la division du travail, à partir de la perspective des médecins omnipraticiens en CLSC, note que les façons dont ces omnipraticiens répondent au changement organisationnel l'amènent à conclure qu'ils tentent de s'accommoder de ce changement sans qu'il y ait modification profonde de leur rôle. Selon Couture (1978), cela se manifeste de diverses manières: négation de l'originalité de la philosophie des soins des CLSC; échec des tentatives pour que les membres du CLSC soient traités sur un pied d'égalité au sein de véritables équipes; et persistance des comportements du médecin-entrepreneur privé dans une organisation financée par des fonds publics.

2.1.5 *L'interdisciplinarité*

La connaissance s'est développée en une multitude de disciplines. Une discipline est un ensemble de savoirs organisés. Gusdorf (1990) compare la connaissance à un obus qui a explosé en de multiples éclats dont chacun forme ce qu'on pourrait appeler une discipline. Klein (1990) retient la métaphore de l'archipel constitué d'un nombre incalculable d'îles dispersées dont la cartographie est nécessaire pour comprendre la forme. Selon Gusdorf (1990), « l'irrésistible mouvement centrifuge qui commande le démembrement, la dislocation du savoir, appelle en compensation un mouvement centripète, un regroupement qui tente de porter remède, autant que faire se peut, à l'anarchie régnante » (p. 871).

Plusieurs facteurs font qu'aujourd'hui on ait si fréquemment recours à la notion d'interdisciplinarité. La nécessité de l'interdisciplinarité découle du développement des connaissances, de la recherche et de l'éducation (Campbell, 1969; Kockelmans, 1979; Apostel, 1983; Gusdorf, 1983; Fourez, 1992). La cartographie des disciplines s'est transposée dans tous les milieux et dans toutes les pratiques et constitue une division artificielle des savoirs qui ne correspond pas nécessairement aux besoins exprimés par les chercheurs qui ont des objets de recherche complexes; aux attentes exprimées par les étudiants qui protestent contre la parcellisation du savoir; et au contexte des professionnels qui ont à résoudre des problèmes cliniques complexes exigeant un point de vue large et global. Pour Gusdorf (1990), l'interdisciplinarité s'impose par la nécessité de « regrouper les fragments éclatés de la forme humaine » (p. 885). L'interdisciplinarité est reliée à la globalité de l'approche, c'est-à-dire au fait de saisir un phénomène dans toutes ses dimensions. Dans le domaine des sciences sociales et de la santé, l'interdisciplinarité est reliée au fait de percevoir l'individu dans sa dimension biopsychosociale (Nagi, 1975; Morin et Piattelli-Palmarini, 1983).

Pour l'instant, dans la plupart des cas, l'interdisciplinarité reste au niveau de *desiderata*. Selon Gusdorf (1990), pour que cette interdisciplinarité prenne véritablement forme, il s'agit de définir un ensemble de fins et de valeurs qui puisse faire l'unité, et il n'est pas certain qu'un tel projet soit susceptible de se réaliser un jour. Certains membres de la communauté universitaire³ pensent qu'il est plus réaliste de parler de mobilité entre les disciplines que d'interdisciplinarité, la mobilité étant la capacité de sortir de la discipline pour aller chercher de nouvelles connaissances et habiletés.

Le thème de l'interdisciplinarité évoque non pas uniquement une pluralité ou une juxtaposition, une addition de disciplines, il évoque un espace commun, un facteur de cohésion entre des savoirs différents. Ainsi chacun accepte de faire un voyage hors de son territoire propre pour explorer un domaine dont il n'est pas le propriétaire unique, on parle ainsi d'une copropriété d'un territoire épistémologique déterminé (Klein, 1990). L'interdisciplinarité demande l'émergence d'un lieu de rassemblement, d'une cause commune, une ouverture à autrui de même que la reconnaissance de ses limites. Le principe de l'interdisciplinarité fait appel à l'ouverture de la pensée, à la curiosité qui va au-delà de sa propre île.

La notion d'interdisciplinarité prend de la force au moment où émerge un courant vers l'holisme et pour répondre à des objets complexes de recherche. Le défi du développement interdisciplinaire s'est transposé sur le terrain structuro-fonctionnel des territoires professionnels⁴. Dans le domaine de la santé, l'on tente de transposer ce terme dans les pratiques professionnelles pour refaire l'unité de la personne. Klein (1990) mentionne que le patient a été découpé en morceau et que le terme *être global*,

³ Colloque « Par-delà les frontières disciplinaires: regards sur l'interdisciplinarité ». INRS-Urbanisation, Montréal, 22 mars 1996.

⁴ Ce qui explique que même lorsque l'on réfère à des pratiques professionnelles on utilise le terme d'interdisciplinarité.

même s'il a été banalisé, constitue l'élément fondamental de soins intégraux. La rhétorique de l'interdisciplinarité et de la collaboration interprofessionnelle oppose aux caractéristiques actuelles de la formation universitaire et du système professionnel des *desiderata* qui sont l'exact contraire de ces caractéristiques. À la disciplinarité, on oppose l'interdisciplinarité, à la pratique uniprofessionnelle, on oppose une pratique interprofessionnelle.

En conclusion de cette première partie de la recension des écrits, nous présentons le tableau 2.1 qui contient les éléments prégnants de la logique de la professionnalisation et de la logique de la collaboration, identifiés à l'aide des écrits sur le sujet. Il s'agit là d'une façon de récapituler ces deux logiques, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité. Les flèches à l'intérieur du tableau indiquent qu'il ne faut pas voir les professionnels comme participant exclusivement à l'une ou l'autre de ces logiques, mais qu'ils sont constamment bombardés par les valeurs, les croyances et les finalités propres à ces deux logiques, le plus souvent en contradiction. Ces logiques ne se retrouvent pas à l'état pur, elles illustrent les pôles d'attraction vers lesquels les professionnels sont attirés à divers moments dans certaines circonstances.

Tableau 2.1 : Les éléments prégnants de la logique de la professionnalisation et de la logique de la collaboration

LOGIQUE DE LA PROFESSIONNALISATION			LOGIQUE DE LA COLLABORATION
Vision mécaniste de la personne	→	P R O F E S S I O N N E L	← Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée	→		← La personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu
La personne est non participante	→		← Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle
On privilégie le pouvoir, l'autorité, l'expertise, la spécialisation	→		← On privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques
Taxonomie rigide du savoir	→		← Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité
Approche centrée autour des territoires professionnels	→		← Approche centrée sur la clientèle
Les frontières sont étanches	→		← On partage de zones d'intervention
Relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non-interactives	→		← Partenariat interactif. Intersubjectivité permet une meilleure compréhension
On vise le contrôle, régulation d'un marché pour des services techniques	→		← On vise l'approche globale et participative

2.2 Éléments micro-sociologiques et organisationnels de structuration de la collaboration interprofessionnelle

Plusieurs auteurs en théorie des organisations se sont penchés sur les exigences du travail où les partenaires doivent agir en interdépendance. Le premier est Fayol (1949) qui a identifié les quatre fonctions de gestion dont l'une est la coordination, c'est-à-dire le fait d'harmoniser, d'unir et d'orienter tous les efforts vers le même but. Barnard a défini l'organisation comme un « system of cooperative effort and coordinated activities » (dans Smith, Carroll et Ashford, 1995, p.8).

Thompson (1967), dans le développement de la théorie de l'action (*action theory of organization*), a prêté attention aux différents types d'interdépendance dans une organisation et aux différentes méthodes pour assurer un degré élevé de coopération et de coordination. De façon similaire, Lawrence et Lorsch (1969) ont défini l'organisation comme un système composé d'individus dont les comportements spécialisés interreliés doivent être intégrés dans le but d'atteindre une certaine performance. L'évolution de la conception des organisations montre à quel point les notions d'interdépendance, de coordination et de collaboration ont pris de l'importance.

Plus récemment, certains chercheurs ont tenté de comprendre la nature des relations entre la coopération, la coordination et la performance. Beer, Eisenstat et Spector (1990) ont proposé des liens entre ces trois concepts. Selon ces auteurs, la coordination est nécessaire à l'innovation et au succès donc à la performance. La coopération est un pré-requis à la coordination et les facteurs de motivation sont pré-requis à la coopération:

Motivation	⇒	pré-requis à la	⇒	coopération
Coopération	⇒	pré-requis à la	⇒	coordination
Coordination	⇒	pré-requis à la	⇒	performance

De même Thomas (1992), dans une recension des écrits sur le conflit, a démontré que la collaboration est reliée à une grande satisfaction pour les partenaires, des relations de travail de grande qualité, des pistes de solutions nombreuses et une performance organisationnelle accrue. Selon ces auteurs, il apparaît que la collaboration est un facteur crucial de succès pour les entreprises et le sera davantage dans l'avenir, compte tenu des structures émergentes telles que les équipes autogérées, les réseaux interactifs, les groupes de travail et plus particulièrement les

groupes où les membres travaillent sur des savoirs spécialisés (*knowledge group*). Ces chercheurs identifient des thèmes importants pour la recherche sur la collaboration soit: la confiance interpersonnelle; la délimitation des frontières (*cross-functional boundary spanning*); le comportement d'équipe; et les relations de collaboration interorganisationnelle. Ces recherches devront servir à documenter les nouvelles formes de collaboration.

Comment les auteurs en théorie des organisations définissent-ils la collaboration ou la coopération⁵? Selon Wagner (1995), la coopération se définit comme « the willful contribution of personal effort to the completion of interdependent jobs » (p. 152). Pour Ring et Van de Ven (1994), la coopération est définie en terme de : « socially contrived mechanisms for collective action, which are shaped and restructured by actions and symbolic interpretations of the parties involved » (p. 96). Cette définition va tout à fait dans le sens de Friedberg (1993) pour qui la coopération est le problème central de toute organisation et reste au coeur de l'action collective des hommes. Pour Friedberg (1993), il s'agit d'un « processus de structuration et de restructuration des contextes d'action dans lesquels se déploie l'action collective des hommes » (p. 11), nous y reviendrons.

Nous proposons de considérer les écrits, particulièrement en théorie des organisations, qui traitent des déterminants de la collaboration et des perspectives théoriques utilisées pour comprendre le phénomène de la collaboration d'abord de façon générale et ensuite dans le domaine de la santé. Ces écrits concernent principalement l'étude des groupes de travail ou des équipes.

⁵ Les termes de collaboration et de coopération sont définis de façon identique dans le Petit Robert (1991). Certains auteurs en théorie des organisations utilisent ces termes indistinctement, d'autres font une différence. Ainsi pour certains, la coopération est différente de la collaboration en ce sens que la coopération a une connotation de quantité de tâches à exécuter, de quantité d'efforts personnels à fournir, on a d'ailleurs développé les notions de « free-riding » et de « social loafing ». La collaboration, par ailleurs, est davantage associée à une ouverture à partager soit son savoir, ses informations, etc... (Wagner, 1995).

2.2.1 Les déterminants de la collaboration

Avant les années 1970, l'étude des groupes de travail ou des équipes⁶ a été marquée par l'hégémonie du courant structuro-fonctionnaliste. Les principaux déterminants de la collaboration étaient alors et sont toujours de deux ordres soit les déterminants interactionnels et les déterminants structureaux et organisationnels. Ces deux types de déterminants étaient le plus souvent analysés isolément. Depuis le début des années '70, l'interactionnisme symbolique développé par Hughes dans les années '20, a été utilisé afin de jeter un regard nouveau sur la microsociologie des organisations. On a ainsi tenté de comprendre la performance des groupes de travail par l'intégration de ces différents déterminants. On a aussi développé la macrosociologie et tenté de faire le pont entre la micro et la macro sociologie, c'est-à-dire en intégrant aux déterminants interactionnels et organisationnels, les déterminants structureaux (au sens de Giddens, 1987) ou ce que Friedberg (1993) appelle les structurations englobantes. Dans les années '80, l'ethnométhodologie, constituant la forme la plus récente de l'interactionnisme symbolique, considère toute forme d'action collective comme une construction permanente qui n'a rien d'extérieur aux individus.

Plus récemment, la sociologie des organisations a ouvert la voie à la compréhension de la dynamique de l'action collective dans les organisations et au mouvement d'interstructuration entre l'action collective des individus en situation d'interaction et les déterminants organisationnels.

⁶La notion de groupe de travail comporte un caractère ponctuel où la durée de vie d'un groupe est fonction d'un projet ou d'une tâche à accomplir. Hackman (1990) définit le groupe de travail comme un système social « intact » qui accomplit une ou plusieurs tâches dans un contexte organisationnel. La notion d'équipe réfère à une entité à caractère plus permanent, formée d'individus formellement reconnus comme poursuivant des buts semblables.

2.2.1.1 Les déterminants interactionnels de la collaboration

Plusieurs déterminants interactionnels ont été étudiés soit la qualité des relations interpersonnelles, la communication, le conflit, le leadership, l'ouverture des individus, etc. Les deux principaux déterminants apparaissent être la cohésion du groupe et la confiance entre les membres du groupe. La cohésion a été définie par Organ et Hammer (1950) comme étant le degré d'affinité entre les membres du groupe et la motivation des membres à demeurer dans le groupe. Cette définition a causé de la confusion et le concept de cohésion, malgré les centaines de recherches sur le sujet, a toujours été difficile à définir, à rendre opérationnel et à mesurer (Keyton et Springston, 1990; Murdack, 1989). Goodman, Ravlin et Schminke (1987) ont proposé une définition restreinte à savoir de considérer la cohésion comme l'engagement des membres dans les tâches du groupe. Il apparaît évident que la cohésion du groupe est un facteur important relié à la performance, mais on connaît encore peu les liens entre ces concepts.

Dans les années 1990, il semble que ce soit le concept de la confiance qui retienne l'attention des chercheurs. Selon Beaudry (1994), il existe trois mécanismes de coordination dans la relation d'emploi soit le contrat, l'autorité et la confiance. Cet auteur utilise la théorie de l'agence de Williamson pour traiter de la confiance, ceci l'amène à poser le problème de la façon suivante: comment coordonner les actions d'individus éventuellement opportunistes qui ont des intérêts divergents, mais qui néanmoins sont tenus de coopérer? Cette question peut aussi être traduite par: comment coopérer avec des individus en qui on ne peut avoir une totale confiance et avec qui on ne peut établir des contrats spécifiant la totalité des droits et des obligations des uns et des autres et ceci dans toutes les circonstances? Les notions d'incertitude et d'incomplétude sont omniprésentes. Beaudry (1994) conclut sur la nécessité de combiner la confiance et l'autorité comme mécanismes de coordination. La confiance vient réduire l'incertitude qui découle du déroulement de la transaction.

Porter considère que la confiance est un sentiment qui permet aux individus de prendre des risques «where there is trust there is a feeling that others will not take advantage of me » (dans McAllister, 1995, p. 25). La confiance est construite sur le succès des relations antérieures et sur la « similarité sociale » à savoir dans quelle mesure les individus adhèrent à des valeurs qui se ressemblent. McAllister (1995) identifie deux types de confiance: la confiance basée sur la cognition et la confiance basée sur l'affectivité. Le premier est plus superficiel que le second, ce dernier est caractérisé par une plus grande implication et un plus grand investissement de temps et d'émotion.

Par contre, selon Mayer, Davis et Schoorman (1995), on a tendance à confondre les notions de confiance et de coopération. Selon ces auteurs, la confiance n'est pas nécessaire à la coopération car toutes les situations de coopération n'impliquent pas un risque, ne mettent pas les partenaires en situation de risque. Un individu peut coopérer avec un autre sans qu'il n'y ait de confiance, soit parce que la situation de coopération n'implique pas de risque, soit parce que l'individu est obligé de coopérer par des mécanismes plus ou moins forts de coercition ou parce que l'individu considère que la coopération est à son bénéfice. Selon ces auteurs, la confiance organisationnelle se construit à partir de trois éléments soit la compétence, la bonne volonté et l'honnêteté. Ce sentiment de confiance pourra ensuite être traduit en comportement de confiance si le risque perçu dans l'environnement le permet.

Koorsgaard, Schweiger et Sapienza (1995) ont mis en relation la notion de confiance avec la notion de justice dans le contexte de la prise de décision stratégique d'équipes. Selon ces auteurs, la confiance est renforcée par le fait que les individus ont le sentiment d'être traités équitablement comme des membres légitimes et respectés de l'équipe. La considération que le leader de l'équipe apporte à chacun des membres est importante pour communiquer ce message d'équité et pour susciter la

confiance des membres dans leur leader. Pour Tjosvold et Tjosvold (1995) « Building team relationship is a journey, not a destination » (p. 28).

2.2.1.2 Les déterminants structureaux de la collaboration

Bettenhausen (1991) a effectué une recension des recherches sur les groupes de travail de 1986 à 1989. Il utilise le terme de contexte d'interaction pour décrire les principales variables organisationnelles considérées dans ces recherches, il s'agit principalement de la structure, de la technologie, de l'environnement, de même que de la taille et de la composition du groupe.

En effet, plusieurs recherches sur les groupes de travail (Gladstein, 1984; Goodman, Ravlin et Argote, 1986) font ressortir l'importance des éléments de la structure organisationnelle à savoir le cadre définissant les liens réciproques dans le fonctionnement des équipes et des groupes de travail. Pour fonctionner en équipe, il faut une volonté et une orientation des divers participants mais aussi des mécanismes structurels soutenant l'équipe. Un des facteurs importants de succès est l'appui institutionnel (Walton et Hackman, 1986; O'Toole, 1992) qui doit faire en sorte que se développent les structures appuyant le fonctionnement de l'équipe. Celle-ci doit être reconnue comme une entité possédant une structure, une définition, une direction, une synergie (Brill, 1976; Mariano, 1989). La formation au travail en équipe et les mécanismes d'évaluation de l'équipe en influencent le fonctionnement (Brill, 1976) ainsi que d'autres facteurs tels que: l'existence ou non de processus de négociations entourant les conflits de rôle et les conflits quant aux buts de l'équipe; la participation ou non aux processus de prise de décision touchant la vie de l'équipe et le degré d'ouverture dans les communications (Brill, 1976; Weiss et Davies, 1985). Le temps dont peut disposer une équipe pour se rencontrer et partager de même que la disponibilité de locaux sont aussi des facteurs influençant le fonctionnement de l'équipe (Mariano, 1989).

Bettenhausen (1991) mentionne que les recherches ont principalement utilisé la théorie de la contingence structurelle pour étudier la performance des groupes. Ainsi, certains chercheurs ont mis en relation la technologie, c'est-à-dire l'équipement et les programmes qui ont pour but de transformer un objet, et la performance d'un groupe. Selon Goodman et al. (1987), la performance d'un groupe est largement dépendante de l'adéquation entre la structure du groupe, sa technologie et son environnement. Murnighan et Conlon (1991) ont étudié la relation entre le leadership et la performance dans les groupes qui travaillent de façon intense. Il apparaît que les groupes éprouvent un grand besoin de leadership pour bien performer mais qu'en même temps, la question de la démocratie est extrêmement importante. Ces auteurs identifient ce qu'ils appellent le « *leader-democracy paradox* » à savoir qu'un membre du groupe doit jouer le rôle de leader et simultanément les autres membres ont le sentiment qu'ils ont le même droit de parole.

Quant à la taille et à la composition du groupe, Mullen, Symons, Hu et Salas (1989), qui ont effectué une méta-analyse sur cette variable contextuelle, concluent que plus grand est le groupe, plus il semble que les membres sont insatisfaits et moins le groupe est performant. En ce qui a trait à la composition du groupe, les variables les plus étudiées ont été le genre et la diversité culturelle. La plupart des recherches conclut que l'hétérogénéité du groupe, quoique comportant les avantages de l'apport d'une multitude de points de vue, génère davantage de problèmes au niveau du consensus (Bettenhausen, 1991). Maznevski (1994) qui a aussi étudié la diversité dans les groupes conclut, contrairement aux résultats d'études antérieures, que la diversité peut améliorer la performance en autant qu'il y ait des efforts d'intégration.

2.2.2 Les perspectives théoriques

Plusieurs théories ont été utilisées dans les recherches sur la collaboration. Smith et al. (1995) les ont classées en cinq grandes catégories soit:

1) Les théories de l'échange où la collaboration est vue comme un moyen de maximiser les bénéfices. Ces théories sont inspirées d'auteurs en psychologie, en sociologie, en économie et en sciences politiques. Elles présentent les partenaires d'interaction comme des partenaires prêts à collaborer en autant que les bénéfices de la collaboration excèdent ses désavantages. Par exemple, on y retrouve la théorie des coûts de transaction, la théorie psycho-sociale de l'échange, les théories sociologiques de l'échange (micro et macro), et l'interactionnisme symbolique. L'école française de l'approche stratégique de Crozier et Friedberg (1967) emprunte de nombreux éléments à ces théories, l'acteur y est vu comme un être calculateur et intéressé.

2) Les théories dites de l'attraction tentent d'expliquer la collaboration à partir de facteurs qui expliquent ce qui fait que certains individus se rapprochent les uns des autres. Ces théories sont basées sur des variables telles que les valeurs, l'homogénéité/ l'hétérogénéité, la congruence des buts, etc. Plusieurs études sur la confiance comme facteur de collaboration s'inspirent de ces théories dont Mayer, Davis et Schoorman (1995) et McAllister (1995).

3) Les théories relatives au pouvoir et aux conflits se basent sur la diversité des valeurs des individus et des groupes, de leurs buts et de leurs ressources comme éléments à la source des conflits. Selon Pfeffer et Salancik (1978), la perception d'iniquités et d'injustice dans les ressources peut expliquer les conflits et son contraire, la collaboration. De même, l'écart de pouvoir entre les partenaires peut aussi influencer la collaboration. Ainsi, plus l'écart de pouvoir se creuse entre deux individus ou deux groupes, plus la collaboration sera formelle et plus les conflits auront de chance de se produire. Il existe deux grandes familles de théories sur le pouvoir: les théories substantielles ou structurelles et les théories relationnelles. Les théories structurelles insistent sur le fait que le pouvoir est une substance qui se détient et sur la capacité d'un système à réaliser ses buts grâce à la gestion du pouvoir. Les théories relationnelles s'inspirent de Weber. Dahl (1957) note que

«A exerce du pouvoir sur B dans la mesure où il peut obtenir que B fasse quelque chose que B n'aurait pas fait sans l'intervention de A.» French et Raven (1959) définissent le pouvoir comme la capacité potentielle dont dispose un groupe ou une personne pour en influencer une autre dans un système donné. Crozier et Friedberg (1977) considèrent le pouvoir, non comme la propriété des acteurs mais, comme la propriété d'une relation.

4) Les théories du « *modelling* » portent sur les processus d'apprentissage social et l'importance de cet apprentissage dans l'émergence de la collaboration entre des individus et dans une organisation. Ainsi des comportements de collaboration naissent de la pression des individus, du groupe et de l'organisation à travers la création de normes et de valeurs. Certains auteurs parlent d'une forme post-bureaucratique de contrôle (Barker, 1993) née de consultants organisationnels tels que Peters (1988) qui ont enjoint les administrateurs à débureaucratiser leur organisation pour miser sur une idéologie normative plutôt que sur des structures hiérarchiques autoritaires et des règles rigides de contrôle. Cette catégorie de théories insiste sur la conformité, la consistance et la création de normes de comportements de collaboration à travers une culture organisationnelle imposée.

5) Les théories de la structuration sociale portent l'attention sur l'influence des facteurs sociaux structuraux sur l'émergence de la collaboration. Ces théories tentent d'expliquer l'émergence de relations de collaboration à l'intérieur d'un système en tenant compte des conditions présentes dans le système. Les structures sont constituées des positions sociales des individus, des groupes et des organisations. Giddens (1987) propose trois composantes de la théorie de la structuration, soit le structurel, les systèmes sociaux et la structuration. Giddens décrit cette dernière comme: « L'étude de la structuration des systèmes sociaux est celle des modes par lesquels ces systèmes, qui s'ancrent dans les activités d'acteurs compétents, situés dans le temps et dans l'espace et faisant usage des règles et des ressources dans une

diversité de contextes d'action, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle » (p. 74).

Nous venons de procéder à un bref tour d'horizon des nombreuses théories qui ont été appliquées à la compréhension de la collaboration dans les organisations. Ces théories proviennent de plusieurs disciplines telles la sociologie, la psychologie, l'économie, les sciences politiques. Les plus récentes recherches (Smith, Carroll et Ashford, 1995) constatent la nécessité de faire appel à plus d'une théorie, c'est-à-dire à une combinaison de théories, pour tenter de comprendre le phénomène de la collaboration. Un examen plus systématique des mécanismes qui guident la collaboration de même que des recherches sur les bénéfices de la collaboration doivent aussi être entrepris.

2.2.3 Dans les milieux de santé

Il est important d'étudier la collaboration dans le contexte spécifique des soins de santé pour différentes raisons. Il s'agit d'un milieu où se retrouve en majorité des professionnels, donc des individus influencés dans leur rapport de collaboration par des règles extérieures à l'organisation, soit des règles de leur groupe professionnel. Les problèmes qu'ils ont à traiter sont souvent complexes et difficiles à solutionner. Leur travail est composé d'un ensemble de tâches accomplies en interdépendance, qui comporte une grande part d'incertitude et dont on ne peut prévoir l'issue. En effet, chaque usager du système de santé suit sa propre trajectoire plus ou moins prévisible.

Tjosvold et Tjosvold (1995) ont étudié les équipes de travail composées de professionnels, notamment dans le domaine de la santé. Selon ces auteurs, les professionnels accomplissent des tâches complexes et il est beaucoup plus difficile de rendre leur travail efficace que ça ne l'est avec des équipes de manoeuvres. Une

difficulté supplémentaire des groupes de professionnels réside dans leur allégeance plus grande à leur groupe professionnel qu'à l'organisation.

Le domaine de la santé est un des domaines où le travail est des plus fragmenté à cause des nombreuses professions présentes sur l'aire de travail. En même temps, la collaboration devient de plus en plus nécessaire à cause des pressions sur les coûts et sur la qualité des soins. La notion de collaboration est au coeur du travail interprofessionnel, elle repose sur des interactions et sur des relations d'interdépendance (McClelland et Sands, 1993). Nous verrons différentes définitions du travail interprofessionnel de même que différents modèles de travail interprofessionnel dans le domaine de la santé.

2.2.3.1 *Visions du travail interprofessionnel dans le domaine de la santé*

Ce n'est que vers 1940 que la notion d'équipes formées de praticiens de différentes professions est apparue dans le domaine de la santé (Schmitt, 1982). Les premières équipes ont vu le jour dans le champ d'intervention des maladies chroniques, de la réadaptation (Rothberg, 1981; O'Toole, 1992; McClelland et Sands, 1993) et de la santé mentale (Bloom et Parad, 1976; Butterill et al., 1992; Merwin et Fox, 1992). Et ce n'est qu'au début des années 1970, que la notion de travail interprofessionnel a émergé. Les avantages les plus souvent évoqués dans les écrits sur le travail interprofessionnel dans le domaine de la santé par rapport au modèle traditionnel de parallélisme disciplinaire, sont d'éviter la fragmentation et la duplication des soins et ainsi offrir une approche plus globale des besoins et de la planification des soins (Nagi, 1975; Feiger et Schmitt, 1979).

Dans les milieux de santé, les termes « équipe multidisciplinaire », « équipe interdisciplinaire » et même « équipe transdisciplinaire » sont utilisés, le plus souvent sans clarification des distinctions qu'ils comportent. Les équipes, qu'elles soient

multiprofessionnelles ou interprofessionnelles, constituent des modalités de mise en oeuvre de la collaboration et représentent des modes distincts de collaboration (Ivey et al., 1988). Les écrits, quoique fournissant de nombreuses définitions parfois divergentes, permettent une différenciation de ces termes (Palmade, 1977; Kockelmans, 1979; Sinaceur, 1983; Klein, 1990). Voici les principales visions du travail interprofessionnel.

Une première vision implique des professionnels qui accomplissent un rôle spécifique sans chevauchement de responsabilités. Les tâches sont définies en fonction des territoires professionnels et des objectifs médicaux de soins. Le mode usuel de relations est le partage d'informations et la coordination des activités en fonction de l'apport spécifique de chacun. Dans une telle équipe, chaque membre traite une « partie » du client. Le leadership est habituellement assumé par le médecin. C'est ce que l'on retrouve usuellement sous le vocable de l'équipe multidisciplinaire (Ivey et al., 1988).

Une deuxième vision du travail interprofessionnel réfère à un groupe de professionnels qui accomplit des tâches définies en fonction de l'apport individuel des membres à des besoins de santé globaux. On reconnaît et accepte les chevauchements de l'expertise des différents professionnels. Ce sont les besoins du client qui déterminent les relations entre les membres de l'équipe. La convergence des interactions de l'équipe réside dans le partage de différentes perspectives, la définition de problèmes et la détermination d'une planification de soins par un processus complexe de résolution de problèmes (Golin et Ducanis, 1981; Schmitt, 1982; Ivey et al., 1988). L'équipe interprofessionnelle se distingue de l'équipe multiprofessionnelle en ce sens « it involves the interaction of various disciplines around an agreed-upon goal to be achieved only through a complex integration or synthesis of various disciplinary perspectives » (Schmitt, 1982, p. 183). En faisant la synthèse de leur savoir et de leur expérience (Palmade, 1977; Sinaceur, 1983), les

membres de l'équipe deviennent une communauté de pairs dont les buts visent la compréhension de situations vécues, le développement de connaissances et la résolution de problèmes (Klein, 1990). La multidisciplinarité est définie comme une juxtaposition de disciplines diverses parfois sans rapport entre elles (Palmade, 1977; Kockelmans, 1979; Sinaceur, 1983) alors que l'interdisciplinarité est basée sur une intégration des points de vue et des pratiques en vue d'une approche globale d'une situation donnée (Palmade, 1977; Kockelmans, 1979; Gusdorf, 1983; Apostel, 1983). La multidisciplinarité met en relation de travail des intervenants de différentes professions alors que l'interdisciplinarité met ces personnes en relation d'échanges et de travail .

Plusieurs auteurs ont ainsi proposé des définitions de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins de santé. Baggs et Schmitt (1988) définissent la collaboration en terme de partage: partage dans la planification, dans la prise de décision, dans la résolution de problèmes et dans la prise de responsabilités. Pour Lamb et Napadano (1984), il s'agit d'une forme sophistiquée d'interaction impliquant la formulation conjointe d'une planification. La collaboration va au-delà de la coordination et de la consultation en ce sens qu'il y a partage (Lamb et Napadano, 1984; Kilmann et Thomas, 1977). Dans les milieux de santé, l'équipe interprofessionnelle utilise une approche centrée sur la clientèle. Le client et son entourage sont des intervenants privilégiés et l'environnement est pris en compte. La personne est considérée comme un tout, en interaction avec son environnement, ce qui implique que l'intervention doit être dynamique et flexible afin de s'adapter aux changements qui surviennent (O'Toole, 1992). Ces définitions de collaboration interprofessionnelle correspondent à la notion d'équipe interprofessionnelle présentée ci-dessus.

Aux fins de la présente recherche, nous n'utiliserons pas le concept d'équipe transdisciplinaire, car les approches transdisciplinaires partent, à notre sens, de

cadres conceptuels qui transcendent l'espace étroit des champs disciplinaires. Les disciplines deviennent non pertinentes (Klein, 1990; Morin et Piattelli-Palmarini, 1983; Gusdorf, 1990). Ceci constitue un angle d'analyse peu approprié pour notre étude, car la pratique professionnelle en CLSC ne se donne pas un tel objectif et le cadre législatif introduit par le Code des professions (Gouvernement du Québec, 1989) impose des champs de pratique réservés.

2.2.3.2 Les modèles de collaboration dans le domaine de la santé.

Le partage des responsabilités professionnelles se rapporte à la façon dont les enjeux s'articulent et se traduisent en actions. C'est à travers l'action que se manifeste la collaboration. Golin et Ducanis (1981) ont développé un modèle définissant le cadre d'intervention clinique en équipe interprofessionnelle. Pour ces auteurs, l'implication d'une variété de professionnels est une condition nécessaire mais non suffisante à une approche en équipe. Pour qu'une équipe existe, chaque intervenant constitue une sous-unité d'un tout dans une relation synergique. Pour Golin et Ducanis (1981), le concept à la base de l'équipe est l'approche globale. L'équipe est un système formé de professionnels, de la personne-cliente et du contexte. Ces trois éléments du système permettent d'atteindre des buts, de réaliser certaines activités et d'obtenir des résultats qui, à leur tour, influencent le système.

La mise en oeuvre de ce modèle est basée sur les processus nécessaires pour rendre le service désiré et sur les étapes critiques de ce processus. Lors des différentes étapes du processus, les acteurs sont placés dans une dynamique de négociation et d'intégration des différents points de vue. Les étapes du modèle de Golin et Ducanis (1981) sont celles de la démarche systématique soit la collecte d'information/identification du problème, la planification, l'intervention et l'évaluation. Pour que l'équipe fonctionne, il doit exister un mouvement de va-et-vient d'activités individuelles des membres de l'équipe et d'activités de groupe dans la

mise en oeuvre des différentes étapes du processus de soins. Par exemple, durant la phase de collecte d'informations, les membres rapportent et interprètent les informations qu'ils ont individuellement recueillis. Les membres vont ensuite intégrer et réinterpréter ces informations, identifier le problème et élaborer des objectifs. Le client, dans la mesure du possible, est associé à toutes les étapes du processus.

Selon Ivey et al. (1988), la collaboration prend plusieurs formes et s'exprime selon différentes intensités. Ces auteures identifient six différentes intensités de collaboration qu'elles situent sur un continuum d'autonomie professionnelle soit: la pratique parallèle, l'échange d'information, la consultation, la coordination, l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe interprofessionnelle. Le praticien peut identifier, à partir de ce continuum, la forme de collaboration la plus appropriée compte tenu de la situation et donc des besoins du client. Les auteures notent que, plus on avance vers un mode interprofessionnel de collaboration, plus l'autonomie professionnelle diminue puisque les décisions sont négociées entre les divers professionnels de l'équipe de soins. Plus on avance sur ce continuum, plus l'équipe partage dans la prise de décisions cliniques. Cette position signifie en même temps une intensification du partage de l'expertise mais aussi un recul de l'autonomie du praticien. Forbes (1993) propose plutôt une redéfinition de la notion d'autonomie professionnelle pour aller vers la notion plus complexe d'autonomie de l'équipe. Selon Ivey et al. (1988), l'équipe interprofessionnelle s'avère la forme de collaboration la plus efficace lorsque les besoins du client sont complexes.

Strauss et al. (1985) et Strauss (1992) conçoivent le travail interprofessionnel comme un travail d'articulation autour d'un patient inscrit dans une *trajectoire* de maladie. La notion de trajectoire fait référence au développement physiologique de la maladie mais également à toute l'organisation du travail déployée pour suivre cette trajectoire. Strauss et ses collaborateurs (1985) conçoivent qu'autour de cette

trajectoire doit prendre place un travail d'articulation, c'est-à-dire un travail de coordination pour que les efforts collectifs de l'équipe « soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli » (Strauss, 1992, p. 191). Ce travail d'articulation comporte trois niveaux, au premier niveau et coiffant l'ensemble, on trouve le travail d'articulation du médecin qui est la figure centrale responsable de la planification. Au second niveau, on trouve le travail de ceux qui organisent, mettent en oeuvre, supervisent et contrôlent les tâches ordonnées par le médecin. À un troisième niveau, on retrouve les tâches et ceux qui les exécutent. Dans les trajectoires peu problématiques, il y aura relativement peu de travail d'articulation et les praticiens pourront s'appuyer sur des procédures standardisées alors que les trajectoires complexes demanderont un travail d'articulation plus intense où c'est d'abord le médecin qui jonglera avec les éléments improvisés de la trajectoire et les autres niveaux se préoccupent de la coordination et de la mise en oeuvre. La conception de l'articulation du travail autour d'une trajectoire s'inscrit dans une perspective interactionniste symbolique et génère un modèle de la collaboration interprofessionnelle qui s'approche mais aussi diffère des précédents. Les trois modèles (Golin et Ducanis, 1981; Yvey et al., 1988; Strauss et al., 1985) sont basés sur l'identification de processus et de tâches critiques reliées à ce processus.

Dumais (1991) s'est inspiré des travaux de Racine (1979) pour étudier la collaboration entre CLSC et groupes communautaires. Il définit la collaboration comme une forme de circulation de biens matériels ou symboliques, comprenant le don, le prêt et l'échange. Selon cet auteur, le maintien de la relation dépend de l'équilibre qui a été créé entre les biens échangés. Racine (1979) a établi une typologie de l'échange. Deux modèles de l'échange sont proposés, un modèle dit de réciprocité où les biens échangés sont de même valeur afin qu'aucun des partenaires n'ait le sentiment d'avoir perdu à l'échange. Pour Racine (1979), toute forme de réciprocité repose sur une obligation morale, celle qui lie les partenaires à se rendre la

pareille, ce que recherche effectivement les groupes communautaires en travaillant avec les CLSC, une forme d'entraide, un pacte pour l'avenir. Le deuxième modèle de l'échange est celui de la rationalité. Ce modèle est d'origine économique: chaque partenaire d'un échange agit dans le but de maximiser ses gains et de minimiser ses pertes. Il s'agit d'une philosophie de la conduite intéressée qui vient contredire l'idéal de l'action désintéressée. Ces façons de penser l'échange sont pertinentes dans le contexte des CLSC et pourraient correspondre en quelque sorte aux deux logiques opposées tel que présenté plus tôt, dont l'une réfère au don (logique de la collaboration) et l'autre à la conduite intéressée (logique de la professionnalisation).

2.2.4 Conclusion

Les écrits que nous avons recensés traitent divers aspects de la collaboration interprofessionnelle. Les auteurs se sont, pour une large part, inspirés des modèles structuro-fonctionnalistes et des théories de la contingence structurelle. Les modèles structuro-fonctionnalistes ont peu pris en compte le sens que les acteurs donnent à leur action et au monde qui les entoure. Ils ont accordé une grande importance à l'aspect rationnel des rôles et à la conformité quasi naturelle des occupants d'un rôle aux attentes de leurs partenaires. Les théories de la contingence ont traité les organisations comme des ensembles de contraintes qui, ne pouvant échapper à ces contraintes, devaient s'adapter.

La perspective théorique de départ pour la présente étude s'est largement inspirée des écrits en sociologie des professions et des écrits en théorie des organisations. Une fois en possession de nos données empiriques et particulièrement suite à la rédaction des histoires de cas, nous nous sommes rendus à l'évidence que ces écrits ne pouvaient complètement répondre à nos exigences en regard de la compréhension des données. Nous nous sommes alors tournée vers les écrits en sociologie des organisations qui ont fourni des éléments de compréhension plus

satisfaisants de notre corpus de données, notamment l'approche organisationnelle telle que proposée par Friedberg (1993).

Cette approche nous a conduit à concevoir la collaboration interprofessionnelle comme la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance. Cette perspective donne à l'acteur sa liberté d'action tout en prenant en compte les partenaires d'interaction et l'influence des structurations englobantes desquelles il subit les influences constantes. Elle permet de concevoir la structuration de l'action collective et de concevoir l'organisation comme un lieu, non pas de cohérence et d'unité mais comme un lieu où les nombreux acteurs déploient une capacité limitée d'assimiler l'information et possèdent des agendas et des cadres de références différents, à la limite opposés (Tjosvold et Tjosvold, 1995). Ce cadre théorique permet d'utiliser plusieurs catégories de théories, de façon plus large que les modèles structuro-fonctionnalistes ne l'ont fait (Gladstein, 1984; Goodman, Ravlin et Argote, 1986; Hackman, 1990). L'action de tout groupe professionnel est caractérisée par la complexité, la diversité et l'indétermination. Pour comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle, il nous a semblé qu'il fallait la concevoir comme le fruit d'une construction sociale à l'intérieur d'un cadre organisationnel plus ou moins formalisé. Comme le besoin de recourir à un cadre de référence tel que l'approche organisationnelle a émergé au moment de l'analyse des données, nous exposerons l'approche organisationnelle au chapitre 4, pour une meilleure compréhension du parcours de la recherche. Le chapitre suivant porte sur le cadre méthodologique qui a présidé à la conduite de cette recherche.

2.2.5 Question de recherche

La question de recherche à la base de la présente étude est la suivante: quelle est la nature de la collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes dans le

domaine des soins de santé de première ligne au Québec? Cette question implique que nous traiterons des dynamiques de structuration de la collaboration interprofessionnelle ainsi que des éléments qui influencent cette collaboration.

3. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Au chapitre précédent, nous avons constaté que les recherches sur la collaboration interprofessionnelle étaient menées, soit à partir d'une perspective macrosociologique comme en témoignent les écrits en sociologie des professions, soit à partir d'une perspective structuro-fonctionnaliste qui conçoit l'acteur comme devant s'adapter aux contraintes du milieu sans reconnaître la marge de manoeuvre de cet acteur à l'intérieur des contraintes. La perspective structuro-fonctionnaliste utilise généralement une approche positiviste qui cherche à valider des hypothèses de départ alors que la perspective de l'approche organisationnelle se base sur la construction de l'action collective et nous conduit vers une démarche de nature interprétative.

L'approche organisationnelle provient du même courant de pensée que l'individualisme méthodologique de Raymond Boudon. Selon ce dernier:

Le principe de « l'individualisme méthodologique » énonce que, pour expliquer un phénomène social quelconque - que celui-ci relève de la démographie, de la science politique, de la sociologie ou de toute autre science sociale particulière - il est indispensable de reconstruire les motivations des individus concernés par le phénomène en question, et d'appréhender ce phénomène comme le résultat de l'agrégation des comportements individuels dictés par ces motivations. (Boudon cité par Durand et Weil, 1989, p. 107)

En ce sens, l'explication de la collaboration interprofessionnelle réside dans la reconstruction des motivations des individus à partir de leurs discours et de leurs comportements. De plus, les professionnels sont ancrés dans un contexte, dans un système dont on ne peut les dissocier. Friedberg (1993) utilise la notion d'« endogénéisation de l'explication » à savoir « le refus de tout déterminisme extérieur et de toute explication globale, c'est-à-dire non spécifiée quant au contexte

de sa validité » (p. 241). Cela implique que l'on explique les actions des acteurs en les « rapportant au système particulier dont celles-ci font partie, c'est-à-dire à la configuration d'acteurs, à la structure de pouvoir et aux règles du jeu structurant leurs échanges/interactions » (Friedberg, 1993, p. 241). L'approche organisationnelle, tout comme l'individualisme méthodologique, exige que les individus soient considérés comme insérés dans un contexte social. Deux propositions sont à la base de l'individualisme méthodologique soit: 1) les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse sont conçus comme explicables par la structure du *système d'interaction* à l'intérieur duquel ces phénomènes émergent et 2) les analyses suggèrent que la compréhension des relations de causalité que le chercheur décèle entre les propriétés des systèmes d'interaction et le comportement des individus n'est généralement possible que si ces comportements sont conçus comme des actions dotées de *finalités* (et non pas exclusivement comme la conséquence de contraintes qui s'imposent à l'individu). L'acteur possède une certaine liberté et des choix (Durand et Weil, 1989).

Cette orientation théorique nous conduit vers l'adoption d'une démarche interprétative. Ce choix est renforcé par notre conscience et notre sensibilisation aux multiples difficultés de mise en oeuvre de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne et ce, depuis que le concept est apparu sur l'aire de travail soit au début des années 1970. Ainsi notre démarche se doit d'être la plus large possible afin de tenter de comprendre les enjeux et les contraintes qui provoquent ces difficultés. Ce n'est qu'à partir des constructions des acteurs que le chercheur pourra construire sa propre interprétation de leur expérience et confronter cette interprétation avec d'autres expériences (Schwandt, 1994).

3.1 Position épistémologique

L'étude vise à rendre cohérentes les données de la recherche qui, à prime abord, peuvent paraître surprenantes ou même contradictoires. La démarche interprétative s'accompagne d'une attitude du chercheur où il est en même temps à l'intérieur du terrain à l'étude et à l'extérieur de ce terrain. À l'intérieur, parce qu'il reconnaît qu'il ne peut y avoir d'objectivité; que dès le départ, il a des *a priori* qui vont lui faire donner plus d'importance à certains éléments qu'à d'autres. Il se retrouve en même temps à l'extérieur du terrain en ce qu'il est un observateur étranger pour qui tout doit être nouveau et pour qui rien ne doit aller de soi. De ce fait, toute donnée pose un problème d'analyse et de compréhension. De plus, son attention est retenue par des comportements ou des pratiques qui, pour les acteurs en place, font partie du cours normal des choses. Le chercheur cherche à comprendre les comportements et surtout à construire la rationalité sous-jacente. Tout a un sens à partir du moment où ça existe. Le chercheur doit interpréter le sens profond qui se cache derrière ce sens apparent. Préparer une interprétation consiste à construire une lecture des significations que les acteurs sociaux donnent à leur expérience et à clarifier comment ces significations sont incarnées ou traduites dans le langage et dans l'action des acteurs sociaux (Schwandt, 1994).

Notre position épistémologique nous a conduit vers l'adoption de la théorie ancrée comme méthode pour générer des connaissances théoriques quant au phénomène à l'étude. La méthode de la théorie ancrée a été élaborée par Glaser et Strauss (1967), deux sociologues de l'interactionnisme symbolique. Une théorie ancrée est une théorie construite à partir de l'étude d'un phénomène, c'est-à-dire qu'elle est découverte, développée et provisoirement vérifiée à partir de la collecte et de l'analyse de données relatives au phénomène à l'étude. C'est une démarche de mise en relation constante et réciproque entre la collecte de données, l'analyse et la

théorie. La théorisation est ainsi davantage reliée à un processus qu'à un résultat (Paillé, 1994). Glaser et Strauss (1967) proposent une méthodologie rigoureuse basée sur une analyse comparative continue entre la théorie et les données empiriques en utilisant une procédure explicite de codage et d'analyse. Ce remodelage constant de l'analyse survient tout au long de la recherche, depuis le rassemblement initial des données jusqu'au codage, à l'analyse finale et à l'écriture. La comparaison constante entre le corpus de données et l'analyse en émergence est une caractéristique majeure de la théorie ancrée. « La théorie n'est jamais un produit parfait, elle est appelée à se développer constamment » (Gratton, 1995).

Glaser et Strauss (1967) suggèrent ce processus dans le but de découvrir une nouvelle théorie. Pour Paillé (1994), théoriser c'est entre autre « renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » (p. 159). Vaughan (1992) s'est inspiré de la théorie ancrée pour proposer une démarche similaire qu'elle nomme l'élaboration de théorie (*theory elaboration*). Elle explique que par *théorie*, elle entend l'ensemble des outils théoriques (théorie, modèle, concept). Le mot *élaboration* réfère au processus de raffinement d'une théorie, d'un modèle ou d'un concept. Vaughan (1992) a développé la notion d'élaboration de théorie à partir d'études de cas. C'est à partir de concepts peu structurés qu'elle choisit les cas à l'étude et qu'elle débute la collecte de données. Les cas sont analysés de façon séquentielle. Chaque cas est traité indépendamment afin de laisser émerger son caractère unique. L'analyse, basée sur la procédure de la théorie ancrée, vise à élaborer, spécifier et raffiner, tout au long de l'analyse des différents cas, le concept, modèle ou théorie de départ et qui offre un potentiel de compréhension du phénomène à l'étude. Vaughan (1992) met en garde contre une fermeture prématurée des éléments théoriques qui doivent constamment être remis en question. Cette mise en garde fait appel au concept de « sensibilité théorique ». Glaser (1978) a décrit la

« sensibilité théorique » comme cette capacité à reconnaître ce qui est important dans les données et à y donner un sens.

L'approche de la théorie ancrée et plus spécifiquement de l'élaboration de théorie à partir de cas s'harmonise bien avec notre projet de recherche qui vise à saisir le phénomène de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé et éventuellement à proposer un modèle de la collaboration interprofessionnelle.

3.2 Le choix méthodologique: l'étude de cas

Le présent projet exige ainsi une compréhension en profondeur du phénomène de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne. Notre tâche est de rendre explicite l'ensemble des relations, des interactions et des négociations autour de valeurs et des processus de travail. Il faut aussi prendre en compte le contexte de travail où s'expriment sous forme de discussions, de débats et de négociations, des points de vue nombreux et différents.

La stratégie de recherche adoptée est l'étude de cas et plus spécifiquement l'étude collective de cas (Stake, 1994) ou l'étude de cas multiple selon la terminologie de Yin (1984/1989) à partir de données qualitatives. La stratégie de l'étude de cas est pertinente lorsque le phénomène à l'étude ne se distingue pas facilement de son contexte et lorsque la richesse du contexte signifie que l'étude ne peut se faire à partir d'une seule méthode de collecte de données mais devra utiliser des sources multiples de données. Mais justement qu'est-ce qu'un cas? Un premier pré-requis à une étude de cas est le fait de pouvoir délimiter les frontières du cas, c'est-à-dire de déterminer ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur du cas (Stake, 1994). Il importe également pour une étude de cas d'établir une certaine spécificité. Pour Smith cité par Stake (1994), le cas est un « bounded system » en ce

sens qu'il est doté d'un fonctionnement et possède un but. Les parties ne fonctionnent pas nécessairement bien, mais on peut y identifier certaines récurrences et certaines séquences.

La présente étude de cas répond à ces pré-requis à savoir que chaque cas est délimité par l'ensemble des relations de collaboration interprofessionnelle à l'intérieur d'un programme. Toutefois, les relations de collaboration, avec des professionnels d'un autre programme du CLSC avec qui des liens cliniques étroits sont entretenus en regard de clientèles communes, sont conservées. Par exemple, une situation où une travailleuse sociale du maintien à domicile collabore avec un médecin des services courants en regard d'un même client serait incluse dans l'étude de cas. Par contre, les relations de collaboration avec des professionnels provenant d'autres institutions sont exclues.

Chaque cas est spécifique en ce sens que les relations de collaboration interprofessionnelle sont analysées spécifiquement en regard des processus cliniques, c'est-à-dire des activités qui concernent l'échange d'informations relatives à un client, la planification de l'intervention, l'intervention même et le suivi de l'intervention. Ces échanges sont *a priori* pertinents lorsque plusieurs professionnels sont impliqués auprès d'un client, ceux-ci se trouvent alors en situation d'interdépendance par rapport à ce client. Les professionnels collaborent également dans les tâches administratives, dimension qui n'a pas été complètement exclue, même si le point focal demeure les activités cliniques.

Le devis d'étude collective de cas a été privilégié à celui de l'étude de cas unique car, tout en permettant une étude en profondeur de chaque cas, il permet une confrontation des propositions théoriques entre les cas. Nous croyons qu'après avoir acquis une certaine intelligibilité de trois systèmes d'action concrets que sont les trois cas à l'étude, il sera possible en prenant les précautions nécessaires, de parvenir à

certaines extrapolations ou généralisations basées sur des résultats acquis dans des contextes d'action donnés. Nous pensons tout comme Friedberg (1993) que: « L'approfondissement de la compréhension de ces modèles locaux et surtout leur comparaison systématique peuvent éventuellement permettre d'élever le niveau de généralité de ces modèles » (p.21). Nous ne visons pas la généralisation des résultats mais bien la compréhension en profondeur d'un phénomène dont les règles fourniront une armature pour l'analyse du même phénomène dans d'autres milieux.

3.3 Milieu de la recherche

3.3.1 Le choix du milieu de la recherche

Le devis de recherche prévoyait initialement quatre cas correspondant à quatre programmes répartis dans deux CLSC, soit deux programmes dans un CLSC reconnu pour son mode d'organisation du travail basé sur la collaboration interprofessionnelle et deux programmes dans un autre CLSC reconnu pour avoir établi un fonctionnement basé sur la logique professionnelle traditionnelle. Une méthode de consensus, la technique Delphi, a été utilisée pour sélectionner ces deux CLSC.

La technique Delphi a réuni un groupe de dix répondants du milieu de la santé communautaire connaissant bien la situation des CLSC de la région de Montréal et de la Montérégie. La tâche des répondants était, dans un premier temps, d'identifier deux ensembles de critères correspondant à chacun des modes d'organisation du travail, soit le mode de la collaboration interprofessionnelle et le mode traditionnel de parallélisme professionnel. Trois échanges de courrier ont servi à obtenir un consensus sur ces ensembles de critères. Ainsi 22 critères ont été identifiés en regard du mode novateur de collaboration et 11 critères pour le mode traditionnel. Ces critères ont été regroupés selon trois variables soit le contexte organisationnel,

l'orientation des acteurs et le partage des responsabilités cliniques. Les résultats sont présentés à l'annexe 1.

La deuxième étape de la technique Delphi a conduit les participants à identifier trois CLSC correspondant à chacun de ces deux ensembles de critères. Une liste des CLSC était fournie, les participants devaient d'abord identifier les CLSC qu'ils connaissaient bien pour ensuite choisir, parmi ces CLSC, trois CLSC correspondant à chacun des ensembles de critères et indiquer quels critères avaient motivé leurs choix. C'est à ce niveau que la démarche n'a pas obtenu les résultats escomptés puisque qu'aucun CLSC n'est ressorti clairement. Aucun CLSC n'a été identifié par plus d'un participant à un même ensemble de critères et qui plus est, trois CLSC ont été identifiés aux deux ensembles de critères. Une seule itération a été conduite avec les répondants à cette étape, car nous préférons, par discrétion, ne pas dévoiler le nom des CLSC identifiés. Deux explications sont proposées, soit les participants ne connaissaient pas suffisamment les CLSC ou un nombre commun de CLSC (il existait en 1994, 33 CLSC dans la région de Montréal et 19 dans la Montérégie; FCLSC, 1994) pour fournir une telle appréciation ou soit la diversité des modes d'organisation du travail à l'intérieur même de chacun des CLSC est telle qu'il s'avère impossible de les classer selon un mode ou l'autre. La deuxième proposition semble la plus probable puisque certains répondants spécifiaient qu'ils se référaient à des programmes spécifiques à l'intérieur du CLSC.

Face à l'insuccès de cette démarche de recherche de consensus parmi des experts, nous avons sélectionné un seul CLSC dont le nom a été mentionné à la fois dans les critères de collaboration interprofessionnelle et dans les critères du mode traditionnel d'organisation du travail. Ce choix d'un seul CLSC représentant les deux ensembles de critères a l'avantage de garder constante la variable organisationnelle, à savoir le milieu socio-économique de la population desservie, le nombre d'employés, le mode de gestion de la direction ainsi que l'histoire du CLSC. Ceci confirme

également que l'étude d'un cas relativement au phénomène de la collaboration interprofessionnelle doit prendre place à l'intérieur d'une structure bien précise, soit celle d'un programme ou d'une équipe. Un CLSC a ainsi été sélectionné parmi les trois CLSC associés aux deux ensembles de critères. Le choix du milieu à l'étude est donc un choix de convenance guidé par une démarche rigoureuse d'identification de critères. Le CLSC choisi est situé en milieu urbain socio-économiquement défavorisé.

3.3.2 Le choix des cas à l'étude

Notre objectif de départ était d'étudier quatre cas, soit quatre programmes en CLSC et plus particulièrement les quatre programmes constituant la gamme commune de services en CLSC, soit les programmes petite-enfance famille, maintien à domicile, services courants et jeunesse. Nous avons donc sollicité la direction générale du CLSC identifié à participer à notre recherche. L'équipe de direction a donné son accord de principe tout en indiquant que les termes de la participation à la recherche devaient être établis avec le gestionnaire de chaque programme. Tel que le mentionne Girin (1990), l'entrée sur le terrain en vue d'étudier une situation de gestion se négocie: « des compromis vont donc toujours devoir être passés entre les intérêts de recherche et ceux des personnes qui ont le pouvoir d'ouvrir ou de fermer la porte à l'observation » (p. 162). À cet égard, trois des quatre gestionnaires des programmes identifiés se sont montrés intéressés et très ouverts à la recherche. Un quatrième gestionnaire, hésitant au départ, s'est désisté en cours de route. Les trois cas à l'étude sont donc: le programme petite enfance-famille (PEF) qui offre des services autour de la naissance et de la petite enfance; le programme de maintien à domicile (MAD) qui dessert des personnes en perte d'autonomie; et finalement le programme des services courants (SC) qui répond à des consultations médicales, infirmières et sociales suite à des demandes ponctuelles.

Le gestionnaire du quatrième programme avait, dans un premier temps, accepté de participer à l'étude sous certaines conditions et ce, afin d'éviter de raviver des revendications et des insatisfactions très présentes au programme. Finalement, quelques mois après le début de la collecte de données, le gestionnaire s'est ravisé et a annoncé que son programme ne participerait pas à l'étude. La raison invoquée est le fait que des conflits interprofessionnels importants existaient et que le moment n'était pas propice à une telle recherche. Nous avons respecté ce choix et poursuivi notre démarche de recherche avec les trois autres cas.

L'étape suivante consistait à identifier, à l'intérieur de chaque programme, une entité reconnue comme étant une entité multiprofessionnelle, c'est-à-dire comme un groupe dont les membres travaillent en interdépendance auprès d'une clientèle commune. Les négociations avec les trois gestionnaires ont porté sur l'identification de cette entité à l'intérieur de chacun des programmes.

Au programme PEF, le projet OLO (Oeuf-Lait-Orange) vient en aide aux femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté, il regroupe une équipe de professionnels qui se réunit régulièrement pour des discussions cliniques dans une structure formelle de collaboration interprofessionnelle. Cet élément nous a amené à choisir le projet OLO comme point de départ pour l'étude de la collaboration interprofessionnelle au programme PEF. C'est le seul programme que nous avons étudié où il existe une structure formelle de discussions cliniques.

Au programme de MAD, il n'existe pas de structures formelles de discussions cliniques, elles sont ponctuelles et informelles. La seule instance multiprofessionnelle formelle est le comité d'allocation de services qui se réunit pour des discussions concernant l'allocation de services à la clientèle, ces discussions comportent un volet administratif plus important que le volet clinique. Nous avons tout de même décidé de retenir le comité d'allocation de services comme entité de départ pour identifier les

participants à la recherche et afin d'observer leur fonctionnement en équipe. Les entrevues avec ces derniers ont toutefois porté sur leurs relations de collaboration dans les aspects cliniques.

Finalement, au programme des services courants, on a adopté un mode de fonctionnement basé sur le parallélisme professionnel, il n'y existe pas d'entité appelée équipe multidisciplinaire, il s'agit plutôt d'un fonctionnement où les professionnels travaillent en parallèle auprès d'une clientèle commune. Il était donc clair, dès le départ, qu'il n'y aurait pas d'observation de rencontre interprofessionnelle dans ce dernier programme. Les trois cas à l'étude représentent donc trois modes différents d'organisation du travail interprofessionnel, ce qui ajoute à la richesse de l'étude.

3.3.3 La sélection des participants.

Nous désirions que chacun des cas à l'étude regroupe des professionnels de diverses professions, minimalement des infirmières, des médecins et des travailleurs sociaux ainsi que le gestionnaire du programme et, si possible, d'autres professionnels qui interviennent au programme. La première rencontre avec le gestionnaire a donc servi à identifier l'entité à l'étude ainsi que les personnes à interviewer. Les critères de sélection des participants étaient essentiellement 1) faire partie de l'entité identifiée, 2) y intervenir depuis plus d'une année et 3) accepter de participer à l'étude. Le gestionnaire entraînait en communication avec les personnes identifiées et sollicitait leur participation. Si les individus acceptaient, une lettre de la part de la chercheuse était envoyée. Cette lettre expliquait les buts et les termes de la recherche et faisait en sorte de s'assurer du consentement éclairé des participants. Un appel téléphonique suivait pour clarifier les informations et pour fixer un rendez-vous pour l'entrevue. En cours de route, il est apparu nécessaire d'ajouter des participants afin de recueillir une plus grande diversité de points de vue. Les participants étaient

alors sollicités de la même façon. Il n'y a pas eu de refus, toutes les personnes ont accepté de participer.

3.4 Collecte de données

3.4.1 Points d'ancrage de la collecte de données

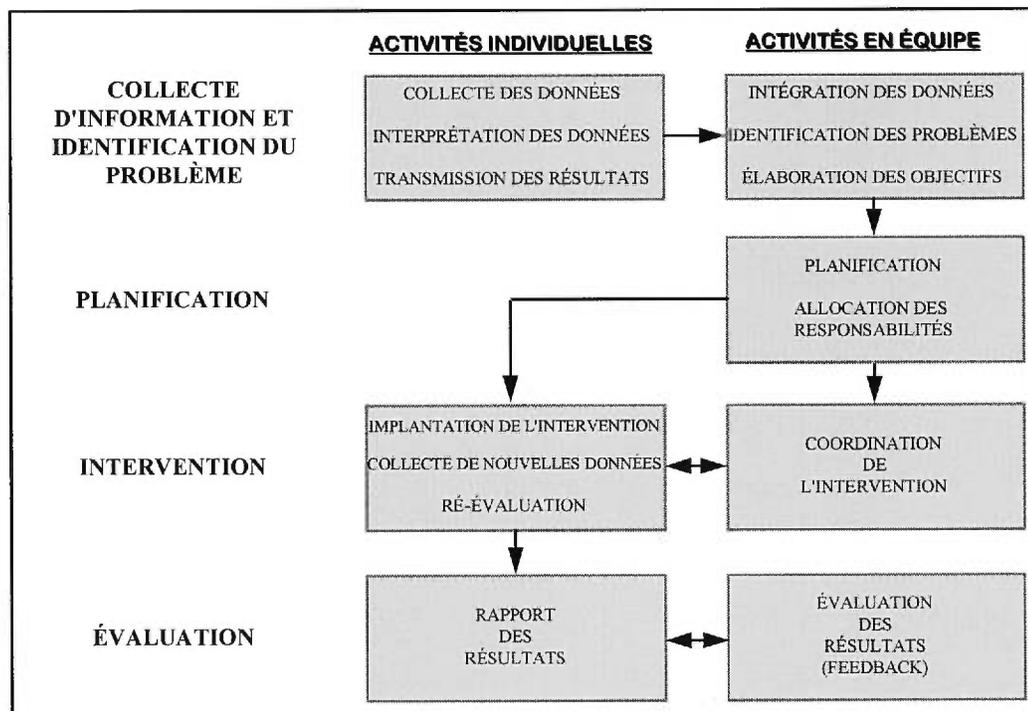
Dès le départ, nous avons délimité le projet de recherche à la collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques. Nous désirions recueillir de l'information sur la façon dont collaborent les professionnels lorsqu'ils sont placés en situation d'interdépendance en regard des besoins de la clientèle. Lorsque plusieurs professionnels interviennent auprès d'un même client, comment collaborent-ils dans les processus cliniques? Rappelons que Brunet et Vinet (1978) avaient identifié trois modes d'organisation du travail, le parallélisme disciplinaire, la subordination et la collaboration globale; ce dernier mode était quasi-absent. Nous avons privilégié l'étude de ce dernier mode par l'étude de situations où les professionnels sont placés en interdépendance. Ceci a été possible pour les programmes de PEF et de MAD, mais non aux services courants. Car même si les services courants reçoivent une clientèle qui demande parfois une intervention de plusieurs professionnels en interdépendance, ces situations représentent une portion moins importante de leur travail. Les professionnels n'ont pas développé de modalités de type collaboration interprofessionnelle. Ils se retrouvent plutôt dans un mode d'organisation du travail qui rejoint la définition de parallélisme disciplinaire. Nous tenterons tout de même de comprendre comment ces professionnels coopèrent dans ce contexte.

Trois composantes ont servi de points d'ancrage nous guidant dans la collecte des données, ce sont: les croyances et les valeurs des acteurs en regard de la

collaboration interprofessionnelle; leurs expériences quant au partage dans les processus cliniques; et la structure organisationnelle dans laquelle ils évoluent.

La composante du partage dans les processus cliniques est centrale en ce sens qu'elle constitue une lunette d'approche à la collaboration interprofessionnelle. Nous avons fait appel au modèle de fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle de Golin et Ducanis (1981) pour nous aider à saisir la juxtaposition ou l'intégration des responsabilités professionnelles dans les processus cliniques soit lors de l'identification du problème, de la planification, de l'intervention et de l'évaluation. La figure 3.1 affiche les activités individuelles et de groupe du modèle de Golin et Ducanis (1981).

Figure 3.1 : Fonctionnement clinique de l'équipe interprofessionnelle



La composante reliée aux valeurs et aux croyances des acteurs envers la collaboration interprofessionnelle a été abordée de façon très générale, il s'agissait de laisser les acteurs parler de leur vision de la collaboration, de leurs attentes et de l'importance qu'ils y accordent. Il s'agissait en fait de faire ressortir les différentes perspectives des acteurs quant au phénomène de la collaboration.

Par la composante de la structure organisationnelle, nous avons abordé la question de l'environnement organisationnel et structurel dans lequel les acteurs évoluent. Par cette composante, nous voulions recueillir des informations, entre autre, sur les mécanismes de soutien et de reconnaissance de l'équipe, sur ses modalités de fonctionnement, sur la structure de décision concernant les pratiques professionnelles, etc.

La collecte de données de notre recherche s'est inscrite autour de ce cadre de départ. Selon notre orientation de la théorie ancrée, il importait de guider les acteurs tout en laissant place à l'émergence de nouveaux thèmes, une approche trop encadrante aurait pu s'avérer réductrice et permettre de ne saisir que certaines facettes d'une réalité complexe.

3.4.2 Méthodes de collecte de données

De nombreux auteurs (Smith et Klein, 1986; Pourtois et Desmets, 1988; Guba et Lincoln, 1989; Janesick, 1994) recommandent une triangulation des sources de données, c'est-à-dire le procédé par lequel les données sont recueillies à partir de différentes sources. Smith (1986) parle ainsi de « multi-méthods » ou encore de « mixed-methods studies ». Le but en est d'exploiter le caractère complémentaire de différentes méthodes. La triangulation des données permet d'apporter une certaine robustesse aux données, de confronter les données recueillies à partir de différentes méthodes.

Les principales méthodes de collecte de données en recherche qualitative sont l'entrevue (Daunais, 1993; Fontana et Frey, 1994); l'observation (Hammersley et Atkinson, 1983; Fortin, 1987; Adler et Adler, 1994); et la recherche documentaire (Hodder, 1994). L'entrevue est considérée un des moyens le plus puissant pour tenter de comprendre l'autre (Fontana et Frey, 1994). Plusieurs types d'entrevue sont reconnus (Fontana et Frey, 1994), nous avons privilégié l'entrevue semi-directive qui a servi à recueillir la majorité de nos données. Daunais (1993) recommande que ce type d'entrevue soit précédé de l'élaboration d'un plan à partir de l'objectif général de l'entrevue. Ce plan assure l'interviewer que les principaux aspects qu'il voulait aborder ont été couverts. Ce sont les entrevues qui nous ont permis d'aller le plus loin dans la collecte et l'analyse des sentiments, des perceptions, des valeurs et des attitudes que les acteurs ont à l'égard de la collaboration interprofessionnelle. Les entrevues ont toutefois générées des questions qui faisaient appel à l'observation.

Selon Adler et Adler (1994), l'observation consiste à rassembler des impressions sur l'environnement à l'aide de toutes les facultés mises à notre disposition. Ce qui distingue le travail du chercheur est le fait que son observation soit issue de considérations théoriques. Le chercheur tente alors d'observer les manifestations du phénomène qu'il veut étudier. Le niveau d'implication de l'observateur peut varier. À cet effet, différentes typologies ont été élaborées pour différencier les niveaux d'implication (Gold, 1958; Adler et Adler, 1994). Ces typologies oscillent en fonction de l'engagement, de la familiarité et de la distance de l'observateur par rapport à son objet de recherche. L'observateur peut être complètement à l'extérieur du terrain, par exemple dans le cas d'observations à l'aide d'un miroir et il peut être complètement impliqué dans des activités et exercer une influence sur le cours des événements. Nous avons adopté une position intermédiaire où nous étions observateur passif mais notre seule présence dans le milieu et le fait de poser des questions ont pu avoir un effet.

Nos observations ont porté sur les comportements et les pratiques des acteurs et sur l'environnement physique et social. Ces observations devaient nous aider à étayer les éléments ressortis des entrevues. Un éclairage complémentaire a effectivement été apporté par l'observation de rencontres cliniques et a ajouté une toute autre dimension à notre compréhension du fonctionnement et du climat au sein des équipes. Nous avons ainsi pu observer les échanges lors des différentes étapes du processus clinique, la communication entre les membres et la répartition du temps lors des rencontres cliniques.

L'analyse documentaire est une source de données qui gardent les traces du passé. Elle nous donne accès à la perspective historique. Selon Lincoln et Guba (1985) il importe de distinguer entre deux types de documents: les documents personnels tels que lettre, journal intime et les documents officiels. Nous avons rassemblé et traité du matériel officiel. Selon Hodder (1994), le chercheur doit se doter de moyens d'interpréter ce matériel muet soit en le confrontant avec d'autres sources de données ou avec d'autres documents. Dans notre étude, le matériel documentaire, principalement les dossiers des usagers et les documents administratifs, a servi à corroborer ou non certaines informations ou observations en regard des processus cliniques, nous pourrions dire que cette méthode en était une d'appui aux deux autres. Nous avons analysé les dossiers des usagers en tentant de détecter les traces de collaboration interprofessionnelle.

Notre corpus de données provient ainsi d'entrevues semi-directives, d'observations de discussions cliniques et d'analyse de documents cliniques et administratifs de même que de la tenue de notes théoriques et méthodologiques et d'un journal de bord qui rendent compte des différents événements et conversations informelles. La collecte de données a été conduite un programme à la fois. Selon nous, il était impératif de terminer un programme avant de passer au suivant. Nous tentions de nous imprégner du contexte et de son histoire et d'assurer le plus possible

une présence dans le milieu afin de profiter des multiples conversations informelles et ainsi pousser notre compréhension des relations interprofessionnelles. Nous sentions que nous faisons partie du cours des événements, principalement au projet OLO où des revendications et conflits latents ont éclos lors de notre présence sur le terrain. Nous étions alors immergée dans le déroulement d'événements parfois très intenses, qui survenaient devant nous. Il était important de rendre compte des impressions et interprétations que nous en dégagions, elles étaient rigoureusement notées dans le journal de bord.

Certes tous ces témoignages sont essentiellement subjectifs, le chercheur est justement à la recherche de cette subjectivité qui permet d'aller au-delà des structures formelles et de parler de la manière dont l'acteur vit la collaboration et les enjeux qui y sont reliés. Le défi du chercheur est d'établir cette première relation de confiance sans toutefois influencer l'acteur dans ses réponses. Le chercheur tente de comprendre ce qui relève tout autant des arrangements formels ou implicites, des ajustements mutuels ou conflictuels qui alimentent la vie du groupe et influent sur la collaboration: tout ce que l'organigramme ne dit pas mais qui constitue « la trame de la négociation » (Strauss, 1992). Cette étude permet d'accumuler le maximum d'informations concrètes sur le quotidien des acteurs et sur ce qu'ils en pensent ainsi que sur leur vécu subjectif.

Les données furent recueillies entre les mois de septembre 1994 et juillet 1995. La collecte de données au projet OLO a eu lieu de septembre 1994 à décembre 1994; aux services courants, de décembre 1994 à janvier 1995; et au MAD, de janvier 1995 à juin 1995. Par la suite, nous sommes retournée dans les milieux pour la restitution des résultats intermédiaires de la recherche, nous y reviendrons. Ces occasions ont permis de recueillir de nouvelles données et ainsi de compléter la collecte de données.

3.4.3 Les entrevues semi-directives

Pendant les entrevues, nous laissons d'abord les participants s'exprimer librement sur le sujet. Nous commençons par une phrase telle que: Parlez-moi de ce qu'est pour vous la collaboration interprofessionnelle, comment vous la vivez? Les participants s'exprimaient longuement sur leur expérience passée, sur les problèmes qu'ils vivent, la façon dont ils aimeraient que les choses se passent, très souvent sur leurs déceptions ou leurs espoirs. À la fin de l'entrevue, si des thèmes n'avaient pas été couverts, nous posons les questions plus directement. L'attitude du chercheur a été une attitude d'«écoute réceptive de l'autre» (Daunais, 1993, p. 278). Cette attitude permet d'entendre et de recevoir ce que l'autre a à exprimer.

Bien que nous ayons pris les mesures pour rassurer les participants quant à l'anonymat, nous avons ressenti, chez une minorité de répondants, une certaine réticence à parler ouvertement de la situation. Fontana et Frey (1994) abordent l'importance d'établir une relation de confiance, principalement si l'objet de l'entrevue comporte des aspects délicats. Dans notre recherche, nous avons ressenti certaines réticences, principalement de la part des participants qui relèvent du programme où se vivaient à l'époque plusieurs conflits. Les entrevues ont pris place au sein de petites équipes, ce qui fait que les participants ont pu avoir peur d'être reconnus et il nous est apparu que certaines personnes ont été prudentes. Dans ces circonstances, l'attitude du chercheur doit en être une de respect (Fontana et Frey, 1994).

Les données proviennent de 29 entrevues avec 26 participants. Tel que mentionné, une première entrevue a été conduite avec chacun des trois gestionnaires pour comprendre le contexte du programme et son histoire et pour choisir les participants à la recherche. Une deuxième entrevue a plus tard été menée avec ces gestionnaires sur le sujet même de la recherche soit la collaboration

interprofessionnelle. Ainsi 21 professionnels des trois programmes ont été interviewés et deux personnes à l'extérieur de ces programmes, soit le directeur général du CLSC et le président du conseil multidisciplinaire. Toutes les entrevues, sauf deux⁷, ont été enregistrées et elles ont été transcrites intégralement. La transcription a, dans tous les cas, été retournée à la personne interviewée pour lui permettre de clarifier ou de modifier l'expression de sa pensée. Selon la disponibilité des personnes, une rencontre ou une conversation téléphonique a permis de recueillir ces modifications ainsi que les commentaires et de nouvelles réflexions issues de la lecture des transcriptions. Le tableau 3.1 montre la répartition des participants, c'est-à-dire ceux qui ont accordé une entrevue, selon leur appartenance à un programme et selon leur groupe professionnel.

⁷ La première entrevue avec un gestionnaire de programme n'a pas été enregistrée, nous entrions sur le terrain et il apparaissait prématuré de le faire. Une entrevue avec un professionnel n'a pas été enregistrée en raison de problème technique, elle a toutefois été immédiatement transcrite et soumise à la personne pour compléter.

Tableau 3.1: Répartition des participants selon le programme et la profession

Profession	OLO	MAD	SC	AUTRE	Total
Auxiliaire familiale		1			1
Ergothérapeute		1			1
Gestionnaire	2 *	3 **	1	1	7
Infirmière	2	1	2		5
Médecin	1	2	2 ***		5
Nutritionniste	1				1
Organisateur communautaire	1				1
Travailleur social	1	1	2	1	5
Total	8	9	7	2	26

* Un des gestionnaires est assistant du supérieur immédiat, c'est-à-dire qu'il ne possède pas le statut de cadre mais qu'il assume des responsabilités d'encadrement.

** Deux des gestionnaires sont assistants du supérieur immédiat

*** Un des deux médecins est aussi chef de médecine

Les tableaux 3.2, 3.3 et 3.4 mettent en évidence les caractéristiques des participants. Nous avons volontairement omis d'indiquer l'âge des participants de même que la formation des gestionnaires pour éviter que le CLSC à l'étude ne soit identifié par le lecteur.

Tableau 3.2: Caractéristiques des participants au projet OLO

Projet OLO	Expérience au CLSC (nombre d'années)	Expérience au programme (nombre d'années)	Formation
Assistante du supérieur immédiat	3	3	B. Sc. Inf.
Coordonnateur	9	9	Diplôme Inf.
Infirmière	4	4	DEC
Infirmière	10	10	B.Sc. Inf.
Médecin	0,5	0,5	Médecine familiale
Nutritionniste	5	3	B. Sc. (nutrition)
Organisateur communautaire	20	5	B.Sc. Hum.

Le tableau 3.2 montre qu'au projet OLO, sept participants sur huit ont plus de deux ans d'expérience au programme, un seul est arrivé dans la dernière année. Nous sommes en présence d'une équipe stable. Une seule personne ne détient pas de diplôme universitaire.

Tableau 3.3: Caractéristiques des participants au programme de Maintien à domicile

Programme MAD	Expérience au CLSC (nombre d'années)	Expérience au programme (nombre d'années)	Formation
Auxiliaire familiale	1	1	Cours d'A.F.
Assistante du supérieur	9	9	Diplôme Inf.
Assistante du supérieur	4	4	B.Sc.SS ; Cert. Adm.
Ergothérapeute	3	3	B.Sc. (ergo)
Gestionnaire	21	21	Maîtrise Adm. Pub.
Infirmière	4	4	B. Sc. Inf.
Médecin	1,5	1,5	Médecine familiale
Médecin	0,5	0,5	Médecine familiale
Travailleur social	2	2	B.Sc. SS

Le tableau 3.3 relève que cinq personnes sur neuf ont plus de deux ans d'expérience au programme, tous les participants ont toujours fait partie du programme de MAD depuis qu'ils sont au CLSC, ce qui démontre beaucoup de stabilité et peu de mobilité interne. Deux personnes seulement ne possèdent pas de formation universitaire.

Le tableau 3.4 expose les caractéristiques des participants des services courants. Quatre personnes sur sept ont plus de deux ans d'expérience au programme. Seules les deux infirmières n'ont pas de diplôme universitaire.

Tableau 3.4: Caractéristiques des participants au programme des services courants

Programme S.C.	Expérience au CLSC (nombre d'années)	Expérience au programme (nombre d'années)	Formation
Gestionnaire	4	4	B.Sc. Maîtrise Ad. Pub.
Infirmière	1,5	1,5	DEC
Infirmière	6	3	DEC
Médecin	6	6	Médecine familiale
Médecin	7	5	Médecine familiale
Travailleur social	0,75	0,75	B. Sc. SS
Travailleur social	2,5	1,5	M.Sc. SS

Les entrevues ont duré entre 50 minutes et 1,75 heure, pour un total de 36,5 heures réparties comme suit:

OLO	⇒	11,3 heures,	9 entrevues
SC	⇒	10,0 heures,	8 entrevues
MAD	⇒	13,0 heures,	10 entrevues
Autres	⇒	2,2 heures,	2 entrevues.

3.4.4 L'observation

Quatre rencontres d'équipe ont été observées au projet OLO durant les mois d'octobre et novembre 1994. Deux rencontres du comité d'allocation de services ont été observées au MAD, ces observations ont pris place en février et mars 1995. Tel que mentionné précédemment le programme des services courants ne dispose pas de lieu de rencontres formelles de sorte qu'aucune observation n'a pu être conduite.

Les données recherchées lors de ces observations étaient de deux ordres soit la manière dont s'actualise la collaboration entre les professionnels dans les processus cliniques et l'environnement dans lequel se déroule les discussions cliniques. Une grille sommaire de description du contenu des rencontres a été développée. Notre objectif était d'observer l'articulation des différentes phases du processus clinique, à savoir comment l'information relative à un client est partagée, comment la planification des interventions est conduite, s'il y a désignation d'un intervenant pivot ainsi qu'un partage des responsabilités et finalement quelle est la planification du suivi d'un client. Cette grille a permis de garder trace des discussions cliniques et de comparer ultérieurement les dossiers des clients qui ont fait l'objet d'une discussion clinique. Quant à l'environnement, nous avons observé l'environnement physique mais principalement l'environnement social et interactionnel. Des notes descriptives ont été rédigées immédiatement après chaque observation.

Nous sommes consciente que la présence du chercheur au moment des rencontres cliniques ait pu modifier quelque peu le climat ou le mode d'interaction, particulièrement dans les premiers instants, mais il est apparu rapidement que ce que nous observions correspondait en grande partie aux informations recueillies lors des entrevues. Nous sommes également consciente de la subjectivité du chercheur et de son orientation *a priori* à observer certains aspects au détriment d'autres, mais il s'agit ici d'une méthode de collecte d'informations concomitante à d'autres méthodes et qui sert à pousser notre compréhension des informations recueillies par entrevue.

3.4.5 L'analyse de documents

L'analyse des documents a porté sur deux types de documents, soit les documents cliniques tels que le dossier du client, le plan d'intervention et sur certains documents administratifs. Le dossier du client et le plan d'intervention sont des façons de formaliser le processus de soins, ils ont été utilisés principalement pour

corroborer les informations recueillies par entrevues ou lors des discussions cliniques. Ainsi nous avons analysé les dossiers des clients qui ont fait l'objet d'une discussion de l'équipe, discussion à laquelle nous avons assisté. Dix dossiers de clients ont été analysés au projet OLO et treize dossiers au programme de MAD. Quelques dossiers ont été étudiés au programme des Services courants, ces clients nécessitant l'intervention de plus d'un professionnel; ils n'avaient toutefois pas fait l'objet d'une discussion car on n'y tient pas de réunion multiprofessionnelle. Lors de l'analyse, nous cherchions à comprendre qui étaient les professionnels impliqués auprès de chaque client, qui étaient présents aux diverses rencontres de discussion, notamment au MAD où des discussions cliniques informelles ont parfois lieu. Quel était le plan d'intervention, le partage des responsabilités était-il transposé dans les notes au dossier, l'intervenant pivot était-il identifié comme tel au dossier? Ces informations ont permis de comprendre plus à fond la nature des échanges cliniques entre les professionnels ainsi que les mécanismes de coordination et de suivi de la clientèle.

Plusieurs documents administratifs ont pu être consultés, principalement pour comprendre le contexte d'action et l'histoire du CLSC et des programmes. Il s'agit des rapports et projets qui ont influencé la vie des équipes, les compte-rendu de réunions, les descriptions de tâches, les règles et procédures concernant les fonctions des professionnels, les évaluations annuelles du fonctionnement des équipes. Bref, les documents administratifs consultés traitent de l'organisation du travail, de l'encadrement et de la formalisation des tâches.

3.4.6 Les notes de terrain et le journal de bord

Des notes descriptives, théoriques et méthodologiques (Morse, 1991) ont été rédigées tout au long de la recherche. Les notes descriptives sont les observations sur lesquelles le chercheur base son analyse. Elles décrivent des événements, rapportent les choses vues, entendues, et répétées, relatant les conversations avec les personnes

et entre elles. Les notes descriptives ont été prises de façon chronologique d'abord, pour être ensuite analysées de façon synchronique. La plupart des notes tournent autour du lieu, des acteurs, des événements. Les lieux sont importants car tout comme le comportement, l'environnement est à la fois contexte et résultat.

Les notes théoriques retracent l'effort du chercheur pour donner un sens et une cohérence aux différentes observations qu'il a compilées. Le chercheur y développe de nouveaux concepts, les relie aux anciens. Ces notes représentent ses efforts pour développer l'analyse et donner un sens aux données. Les notes théoriques ont été l'occasion de formuler des questions, d'avancer des explications et d'établir des liens entre les différentes observations et entre les écrits dans le domaine. C'est dans ces notes que les concepts et premières interprétations ont été identifiées. L'analyse a ainsi été concomitante à la constitution des données, conformément à l'analyse par théorisation ancrée.

Les notes méthodologiques se rapportent au déroulement concret des opérations de recherche. Elles décrivent les opérations tentées ou planifiées et elles rappellent la synchronisation des événements. Le chercheur y a décrit comment il a procédé au choix de telle ou telle unité d'observation, les problèmes rencontrés, l'écart entre le plan initial et celui qu'il a réalisé, les raisons qui ont réorienté ces réaménagements.

Le journal de bord sert à enregistrer les comportements du chercheur. Il a servi à y consigner ses craintes, ses interrogations, ses périodes de confusion et de doute, ses réactions et ses sentiments vis-à-vis les participants. Ce compte-rendu introspectif a aidé le chercheur à cerner ses biais, à comprendre l'influence de ses propres sentiments et à jouer le rôle de confident dans les moments difficiles.

Des données complémentaires ont été recueillies sur certaines caractéristiques des acteurs et de l'organisation. Ces informations portent sur la disponibilité des divers types d'intervenants et les caractéristiques de l'environnement externe.

3.5 Classement et analyse des matériaux

L'analyse par théorisation ancrée permet de pousser l'étude de l'objet de recherche au-delà d'une première analyse descriptive. L'analyse n'est pas la dernière phase du processus de recherche, elle se fait de façon concomitante à la collecte de données. Cette méthode itérative de traitement de l'information s'effectue par étapes successives qui permettent de dégager progressivement un sens plus large aux données recueillies (Paillé, 1994). Voici donc les étapes successives et souvent simultanées du classement et de l'analyse des matériaux.

Une première étape a consisté en la transcription intégrale des entrevues et la rédaction des notes de terrain. Nous disposions alors d'une somme impressionnante de données, environ 1200 pages d'entrevue, 500 pages de matériel écrit et 100 pages de notes de terrain, incluant les observations.

Une deuxième étape a porté sur l'informatisation de toutes les données de la recherche. Le logiciel ACCESS, une base de données relationnelle, a été utilisé pour informatiser tous les segments de texte significatifs. La base de données relationnelle permet la mise en relation de chacun des segments de texte avec les codes, catégories et thèmes développés en cours d'analyse (l'annexe 2 présente la structure de la base de données relationnelle). Cette étape a ultérieurement facilité la compréhension du corpus de données. Nous avons ainsi la possibilité de croiser différentes données provenant de différentes sources selon les questionnements qui surgissaient. Par exemple, nous pouvions facilement ressortir le discours d'un groupe professionnel en

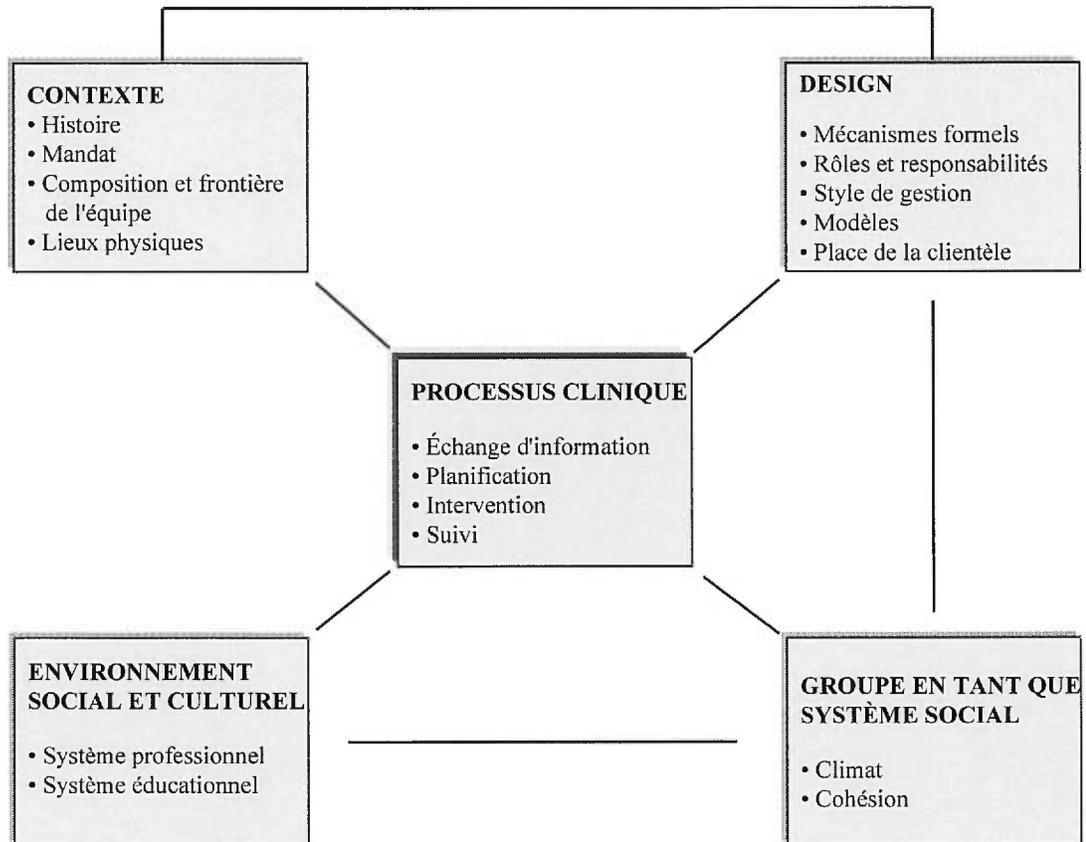
fonction d'une catégorie, par exemple, le climat. Le fait de ressortir des informations croisées a jeté un éclairage nouveau sur diverses facettes de la collaboration interprofessionnelle.

Simultanément, nous avons procédé à la codification initiale du matériel (troisième étape). Chaque entrevue, après avoir été révisée par la personne interviewée, a fait l'objet d'une première codification. Nous avons eu recours à une codification que l'on pourrait qualifier d'ouverte (Strauss et Corbin, 1990) à savoir que nous notions au fur et à mesure de leur émergence, les unités de significations. À la fin de l'étude, nous avons ressorti 56 codes récurrents.

Cette codification initiale a ensuite été travaillée, questionnée et classifiée pour en extraire des concepts, des idées plus abstraites. Cette quatrième étape itérative nous a conduit à regrouper les codes sous 16 catégories qui nous permettaient de nommer de manière plus riche et plus englobante les unités de signification qui se dégageaient des données. Nous avons procédé, suite à de nombreuses révisions et clarifications, à une seconde étape de catégorisation qui nous a finalement amené à regrouper le tout sous cinq thèmes. Chaque code, catégorie et thème a fait l'objet d'une description pour garder la trace des décisions et ainsi assurer la consistance de la codification qui s'est poursuivie sur plus d'une année. L'annexe 3 contient l'ensemble des codes, catégories et thèmes.

Plus le travail d'analyse avançait, plus nous pouvions donner forme à notre corpus de données. Nous avons alors en main, quoique encore en chantier, le matériel pour construire l'histoire de la collaboration interprofessionnelle. Cette étape nous paraissait essentielle pour consolider les catégories et tenter de les mettre en relation. La figure 3.2 présente la trame catégorielle qui, après de multiples remaniements, a servi à raconter l'histoire de la collaboration interprofessionnelle de chacun des cas (cinquième étape).

Figure 3.2: Trame catégorielle de narration des histoires de cas



Le thème au centre de la figure permet de revenir à la lunette d'approche de départ, c'est-à-dire le modèle de fonctionnement de Golin et Ducanis (1981) qui nous a servi de point de focalisation pour l'étude de la collaboration dans les processus cliniques. Autour de ce thème, a émergé un thème relié au contexte organisationnel soit les éléments qui touchent l'histoire, le mandat, la composition et les frontières de l'équipe ainsi que les lieux physiques. Un deuxième thème qui a émergé de la catégorisation concerne le design organisationnel, soit l'ensemble des éléments qui

fixent les règles formelles de l'organisation (Denis, Langley et Cazale, 1995). Le thème du groupe en tant que système social traite des concepts reliés à la vie sociale, plus particulièrement au climat et à la cohésion du groupe. Finalement, le thème relié à l'environnement social et structurel porte sur des éléments souvent externes à l'organisation mais qui influencent la vie des acteurs tels que le système professionnel et le système éducationnel.

La sixième étape a donc consisté en l'écriture de trois monographies qui racontent l'histoire de la collaboration interprofessionnelle dans chacun des cas. La rédaction des histoires de cas avait deux buts: consolider nos catégories et nous approprier le processus de structuration de la collaboration interprofessionnelle de chaque cas. À ces fins, des questions ont été rédigées en regard de chaque catégorie, questions autour desquelles les histoires de cas ont été rédigées (annexe 4). Au fur et à mesure de la rédaction de ces histoires, l'enchaînement des catégories a été remanié, pour arriver à la trame de narration présentée à la figure 3.2. Les trois monographies sont présentées aux annexes 5, 6 et 7. Ces histoires constituent une première transformation du matériel de base. Elles comportent un certain nombre de répétitions car nous devons traiter les mêmes données à partir des divers thèmes et catégories⁸.

Avant de passer à l'étape suivante, il importe de distinguer entre les notions d'histoire de cas et d'étude de cas. Strauss (1987) nous apporte cette distinction. L'histoire de cas indique qu'une histoire sera racontée, qu'une description qui implique des personnages et des événements dans une perspective temporelle sera mise en lumière par l'oeil du chercheur; il peut s'agir de la vie d'un groupe, d'une organisation, d'une relation, etc. En ce qui a trait à l'étude de cas, le chercheur est

⁸ La présentation de l'histoire de cas du projet OLO est quelque peu différente des deux autres car, en cours de route, nous avons raffiné la trame de narration. Nous vous la présentons dans sa version originale, c'est-à-dire celle qui a été acheminée aux participants à la recherche.

orienté vers un niveau plus abstrait d'analyse. Il commence à générer des catégories théoriques qui seront mises en évidence au fur et à mesure de l'avancement de ses travaux.

Les histoires de cas nous ont permis d'augmenter notre compréhension des éléments qui influencent la collaboration et ainsi de répondre partiellement à notre question de recherche en ce qui a trait aux éléments qui influencent la collaboration interprofessionnelle. Mais il ne nous suffisait pas de raconter les histoires à l'aide des éléments qui ont influencé la collaboration interprofessionnelle, il nous fallait comprendre en profondeur la nature de la collaboration. Nous nous sommes alors orientée vers les écrits en sociologie des organisations à la recherche d'un modèle qui nous amènerait plus loin. Après ce long travail d'appropriation de nos données, suivi d'un retour à la littérature, nous avons opté pour l'approche organisationnelle telle que décrite par Friedberg (1993).

À partir des écrits de Friedberg et en retournant constamment aux histoires de cas, nous avons progressivement et simultanément élaboré notre propre modèle de la collaboration interprofessionnelle et rédigé les études de cas (7^{ième} et 8^{ième} étape). Ce modèle s'élaborait au fur et à mesure de la rédaction des études de cas. Cette étape a été fort importante puisque nous nous sommes appropriée l'approche organisationnelle, telle que conçue par Friedberg (1993), tout en y apportant les modifications et les ajouts dictés par nos données (Vaughn, 1994). Nous avons ainsi élaboré notre modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui sera présenté au chapitre suivant.

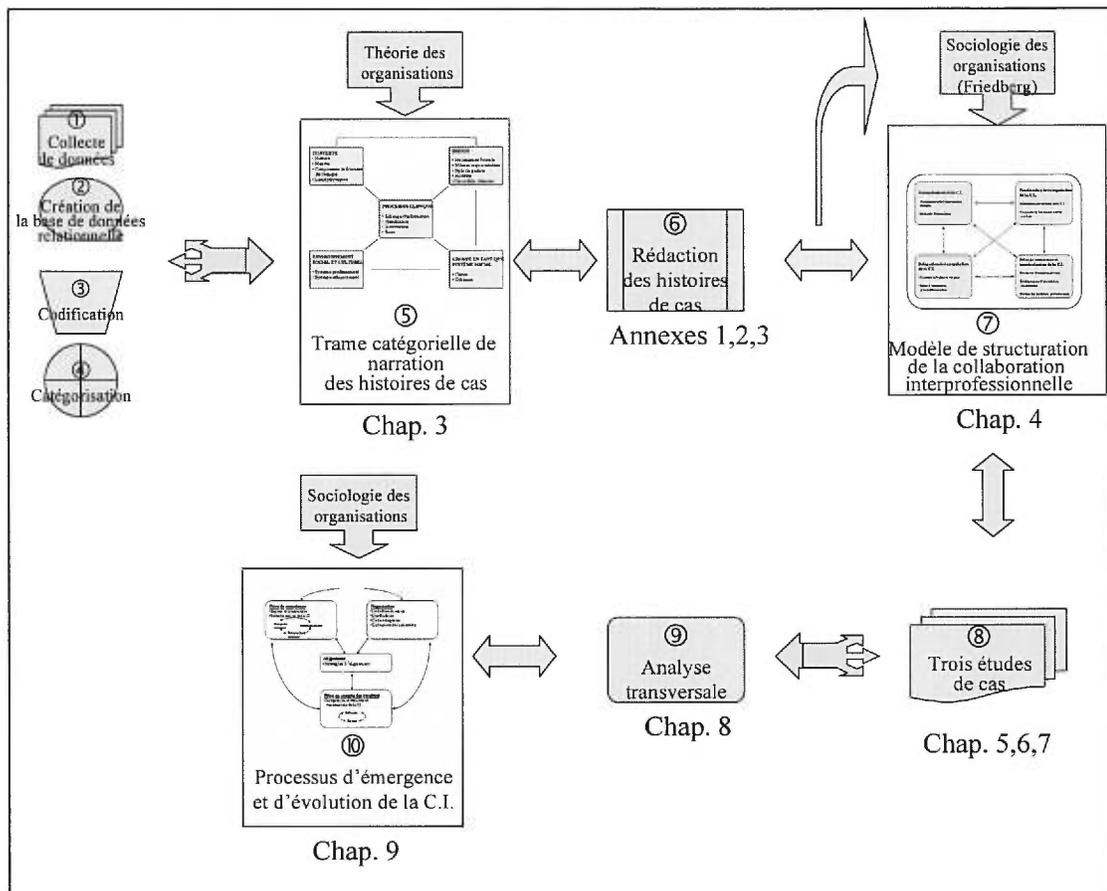
L'étape suivante a conduit à l'analyse transversale des trois études de cas. Les résultats de cette analyse ont permis de dégager les principaux problèmes de collaboration interprofessionnelle à partir des quatre dimensions de notre modèle. Nous avons alors en main le matériel nécessaire pour faire une proposition quant à

un processus favorisant l'émergence et l'évolution de la collaboration interprofessionnelle, processus qui intègre les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Ce processus propose une gestion basée sur un système d'acteurs et non seulement sur des mesures structurelles et techniques.

L'élaboration d'un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle et la proposition d'un processus favorisant l'émergence et l'évolution de la collaboration constituent la contribution de cette thèse.

Le parcours méthodologique de cette recherche est complexe, nous vous référons à la figure 3.3 qui récapitule ce parcours. En résumé, les étapes 1 à 4 portent sur la collecte de données, la codification et la catégorisation (chap. 3). Les étapes 5 et 6 concernent la rédaction des histoires de cas (chap. 3 et annexes 1, 2 et 3). Les étapes 7, 8 et 9 constituent les étapes d'élaboration du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle par le va-et-vient entre la théorie, les données empiriques et la rédaction d'études de cas (chap. 4 à 8). L'étape 10 porte sur l'élaboration d'un processus d'émergence de la collaboration interprofessionnelle qui intègre les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (chap.9).

Figure 3.3 : Étapes de la recherche



3.6 Les critères de rigueur

Il est problématique de transposer les critères de validité et de fiabilité tel que défini dans un cadre positiviste à des recherches menées dans un cadre constructiviste utilisant des données de type qualitatif. Divers auteurs ont traité de ces questions (Guba et Lincoln, 1989; Sandelowski, 1986; Pourtois et Desmet, 1988; Leininger, 1992). Pourtois et Desmet (1988) et Guba et Lincoln (1989) proposent des critères d'évaluation qui font le parallèle avec les critères de validité et de fiabilité. La

terminologie utilisée par les deux auteurs n'est pas tout à fait la même mais correspond sensiblement aux mêmes concepts. Nous adoptons la terminologie de Pourtois et Desmet (1988). Selon ces auteurs, quatre critères de qualité doivent guider la stratégie de la recherche, ce sont les critères de crédibilité, de constance interne, de fiabilité et de transférabilité.

Critère de crédibilité

Le critère de crédibilité est évalué par la question suivante: quelle garantie le chercheur fournit-il quant à la qualité des observations effectuées ainsi qu'à l'exactitude des relations qu'il établit entre les observations lors de l'interprétation? Cette question trouve son importance dans la nature de l'approche constructiviste qui reconnaît la part de la subjectivité du chercheur dans le processus de la recherche. Pour Guba et Lincoln (1989), les résultats de la recherche doivent représenter une construction signifiante formée par des individus ou des groupes d'individus, incluant le chercheur, pour donner un sens à une situation dans laquelle ils sont placés. Cette approche reconnaît que les constructions signifiantes sont formées par les valeurs des constructeurs.

Un moyen très utile d'assurer la crédibilité des données a été la triangulation des sources de données et des méthodes. Nous avons recueillies des données auprès de tous les groupes professionnels impliqués et auprès des gestionnaires et ceci par différentes méthodes. La confrontation des données recueillies par la méthode de l'entrevue, par l'observation et par l'analyse des documents a été extrêmement précieuse pour garantir la qualité des informations recueillies. Un autre moyen d'assurer la crédibilité de la recherche est d'assurer la crédibilité des informations recueillies par la restitution des données.

Restitution des données

Le caractère de rigueur de ce type de recherche est fonction d'une procédure qui doit garantir un recueil et un traitement de données aussi ouverts, systématiques et honnêtes que possible. La restitution des données dans le milieu a été pour nous une mesure fondamentale et nécessaire pour assurer la rigueur de la recherche. Cette mesure constitue une itération supplémentaire entre le terrain et l'interprétation du chercheur, et non seulement une procédure de fin d'enquête. La restitution des données, sous la forme des histoires de cas, a fait perdurer la collecte de données et a permis de tester la pertinence de la reconstruction du chercheur. À ce stade, l'accord des participants prouve que des acteurs ayant des intérêts divergents s'accordent sur un ensemble de faits comme correspondant à la « réalité ». Par la présentation des histoires de cas aux participants, nous avons pu vérifier s'il y avait accord entre notre compréhension de l'histoire de la collaboration interprofessionnelle et celle des participants.

La procédure utilisée devait respecter le plus possible la confidentialité des informations et ne pas amener la confrontation. Nous avons reçu certaines informations susceptibles de créer des tensions à l'intérieur des équipes, principalement une des équipes où se vivaient d'importantes revendications entre groupes professionnels. Nous étions très consciente et préoccupée de cette situation, toutes les précautions ont été prises pour respecter les personnes en place. Une première version d'une monographie relatant l'histoire de la collaboration interprofessionnelle a d'abord été acheminée au gestionnaire de chaque programme concerné. Une rencontre avec le gestionnaire a eu pour objet de discuter du document, de connaître ses premières réactions et d'apporter les corrections requises. La monographie corrigée a, par la suite, été distribuée aux personnes directement concernées, c'est-à-dire celles qui ont participé aux entrevues. Elles ont été invitées à en prendre connaissance, à nous faire part de leurs premières réactions

individuellement, lors d'un appel téléphonique, et à nous indiquer les informations devant être ajoutées ou retirées. Dans un des trois programmes, la permission a été demandée aux participants d'acheminer la monographie à l'ensemble des intervenants du programme afin d'élargir la discussion, cette décision ayant été prise par le gestionnaire du programme.

Après avoir apporté de nouveau les corrections requises et s'être assurée que l'histoire telle que rapportée correspondait aux perceptions des individus, une rencontre a été organisée au PEF et au MAD. En ce qui a trait au programme des services courants, des circonstances incontrôlables ont empêché la tenue de la rencontre prévue et des changements organisationnels sont survenus au même moment. Lors de ces rencontres d'environ deux heures, le but du chercheur était d'observer les réactions des participants mais aussi la confrontation autour des données que son travail a produites. Le contenu portait sur deux éléments distinctifs soit sur les faits exposés dans l'histoire de cas et sur des résultats préliminaires en terme de propositions théoriques que le chercheur désirait vérifier auprès des participants.

Lors de ces rencontres, chacun développait une argumentation pour expliquer, justifier ou critiquer les faits rapportés. L'ensemble des réactions a été très révélateur des problèmes réels et des enjeux profonds de la collaboration interprofessionnelle. Certains participants ont apprécié cette démarche en ce sens que le cadre d'analyse proposé pour reconstruire les faits apportait un éclairage nouveau à leur compréhension de la collaboration interprofessionnelle. Ils connaissaient bien les faits, mais ils ont apprécié les voir sous cet angle nouveau. Par contre, chez certains participants, particulièrement au programme où la collaboration interprofessionnelle était difficile, une charge émotionnelle importante s'est dégagée lors des rencontres, certaines personnes se sont senties remises en question. C'est une démarche confrontante qui doit être menée en respectant les individus. Chacun a pu pousser sa

réflexion personnelle quant à la collaboration interprofessionnelle et le fait de collectiviser cette réflexion a pu, nous l'espérons, faire cheminer le groupe.

Pour le chercheur, cette étape de la restitution des données a été très importante. Elle nous a permis de saisir certaines distorsions dues au fait que certains individus s'expriment plus que d'autres, ou que certains sont plus revendicateurs que d'autres. Cette constatation est importante, particulièrement dans une recherche où chaque individu représente un groupe professionnel. Cette étape a aussi été extrêmement importante en ce qu'elle a confirmé le fait, d'abord pressenti par la nature des données empiriques, qu'un cadre théorique en sociologie des organisations pouvait apporter un éclairage important à la compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle. Le retour à des éléments théoriques peut aussi garantir la qualité des informations recueillies (Pourtois et Desmet, 1988) et l'utilisation d'un modèle théorique constitue un des moyens pouvant assurer la crédibilité de la recherche.

Quant à savoir si nous atteignons une saturation des données, nous croyons que les trois cas à l'étude sont assez différents les uns des autres pour nous apporter une richesse d'informations mais qu'ils sont en même temps semblables dans les enjeux et contraintes vécus par les acteurs. Une moyenne de huit entrevues ont été conduites pour chaque cas et des observations ont été menées dans deux des trois cas. Pour deux des trois cas, il nous a semblé que la répétition des informations, au fur et à mesure de l'avancement de la collecte indiquait que nous avions atteint une certaine saturation. Il ne faut pas oublier que lorsque nous parlons de collaboration interprofessionnelle, nous référons à un ensemble de relations complexes entre plusieurs acteurs et chaque dyade d'acteurs a une histoire à elle. Quant au troisième cas, de nombreux événements majeurs en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle ont eu lieu en cours de recherche, notamment la dissolution de l'équipe, ce qui nous conduit à dire que dans ce cas, les enjeux et les stratégies se

vivaient au jour le jour et qu'il était difficile, pour les acteurs, de prendre suffisamment de recul devant les événements.

Critère de constance interne

Le critère de constance interne fait référence au critère de fidélité interne qui permet de vérifier la consistance et la fiabilité des mesures. Pour Pourtois et Desmet (1988), il y a constance interne s'il existe une indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques. Le critère de constance interne, tel que défini par Guba et Lincoln (1989) et appelé *dependability*, traite du degré auquel un deuxième chercheur hypothétique, ayant en sa possession les informations recueillies, arriverait à des conclusions semblables. Lors de la présente recherche, nous avons tenu une description précise et détaillée des procédures employées pour récolter et interpréter les données. L'utilisation des notes de terrain, d'un tableau de bord ainsi que l'informatisation de la codification des données permettent de suivre la trace et la logique des décisions. Lors de l'étape de la codification et de l'analyse des matériaux, la constitution d'une banque de définitions des catégories, concepts et thèmes permettent de garder traces des décisions, d'assurer l'uniformité et la rigueur tout au long du processus.

Critère de fiabilité

Selon Pourtois et Desmet (1988), la fiabilité consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur. À la base de la fiabilité, le chercheur reconnaît et met en lumière ses jugements en tant qu'éléments influençant ses analyses et ses interprétations. Guba et Lincoln (1989) parlent de l'engagement du chercheur à s'assurer que ses données, ses interprétations et ses conclusions émergent des contextes et des individus et non pas de son imagination seulement. La fiabilité a été assurée en partie par le choix d'un modèle théorique *a posteriori*, c'est-à-dire d'un

modèle qui a émergé des données empiriques. La fiabilité a aussi été assurée par la réaction et la reconstruction des participants lors de la restitution des histoires de cas.

Critère de transférabilité

Le dernier critère est celui de la transférabilité des résultats, à savoir si les conclusions auxquelles le chercheur arrive peuvent s'étendre à d'autres contextes que celui étudié (Pourtois et Desmet, 1988). On parle aussi de capacité de généralisation. Guba et Lincoln (1989) recommande d'utiliser le concept de "fittingness" à savoir que le critère de transférabilité est jugé par un auditoire à l'extérieur de la situation étudiée qui évalue si les résultats sont signifiants ou non pour eux.

La présente étude a recours au devis de l'étude de cas multiple, soit trois cas différents en terme de mode d'organisation de la collaboration interprofessionnelle. Ce devis a permis de renforcer la qualité de la recherche quant au critère de transférabilité. La description détaillée des sites étudiés aide à estimer le type de similitude entre les sites observés et d'autres sites sur lesquels on voudrait transférer les conclusions. La sélection de participants de différents horizons professionnels a également contribué à la transférabilité des résultats.

3.7 Considérations éthiques

L'entrevue ne commençait pas avant que les participants ne soient assurés de l'anonymat des informations et du fait que leur participation à la recherche pourrait prendre fin en tout temps, selon leur désir. Les participants étaient aussi assurés que le nom du milieu de la recherche ne serait pas dévoilé. Le milieu des CLSC à Montréal est un petit milieu où tout le monde se connaît et, comme nous étions consciente que nous allions dévoiler des informations qui ont un caractère propre et

même intime au CLSC, nous avons avisé que nous tairions l'information qui pourrait permettre de dévoiler l'identité du CLSC. Nous avons ainsi avisé les participants que c'était à eux de décider de mentionner ou non leur participation à la recherche tout en les avisant des raisons pour lesquelles nous ne le ferions pas. Les participants étaient informés que les transcriptions des entrevues leur seraient retournées pour qu'ils puissent apporter les modifications nécessaires. La politique d'accès à l'information de l'établissement a été respectée en ce qui a trait à l'accès aux dossiers des usagers.

Différents problèmes éthiques se posent au chercheur dans ce type de recherche. Premièrement, l'étude de cas fait que l'on interroge des personnes qui travaillent ensemble. Il est possible pour les différents participants identifier d'où proviennent certaines informations, surtout lorsqu'un seul intervenant par profession est interviewé dans chaque cas, ainsi certains participants ont pu reconnaître qui avait dit quoi. Une autre difficulté réside du fait que l'approche organisationnelle porte sur les stratégies des acteurs et donc sur les comportements que le chercheur interprète et qui sont intimes aux intervenants. La méthodologie utilisée voulait qu'une histoire de cas soit rédigée pour chaque cas, qu'elle soit remise aux personnes qui ont fait partie de l'étude et qu'une discussion de groupe s'en suive. Nous avons trouvé cette méthode de recherche délicate, surtout dans un des programmes où la collaboration interprofessionnelle s'est avérée conflictuelle, il nous semble que notre recherche a pu apporter des éléments supplémentaires de stress. Nous avons tenté de réduire le stress, surtout lors de la discussion de groupe mais la rencontre a été vécue difficilement par certains intervenants. Cette stratégie de recherche est possiblement plus appropriée lorsque les participants ont le désir d'apporter des changements dans leur milieu et qu'il y a un engagement en ce sens. Dans les deux autres cas à l'étude, il ne semble pas y avoir eu d'impact important de notre démarche.

4. PERSPECTIVE THÉORIQUE

Le classement et l'analyse des matériaux, et particulièrement la rédaction des histoires de cas, nous ont donné le sentiment de posséder une solide connaissance de nos trois cas. Nous avons rédigé trois histoires de cas qui ont reçu l'assentiment des participants à la recherche comme reflétant bien ce qui se passe dans leur milieu respectif. Nous disposions alors d'une somme importante d'informations sur les facteurs qui influencent la collaboration interprofessionnelle ainsi que sur certains enjeux autour de cette collaboration. Mais nous n'avions pas le sentiment de comprendre suffisamment la nature de la collaboration interprofessionnelle, nous devions pousser plus loin notre compréhension théorique des processus de structuration de cette collaboration. Nous disposions de trois cas, ce qui nous paraissait suffisant pour tenter un essai de modélisation du processus de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Le modèle de l'approche organisationnelle (Friedberg, 1993) a été utilisé pour confronter nos données et les insérer dans une certaine « armature intellectuelle » qui vise à comprendre ce processus.

Selon Friedberg (1993), la compréhension du système dans lequel les intentions et les actions prennent forme et s'actualisent est indispensable à la conduite d'actions plus efficaces. Les travaux de Crozier et Friedberg (1977) sur l'analyse stratégique et, plus particulièrement, ceux de Friedberg (1993) sur l'approche organisationnelle nous ont semblé fondamentaux à la compréhension de la collaboration interprofessionnelle conçue comme un système d'action. L'approche organisationnelle s'inscrit dans le paradigme de la sociologie de l'action dont un des principes est ce que déjà Schumpeter en 1954 appelait *l'individualisme méthodologique* à savoir que, pour expliquer un phénomène social: « il faut retrouver ses causes individuelles, c'est-à-dire comprendre les raisons qu'ont les acteurs

sociaux de faire ce qu'ils font ou de croire ce qu'ils croient » (Boudon, 1992, p. 27).

L'approche organisationnelle se marie bien aux données recueillies en regard de la collaboration interprofessionnelle. Suite à la rédaction des histoires de cas, il nous apparaît que la compréhension en profondeur du phénomène de la collaboration interprofessionnelle passe par la compréhension de la façon dont un groupe d'individus construit son action et la compréhension du contexte dans lequel se construit l'action mais aussi de l'interaction entre ces deux éléments. Nous nous proposons ainsi d'analyser les rapports de collaboration entre les professionnels en tant que forme d'action collective située dans un contexte organisationnel, c'est-à-dire un contexte où l'on tente d'instaurer des mécanismes de régulation des comportements collectifs des acteurs. L'interaction entre les acteurs est vue comme étant tributaire du système social qui existe dans l'organisation et tributaire des règles plus ou moins explicites qui se veulent une façon de créer de l'ordre dans l'organisation; ces règles étant à leur tour influencées par les acteurs à travers des processus de négociation. Les rapports de collaboration sont situés dans un contexte d'action aux frontières formelles fluctuantes.

La collaboration interprofessionnelle a le plus souvent été abordée sous l'angle de la sociologie des professions (macrosociologie) qui propose une perspective plutôt déterministe du rôle des acteurs. La collaboration interprofessionnelle a très peu été traitée sous l'angle de la construction de l'action collective dans laquelle « l'accent est mis sur le processus de déroulement des événements, l'interdépendance de ceux-ci, les significations et les interprétations différentes qu'en ont les acteurs. » (Labourdet, 1992, p. 13).

Nous verrons que les travaux de Crozier et Friedberg (1977) et de Friedberg (1993) fournissent une théorie de l'acteur stratégique qui peut être résumée par la

prémisse suivante à savoir « l'existence d'acteurs empiriques dont les comportements sont l'expression d'intentions, de réflexions, d'anticipations et de calculs et ne sont aucunement entièrement explicables par des éléments antérieurs » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 193). L'approche organisationnelle s'inscrit dans le prolongement d'une réflexion amorcée sur l'étude des organisations par Crozier (1964) dans le *Phénomène Bureaucratique*. Cette réflexion a été poursuivie dans *L'acteur et le système* (Crozier et Friedberg, 1977) et plus récemment dans *Le Pouvoir et la Règle* (Friedberg, 1993).

4.1 L'analyse stratégique

L'approche organisationnelle est issue de l'analyse stratégique énoncée par Crozier et Friedberg (1977), elle permet de répondre à certaines critiques à l'endroit de l'analyse stratégique. C'est dans *L'acteur et le système* (1977) que Crozier et Friedberg exposent pour la première fois la notion d'analyse stratégique. Celle-ci consiste essentiellement à étudier les relations de pouvoir entre les divers acteurs de l'organisation; la prémisse étant que l'organisation est un construit d'action collective. Dans l'organisation, les acteurs font face à des contraintes. Ces contraintes laissent place à des zones à l'extérieur des contraintes où les acteurs utilisent des stratégies pour se donner une certaine marge de manoeuvre. L'analyse stratégique repose sur la prémisse qu'il n'y a pas de systèmes sociaux entièrement réglés ou contrôlés. Pour comprendre la structuration des relations, il faut partir des jeux des acteurs et des contraintes pour mettre en évidence les stratégies des acteurs qui constituent le « jeu de la coopération conflictuelle ». Pour y arriver les auteurs accordent une place prépondérante aux relations de pouvoir entre les différents groupes d'acteurs.

Le concept de stratégie est central, mais il s'agit d'une stratégie dont les objectifs ne sont pas toujours clairs et les projets pas toujours cohérents. En fait, ils le sont rarement. En effet, le comportement de l'acteur est actif et rationnel mais cette rationalité se modifie en regard des opportunités que lui offre son contexte de travail, en particulier le comportement des autres acteurs avec qui il est en interaction. Les comportements de l'acteur peuvent être offensifs ou défensifs, afin de maintenir sa marge de manoeuvre et sa liberté d'action. Pour comprendre la stratégie de l'acteur, il faut tenter de dégager les régularités de ses comportements (Crozier et Friedberg, 1977).

Les trois principaux concepts sur lesquels s'articulent l'analyse stratégique sont le pouvoir, l'incertitude et le système d'action. La définition de pouvoir de Crozier et Friedberg (1977) est emprunté à Dahl (1957), c'est une définition relationnelle du pouvoir. Les travaux de Crozier et Friedberg montrent que certains acteurs ont du pouvoir sur d'autres par le simple fait que le comportement de ces derniers est étroitement limité par des règles tandis que celui des premiers l'est beaucoup moins. Autrement dit, le pouvoir d'un acteur sur l'autre dépend de l'imprévisibilité de son comportement face à son partenaire. Les relations de pouvoir se fondent sur la notion d'incertitude des comportements dans l'organisation. Bernoux (1989) note que, pour Crozier et Friedberg, le pouvoir s'appuie aussi sur la notion de légitimité, concept wébérien qui fait en sorte que l'analyse stratégique reprend à son compte l'idée que le sens que l'acteur donne à son action permet de comprendre l'organisation. Lazega (1994) souligne que Crozier et Friedberg distinguent entre le pouvoir et l'autonomie. Le premier étant le contrôle de ressources pertinentes qui permet de mettre l'autre en position d'incertitude alors que le second est la capacité d'éviter que d'autres soient en position de contrôler des ressources dont l'acteur a besoin.

La notion d'incertitude, selon Crozier et Friedberg (1977), n'est pas l'incertitude reliée aux événements ou turbulences externes ou internes auxquelles sont soumises toutes les organisations mais elle désigne l'incertitude que tout acteur utilise pour que ses partenaires d'interaction ne puissent deviner son jeu. Contrairement aux auteurs structuro-fonctionnalistes qui insistent sur la conformité aux attentes et sur l'ajustement des rôles, Crozier et Friedberg misent sur l'imprévisibilité que chacun laisse planer sur la manière dont il remplira son rôle, donc imprévisibilité qui permet d'augmenter sa marge de manoeuvre tout en contrôlant celle de l'autre (pouvoir et autonomie). Cette liberté est toutefois limitée par les règles du jeu, cet ensemble de mécanismes qui définit le cadre d'interaction des partenaires. Les notions de jeu et de règles du jeu sont utiles car elles permettent d'articuler les contraintes de l'organisation et la liberté des acteurs.

Le troisième concept central à l'analyse stratégique est celui de système d'action concret défini par Crozier et Friedberg (1977) et repris par Friedberg (1993) comme désignant:

...des structures d'action collective par lesquelles sont « organisées » les espaces d'action, c'est-à-dire sont construits et perpétués les ordres locaux grâce auxquels les acteurs parviennent à stabiliser au moins provisoirement leurs négociations et leurs interactions stratégiques.
(p.109)

Le système d'action renvoie donc à l'idée de stabilité des jeux, de coordination de l'action et à l'équilibre entre le changement des structures et leur maintien. Cette façon d'envisager la compréhension d'une organisation ou d'une structure d'action collective a été critiquée à savoir que l'on ne tenait pas assez compte de l'effet de système. En effet, l'interdépendance des comportements individuels crée des « effets de système » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 198), d'où la nécessité de compléter le raisonnement stratégique par le raisonnement systémique.

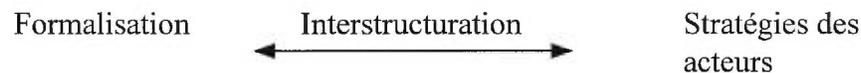
Le raisonnement systémique consiste à considérer les relations de causes à effets non pas linéaires mais interdépendantes à l'intérieur du système. D'autres critiques ont questionné les auteurs sur l'absence des déterminants sociaux, économiques, politiques et psychologiques sur les relations de pouvoir dont traite abondamment l'analyse stratégique.

Friedberg (1993), par l'approche organisationnelle, répond à un certain nombre de ces critiques, entre autre par ce qu'il nomme le « démontage de l'organisation »; en élargissant la notion d'organisation formelle à toutes formes d'action collective plus diffuses; par une perspective plus dynamique à l'analyse de l'organisation; par une considération plus grande des structurations englobantes; et par l'adoucissement de la notion de pouvoir. Nous en traitons dans les prochaines parties.

Selon Crozier (1990) une des difficultés d'utilisation de l'analyse stratégique a toujours été le fait que les concepts d'ordre et d'intégration sont remis en question et non seulement les qualités de l'ordre et de l'intégration. Selon Crozier (1990), nous n'avons pas dépassé nos habitudes de penser en terme de causalité linéaire pour penser en terme de système. Et il est encore plus difficile, selon lui, de penser en terme de système lorsque la principale source de connaissance sont les données empiriques recueillies par l'observation et le questionnement des comportements humains. « Mais c'est à ce prix seulement que nous garderons ou retrouverons le contact avec le réel. La sociologie doit obéir au principe de réalité » (Crozier, 1990, p. 316).

4.2 L'approche organisationnelle

Pour Friedberg (1993), le problème central de toute organisation est la construction de la coopération à savoir la création de mécanismes empiriques au sein d'un univers de rapports humains. Ces mécanismes tentent de stabiliser les conduites afin d'arriver à une coopération qui soit la moins conflictuelle possible. Pour comprendre ces rapports et les mécanismes de stabilisation qui permettent la coopération, Friedberg (1993) propose l'approche organisationnelle dont le point central est le processus d'interinfluence ou d'interstructuration entre les tentatives de formalisation et les stratégies des acteurs qui désirent, pour différentes raisons, influencer ou modifier la structure.



Friedberg (1993) met l'accent sur le caractère dynamique du phénomène organisationnel « comme processus de structuration et de restructuration des contextes d'action dans lesquels se déploie l'action collective des hommes » (p. 11). Un des apports de Friedberg à l'analyse stratégique est ce qu'il appelle le « démontage de la notion d'organisation » ou encore sa déconstruction, à savoir que pour Friedberg, toute forme d'action collective constitue un système d'action concret. L'organisation en est une des formes, qui peut-être plus ou moins construite, c'est-à-dire plus ou moins formalisée.

4.2.1 Une armature intellectuelle pour explorer la réalité empirique

Une mise en garde est toutefois nécessaire dès le départ. Nous avons choisi d'analyser la collaboration interprofessionnelle à partir de l'approche organisationnelle tout en étant consciente, que cette approche reconnaît en l'action

collective un phénomène toujours contingent et provisoire. Il s'agit d'ailleurs de son point de départ. Si le problème est toujours général, Friedberg (1993) soutient que sa solution est toujours spécifique à une situation donnée. Les résultats obtenus par l'approche organisationnelle seront, par le fait même, des résultats contingents liés à un processus heuristique. Cette approche nous propose une compréhension de l'action collective qui renferme des limites quant à la transposition des résultats puisque l'action est structurée par un ensemble de rapports qui se produisent à un moment donné dans une situation particulière, et donc qui sert à formuler des propositions qui n'ont qu'une validité locale. Cette critique a été formulée à l'égard de l'analyse stratégique (Durand et Weil, 1989) et de l'individualisme méthodologique (Labourdette, 1992) à savoir que la méthode individualiste, ou à la rigueur une méthode portant sur les petits groupes, risque d'être réductrice. Friedberg (1993) reprend cette critique et confirme que l'approche organisationnelle de l'action sociale constitue: « ... une armature intellectuelle pour explorer la réalité empirique, pour mettre en évidence et explorer des faits, et pour pouvoir ainsi respecter la particularité du contexte d'action qu'elle veut étudier » (p. 21). Crozier (1990) aussi reconnaît le caractère heuristique de ce type de démarche qui peut apparaître d'un intérêt limité du fait de son caractère trop exclusivement monographique et qui, selon lui, impose des choix difficiles car elle demande au chercheur de discerner de façon intuitive des situations clefs qui permettront de mettre en lumière des mécanismes de régulation.

Friedberg (1993) aborde donc avec réserve la capacité de l'approche organisationnelle à générer de nouveaux modèles ou de nouvelles théories. Son but est d'abord et avant tout une démarche heuristique de compréhension d'un phénomène qui, selon l'auteur, trouve sa richesse dans le fait que cette démarche soit suivie d'une mise en oeuvre des connaissances produites dans le contexte d'action même. Il s'agit donc d'accepter, dès le départ, que l'approche organisationnelle ne

nous servira pas à produire un modèle substantif de la collaboration interprofessionnelle mais qu'elle permettra de produire une démarche de compréhension de ce phénomène complexe qu'est la collaboration interprofessionnelle. L'approche organisationnelle n'a pas pour fonction ici de générer des hypothèses mais de contribuer à l'intelligibilité d'un phénomène. Cette démarche de compréhension pourrait être utilisée par d'autres acteurs qui désirent comprendre différents contextes d'action spécifiques dans lesquels des professionnels de la santé interagissent. Ceci en soi est un apport pour les organisations de la santé qui sont aux prises, et qui le seront de plus en plus, avec la structuration des rapports interprofessionnels.

... il s'agit de produire une connaissance concrète sur la réalité humaine sous-jacente à l'organisation en vue d'assister ses dirigeants à concevoir et à mettre en oeuvre un processus d'apprentissage et de développement des capacités de tous les participants à jouer différemment le jeu de la coopération et du conflit qui est la trame de l'action organisée (Friedberg, 1992, p. 382).

4.2.2 Contexte d'action et système d'action concret

L'approche organisationnelle est une manière de concevoir d'abord l'organisation comme un contexte d'action collective et de tenter de comprendre les *processus d'organisation* de ce contexte d'action. Friedberg (1993) définit les processus d'organisation:

Dans tous les cas, la question porte bien sur les *processus d'organisation*⁹ par lesquels sont façonnés, stabilisés et coordonnés les comportements et les interactions stratégiques d'un certain nombre d'acteurs dont l'interdépendance rend la coopération indispensable, mais qui gardent tous un degré d'autonomie et continuent pour toutes sortes de raisons, à poursuivre des intérêts divergents (p. 11-12).

Ces processus d'organisation correspondent à la notion de système d'action concret définie par Crozier et Friedberg (1977). Le contexte d'action quant à lui est défini comme:

... le cadre à l'intérieur duquel se déploient, s'entrechoquent et s'articulent les unes aux autres une multitude de stratégies de comportements au service d'une multitude de rationalités et d'intérêts, sinon toujours contradictoires du moins divergents ou, pour le dire de façon encore plus neutre, non spontanément convergents (Friedberg, 1993, p. 109).

Le coeur de l'approche organisationnelle est de viser à comprendre ces mécanismes qui façonnent ou structurent l'action. Deux types de mécanismes sont identifiés: les mécanismes reliés à la formalisation et les mécanismes reliés aux systèmes humains. Les mécanismes reliés à la formalisation sont élaborés pour conférer un certain ordre aux interactions entre les acteurs. Ces derniers ont beau avoir des intérêts divergents, il n'en reste pas moins qu'ils travaillent en interdépendance et qu'ils doivent ainsi s'assurer d'un minimum d'ordre et de régularité. La formalisation existe à divers degrés et prend différentes formes. Les formes les plus traditionnelles sont celles reliées à la structure formelle; celle-ci définit les règles de conduite (organigramme, procédures, partage des responsabilités) tentant ainsi de réguler l'action collective. La structure n'est toutefois pas indépendante des systèmes humains qui la façonnent.

⁹ En italique dans le texte.

Un deuxième type de mécanismes est relié aux systèmes humains et c'est l'ensemble des stratégies qu'utilisent les acteurs pour construire leur action collective en interaction les uns aux autres. Les acteurs sont vus comme des acteurs *stratégiques* car ils interagissent dans un contexte d'interdépendance et ils doivent à l'intérieur de cette interdépendance se ménager une certaine marge de manoeuvre.

La liberté de l'acteur

La vision de l'acteur est à la fois définie par l'intériorisation du social, c'est-à-dire que son action est la réalisation des normes et des valeurs institutionnalisées dans des rôles intériorisés, entre autres des rôles professionnels. L'acteur est aussi défini comme un acteur autonome dont les conduites ne sont pas réductibles à l'application de codes intériorisés, ces conduites étant le fruit de rationalités individuelles et d'interactions avec des partenaires sociaux. Tout comme dans l'analyse stratégique, l'un des postulats de l'approche organisationnelle est la liberté des acteurs.

... un AGENT LIBRE¹⁰ ayant ses propres buts. Pour les atteindre, il poursuit sa propre stratégie, c'est-à-dire qu'il utilise les ressources dont il dispose de la façon la plus judicieuse possible, compte tenu des contraintes du moment (Friedberg, 1988, p. 24).

Donc une liberté qui permet le jeu de la collaboration mais une liberté limitée par les contraintes du système d'action et aussi limitée par des structurations plus englobantes, qui préstructurent le jeu (Massicotte, 1995). Cette liberté, l'acteur doit la préserver et se ménager une marge de manoeuvre. Pour ce faire, il entrera en négociation avec ses « partenaires/adversaires » pour tenter de les influencer en regard de ses propres intérêts. Il élaborera aussi des stratégies pour infléchir ou contourner plus ou moins consciemment la structure, employée ici au sens de règles, qui contraint son action. Pour Friedberg (1993), la structure est plutôt contraignante,

¹⁰ En majuscule dans le texte.

elle peut être facilitante et harmonisatrice lorsque les acteurs ont acquis un certain degré de conscience des systèmes de régulation et que la structure est ainsi rendue explicite. De façon paradoxale, plus il y aura de règles rigides qui tenteront de contraindre les acteurs, plus ceux-ci élaboreront des stratégies pour contrer la structure. La formalisation entraînera ainsi un ensemble de mécanismes informels de régulation. C'est ce que Friedberg appelle les mécanismes d'interstructuration.

La notion de pouvoir est au coeur de l'approche organisationnelle. Pour Friedberg (1993), le pouvoir reste toujours au coeur de l'action des individus: « Le pouvoir comme fondement de l'action organisée » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 64). C'est l'idée de ressources inégales qui crée la relation de pouvoir. Dans ses écrits récents, Friedberg (1993) adoucit la notion de pouvoir en le conceptualisant comme un échange négocié. La représentation symbolique du pouvoir comme échange négocié nous amène à considérer l'acteur non seulement comme cet être stratégique qui tente avant tout de répondre à ses intérêts personnels mais elle permet de concevoir que les négociations entre les acteurs peuvent aussi tenir de l'engagement, que des liens affectifs peuvent se former même entre acteurs en négociation. Friedberg (1993) définit ainsi le pouvoir:

Dans tout champ d'action, le pouvoir peut se définir comme l'échange déséquilibré de possibilités d'action, c'est-à-dire de comportements entre un ensemble d'acteurs individuels et /ou collectifs (p. 113).

...le pouvoir peut et doit donc être défini comme la capacité d'un acteur à structurer des processus d'échange plus ou moins durables en sa faveur, en exploitant les contraintes et les opportunités de la situation pour imposer les termes de l'échange favorables à ses intérêts. C'est un échange négocié de comportements qui est structuré de telle sorte que tous les participants en retirent quelque chose, tout en permettant à quelqu'un (ou quelques-uns) d'en retirer davantage que les autres (p. 117-118).

Selon Friedberg (1993), une telle définition du pouvoir a certaines implications. Elle met l'accent sur la nature relationnelle et non transitive du pouvoir. Le pouvoir ne peut être possédé mais exercé, il s'exprime dans une relation et il est inséparable de cette relation. Cette définition souligne aussi le lien entre pouvoir et dépendance ou interdépendance. Tout comme il n'y a pas de pouvoir sans relation, il n'y a pas de relation sans échange. C'est la dimension instrumentale du pouvoir à savoir qu'un individu ne noue pas une relation de pouvoir gratuitement mais bien dans le but d'obtenir la coopération de l'autre pour la réalisation d'un projet: « ...pouvoir et coopération ne sont donc pas contradictoires, mais sont la conséquence naturelle l'un de l'autre » (Friedberg, 1993, p. 115).

Finalement, cette définition du pouvoir met en évidence la nature bilatérale du pouvoir et même sa nature multilatérale. En effet, si le pouvoir est conçu en tant qu'échange négocié, il ne peut être unilatéral puisqu'il est indissociable des processus d'échange négocié, il comporte toujours un élément de réciprocité. Les acteurs ne sont pas toujours conscients de cette négociation et ils n'ont pas besoin de l'être.

Friedberg (1993) mentionne que le pouvoir d'un acteur, c'est-à-dire sa capacité à structurer le processus d'échange en sa faveur provient de deux sources soit: 1) la pertinence des possibilités d'action, c'est-à-dire du contrôle et de la gestion des problèmes sur lesquels bute la réalisation du travail et 2) la liberté ou la zone d'autonomie dont chacun dispose dans ses transactions avec les autres et qui détermine la prédictibilité ou la non prédictibilité de son comportement. Plus l'imprévisibilité est grande, plus la zone d'autonomie sera grande.

Les individus sont placés en position de coopération¹¹ par rapport à des problèmes qu'ils ont à résoudre; problèmes dans le sens d'événements ou de

¹¹ Friedberg utilise le terme de coopération pour désigner la nature des rapports entre des individus qui sont en situation de construire leur action. Dans notre étude, le terme de collaboration

dispositifs imprévisibles quant à leur survenue et à leur fonctionnement. Ces problèmes comportent une part d'imprévisibilité et donc des zones d'incertitude autour desquelles les acteurs construisent leur action. Les zones d'incertitude découlent en fait des problèmes que posent la « coopération conflictuelle ». Certains individus peuvent vouloir s'aménager des zones d'incertitude, c'est-à-dire des zones de liberté et de contre-pouvoir.

En résumé, les échanges qui se produisent entre acteurs sont basés sur la négociation et sur le pouvoir. Les acteurs poursuivent chacun des intérêts divergents et ont besoin d'une marge de manoeuvre pour pouvoir répondre à leurs aspirations dans un système d'action que l'on tente, d'autre part, de réguler et de stabiliser le plus possible. Pour se ménager cette marge de manoeuvre, les acteurs développent des stratégies qui leur permettent d'utiliser ce pouvoir. Pour ce faire, il doivent être en mesure de contrôler le plus possible les zones d'incertitude autour desquelles les échanges négociés prendront place.

4.2.3 L'organisation et son environnement

La notion de structurations englobantes est intégrée par Friedberg (1993) à l'approche organisationnelle pour répondre à la critique faite envers l'analyse stratégique qui, selon ses détracteurs, ne tenait pas suffisamment compte du système social dans lequel se trouve l'organisation. Crozier et Friedberg (1977) avaient, à l'époque, pris cette position afin de contrer les positions déterministes de l'approche fonctionnaliste. Les structurations englobantes font référence à un ensemble de structures et de régulations, au-delà du contexte d'action, qui pré-structurent et restreignent l'action des acteurs. L'acteur n'est toutefois pas conçu comme une

interprofessionnelle correspond à la notion de coopération, c'est-à-dire à la nature des rapports entre des professionnels qui sont en situation d'interdépendance dans la prestation de services, donc qui tentent de construire leur action.

éponge dont les comportements sont prédéterminés par ces structures englobantes mais bien comme un individu qui en subit l'influence en ce sens que sa rationalité en tiendra compte. Boudon (1988) réfère aussi à ces structurations englobantes lorsqu'il parle d'effet de position et d'effet de disposition. Boudon en fait une rationalité *située*.

Dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle, les influences des systèmes éducationnel, professionnel, juridique et politique correspondent à cette notion de structurations englobantes en ce sens qu'elles pré-structurent les systèmes d'action concrets.

4.2.4 Les stratégies des acteurs et la notion de jeu

Friedberg (1993) reprend les grandes idées élaborées dans *l'Acteur et le Système* (1977), notamment le concept central de « jeux des acteurs », jeux plus ou moins stabilisés et toujours contingents. Le contexte d'action offre ainsi un ensemble de contraintes et d'opportunités et l'acteur jouit d'une liberté face à ces contraintes et opportunités.

Les espaces d'action se composent d'acteurs qui pensent, même s'ils n'ont pas toutes les données; qui ont des intentions même s'ils ne parviennent pas toujours, loin de là, à leurs fins; qui sont capables de choix ne serait-ce qu'intuitivement; et qui peuvent s'ajuster intelligemment à une situation, ou du moins à la cognition (perception) qu'ils en ont et déployer leur action en conséquence (Friedberg, 1993, p. 197).

Donc nous avons affaire à des acteurs stratégiques qui font des hypothèses sur les intérêts, les désirs ou les projets de leurs partenaires; des êtres actifs qui tout en s'adaptant aux règles du jeu de leur contexte d'action, les modifient à leur tour par leur action. On accorde ainsi aux acteurs une certaine autonomie et une distance par

rapport à leurs expériences passées et par rapport aux attitudes, normes et valeurs que ces expériences leur ont inculquées. D'où le concept de jeu défini comme « un mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations de pouvoir et les régularisent tout en laissant- en se laissant- leur liberté » (Friedberg, 1993, p. 97). On affirme ainsi que l'acteur choisit dans un ensemble de possibles et qu'il possède une stratégie inscrite dans un jeu à découvrir puisque la situation est sans cesse actualisée.

4.2.5 Trois déficits

Selon Friedberg, la théorie classique a sous-estimé la notion de jeu de l'acteur et la complexification de l'organisation qui en découle. À cet effet, il identifie trois déficits au regard de la théorie classique: les déficits de rationalité, d'interdépendance et de légitimité. Ces trois déficits s'appliquent à toute action collective. Friedberg insiste pour considérer ces déficits, car il conçoit les organisations comme construits de relations de pouvoir dans lesquels les stratégies des acteurs visent à assurer l'intégration des rationalités limitées.

4.2.5.1 Rationalité

On ne peut parler de l'acteur sans aborder la notion de rationalité. Herbert Simon, cité par March (1978), a conçu l'acteur comme disposant d'une rationalité limitée, il a eu une grande influence sur Friedberg. Pour ce dernier, il ne s'agit pas d'opposer rationalités et irrationalités mais bien de reconnaître des rationalités multiples, voire contradictoires. Cette notion de rationalité limitée traite de ce que « les individus et les groupes simplifient un problème de décision du fait des difficultés à anticiper ou à considérer toutes les alternatives et toute l'information »

(March, 1978, p. 233). Les individus sont ainsi placés dans des situations où ils doivent se contenter de faire des choix satisfaisants et non optimaux.

Leur rationalité est donc elle aussi irréductiblement limitée, c'est-à-dire qu'elle est le produit d'un mélange complexe d'affectivité, de routines apprises et intériorisées par socialisation, de considérations morales et éthiques, et de stratégies et calculs instrumentaux. (Friedberg, 1993, p. 107).

4.2.5.2 Interdépendance

Les liens qui relient les acteurs n'ont pas tous la même intensité, ni la même fréquence, ni la même importance. Il y a hétérogénéité, discontinuité, voire rupture. Cela d'autant plus que dans leur tentative de protéger, voire d'augmenter leur autonomie et leur capacité d'action, tous les participants d'une organisation cherchent à limiter leur dépendance à l'égard des autres en « découplant » leurs fonctions ou leurs tâches de celles des autres. Une autre caractéristique liée à la notion d'interdépendance est le fait que les acteurs sont au moins partiellement conscients de leur interdépendance, ils ne peuvent l'ignorer et en faire abstraction. Ils ont plutôt tendance à vouloir anticiper les conduites de leurs partenaires. D'autre part, les préférences sont elles-mêmes en partie construites dans l'interdépendance.

4.2.5.3 Légitimité

Les objectifs des acteurs découlent de valeurs, de normes et de toutes sortes de justifications techniques et sociales. Ces justifications ne suffisent pas à réguler tous les comportements.

Les organisations sont des montages complexes... On n'est jamais en présence de mesures/ règles/ structures tirant leur légitimité de considérations techniques uniquement: s'y mêlent toujours aussi des considérations d'opportunité « politique », au sens de la gestion des rapports de pouvoir et d'accommodement des compromis nécessaires entre des logiques d'action et des registres de justification (Friedberg, 1993, p. 108).

La légitimité n'est jamais acquise définitivement, elle peut toujours être remise en question par des développements soit d'intérêts nouveaux, de systèmes de justification locaux ou groupaux. Reynaud (1989) applique à la notion de légitimité, la typologie des pouvoirs de Max Weber. Pour Reynaud (1989), les différentes sources de légitimité, parce qu'elles sont liées à un pouvoir et qu'elles en permettent l'exercice, sont des ressources à la disposition de ceux qui veulent exercer ce pouvoir. Le déficit de légitimité se traduit pour l'organisation par un déficit d'adhésion aux buts organisationnels et pour les individus par un déficit dans la reconnaissance de leurs responsabilités.

À cause de ces trois déficits, certaines caractéristiques de l'organisation disparaissent par exemple, leurs frontières deviennent plus floues. L'ordre interne de l'organisation est soumis à ces trois déficits et à l'ambiguïté propre à tout processus de décision. Le contrôle hiérarchique est d'une certaine façon relativisé, le conflit est accepté comme inévitable et le « découplage » est vu comme étant général. L'organisation se complexifie.

4.2.6 L'analyse des systèmes d'action concrets

Pour ces raisons et à cause du « démontage » de l'organisation dont nous avons discuté plus tôt, Friedberg (1993) propose de laisser de côté les typologies d'organisation, pour analyser le degré d'organisation d'un système d'action concret, et c'est là un apport important de l'approche organisationnelle. Il propose de

considérer quatre composantes, plus précisément quatre continuum, dans l'analyse et la compréhension de l'organisation. En effet, l'organisation étant considérée comme un « ensemble de mécanismes qui définissent la pertinence des « problèmes » et qui organisent, médiatisent et régulent les interdépendances et les processus d'échanges » (p. 156), Friedberg propose de mener l'analyse non pas en terme de l'existence ou non de ces mécanismes mais bien en terme de leur gradation. Les quatre continuum sont: 1) le degré de formalisation et de codification de la régulation, 2) le degré de finalisation de la régulation, 3) le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation par les participants et 4) le degré de conscience de la délégation explicite de la régulation. La première dimension a trait au monde de l'action formalisée et les trois autres dimensions traitent du monde des rapports humains.

4.2.6.1 Le degré de formalisation et de codification de la régulation

Le continuum de la formalisation et de la codification de la régulation porte sur les règles de conduite plus ou moins explicites qui tentent de régulariser et de stabiliser l'action par la structure formelle (structures, règles, procédures, description de tâches). La formalisation renvoie à la partie formelle et codifiée de la structure. Elle correspond à la volonté de la direction de contrôler et de rationaliser les divers aléas et incertitudes du travail. Selon Friedberg (1993), la formalisation n'est pas le fruit de la seule volonté de la direction. Elle trouve sa force dans la mesure où elle est reprise et intégrée par les acteurs qui l'utilisent aussi comme protection et comme ressources dans les négociations, « elle est le produit d'une négociation entre ses membres, elle est l'expression cristallisée et codifiée d'un rapport de force et d'un compromis entre les participants, qu'elle a en même temps pour fonction de figer » (Friedberg, 1992, p. 533). Mais, il est aussi reconnu que la formalisation, justement en tentant de réguler les incertitudes, engendre ses propres problèmes, c'est-à-dire les

incertitudes créées par sa propre mise en oeuvre. Selon Friedberg (1992), la formalisation ne réussit jamais à éliminer les incertitudes, elle ne fait que les déplacer.

4.2.6.2 Le degré de finalisation de la régulation

Le continuum de la finalisation renvoie à l'existence des buts formulés et à l'articulation des mécanismes de régulation autour de ces buts. Il s'agit du degré auquel les participants intériorisent et intègrent le résultat de leur coopération comme but de leur action, c'est-à-dire mettent leurs transactions au service de ces buts, en acceptant lorsque nécessaire de faire des concessions face à leurs partenaires/adversaires d'interaction.

Tout système d'action concret a des résultats, ne serait-ce que le maintien du système lui-même. Mais la mise en évidence et la prise en considération de ces résultats par les participants augmenteront l'intégration réelle du système sans que s'accroisse nécessairement sa formalisation (Friedberg, 1993, p. 157).

4.2.6.3 Le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation

Cette dimension traite de la prise de conscience par les participants de leurs interdépendances et de la nécessité de réguler ces interdépendances. Elle renvoie à deux plans: 1) la prise de conscience de la régulation par les instruments et dispositifs de mesure et d'évaluation qui rendent visibles les performances respectives des « interactants » ainsi que les résultats de la coopération ou de la non-coopération (ce point est déjà abordé dans la finalisation) et 2) la prise de conscience de l'interconnaissance des acteurs et du degré d'information dont ils disposent les uns sur les autres. Cette connaissance conditionne leur capacité d'anticipation des stratégies réciproques: «... le degré élevé d'interconnaissance et d'intercontrôle autorise un haut degré de confiance et un fonctionnement très souple » (Friedberg,

1993, p. 159). La notion de production de la connaissance comme bien collectif peut être ajoutée à cette dimension. Selon Favereau (1994), pour qu'un acteur accepte de s'investir, il devra être protégé de la défection de ses partenaires d'interaction. C'est à cette condition qu'il acceptera de partager les connaissances et les informations qu'il a accumulées dans l'exercice de sa tâche, d'en faire un bien collectif. Cette protection peut donner naissance à des apprentissages organisationnels.

4.2.6.4 Le degré de délégation explicite de la régulation.

Selon Friedberg (1993), la régulation d'un système d'action est toujours partiellement endogène et partiellement exogène et liée à l'existence de « régulateurs » plus ou moins officiels. Partiellement endogène, en ce sens que l'on y retrouve toujours des agents intégrateurs, c'est-à-dire des acteurs qui sont en position d'arbitre entre les intérêts conflictuels des participants. Ces agents intégrateurs assurent une partie de la régulation en ce sens qu'ils opèrent des ajustements entre acteurs.

La régulation est aussi partiellement exogène en ce sens que les interdépendances entre les acteurs ne se développent pas dans un vacuum. Elles font partie de systèmes sociaux plus larges qui dictent en partie le comportement des acteurs à travers certaines règles de jeu mais aussi par la légitimité sociale des acteurs à adopter certains comportements. Il n'existe pas de système d'action qui ne soit sous l'influence de tiers garant qui intervient dans les transactions des participants. Ces transactions obéissent à des contraintes extérieures et à des autorités explicites. Quel que soit son degré de formalisation, la régulation est ainsi partiellement endogène et partiellement exogène.

Ces quatre dimensions permettent d'ordonner les systèmes d'action sur un continuum qui varie de processus d'échange et de jeux de négociation inconscients à

une régulation consciente et explicite quant à ses formes de structuration. Nous venons d'examiner les traits essentiels de l'approche organisationnelle de Friedberg, tout en étant consciente que nous avons à certains égards simplifiés sa pensée. La pensée de Friedberg est une pensée complexe. L'intelligibilité d'une situation stratégique ne peut se satisfaire d'une pensée linéaire. C'est dans ce cadre de la globalité et de la complexité que nous voulons situer notre étude de la collaboration interprofessionnelle. Cela n'implique pas que nous allons en tout point suivre le modèle. D'une part, nous devons considérer les critiques apportées à cette approche et d'autre part, nous laisserons les données empiriques nous guider. Par exemple, dans l'étude de la collaboration interprofessionnelle il apparaît pertinent de considérer l'acteur collectif. En effet, sans adhérer à la thèse déterministe des rôles professionnels, notre connaissance de la situation et notre problème de recherche nous indique que l'analyse doit considérer aussi bien les groupes professionnels que les individus sinon davantage. De même, il faudra mieux comprendre l'insertion des systèmes d'action locaux et leurs influences sur les systèmes englobants, sans toutefois confondre acteurs collectifs et structures englobantes.

* * *

4.3 Notre modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle

Sur le terrain, nous avons observé des modifications incessantes des règles et mécanismes de collaboration. Plus nous nous engageons dans l'analyse des données, plus il nous paraissait évident que nous devons traiter de la nature construite de la collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire des processus de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Les écrits de Friedberg (1993) permettaient de traiter nos données sous cet angle. C'est ainsi que nous avons reformulé notre conception de la collaboration interprofessionnelle.

La collaboration interprofessionnelle est ainsi conçue comme la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations ainsi que sur les influences externes à l'aire de travail.

Le va-et-vient ininterrompu entre nos données empiriques, présentées dans les histoires de cas, l'approche organisationnelle et la construction des études de cas a fait en sorte de dégager progressivement les éléments sous-jacents à la collaboration interprofessionnelle. Tout en restant fidèle aux quatre dimensions proposées par Friedberg, nous proposons un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle devrait permettre à tout observateur qui désire comprendre la collaboration interprofessionnelle dans un autre milieu de le faire à travers ce modèle et c'est là un apport important de notre étude. Il ne s'agit pas d'un

modèle prédictif mais d'un modèle qui vise la compréhension des enjeux et des contraintes de la collaboration interprofessionnelle.

Nous exposons maintenant le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle que les données empiriques et notre réflexion théorique nous ont amenée à concevoir. Les contraintes de la rédaction d'une thèse et le souci de fournir toutes les pièces de notre méthodologie nous imposent de le faire ici, antérieurement à la présentation de chacune des études de cas. Cela ne signifie pas que dans le processus effectif de notre recherche, ce modèle se soit élaboré définitivement avant même de procéder à l'analyse. Au contraire, son développement a progressé tout au long de l'analyse. Nous le précisons car les chapitres suivants sont le fruit de ce mouvement de va-et-vient entre le modèle et nos données empiriques.

Suite à notre réflexion théorique et à l'analyse des données empiriques, nous retenons les quatre dimensions de l'approche organisationnelle de Friedberg. En effet, un aspect important de l'approche de Friedberg est de proposer une autre façon de catégoriser l'organisation, non plus seulement selon son degré de formalisation mais en accordant toute son importance aux rapports humains, à l'action collective.

Nous traitons toutefois certaines de ces dimensions différemment de Friedberg, notamment pour les dimensions de formalisation et de délégation. Pour expliquer notre position, il faut revenir à l'argumentation de Friedberg. L'intention de Friedberg est de démontrer que, quelle que soit la nature du système d'action (un système classique comme l'organisation ou un système plus flou comme le marché), trop souvent la notion de formalisation exerce une partition artificielle, elle introduit une rupture dans les contextes d'action: « ...d'un côté, le monde de l'organisation formalisée...; de l'autre le monde du « marché » ou celui de l' « action collective ou du « mouvement social » » (p. 142-143). Selon Friedberg, dans les organisations formelles, on accorde beaucoup d'importance à la formalisation comme mécanisme

de régulation alors que dans les systèmes plus diffus (marché), on met l'accent sur les mécanismes d'échanges. Friedberg veut justement démontrer que, quel que soit le contexte d'action, organisation classique ou marché, quatre dimensions doivent être considérées comme mécanismes de structuration de ces contextes. De ces quatre dimensions, l'une traite de l'univers formel et structuré de l'action alors que les trois autres traitent du monde des rapports humains. Selon Friedberg, la différence n'est pas dans l'existence ou la non existence de tels mécanismes mais dans la gradation de leurs caractéristiques.

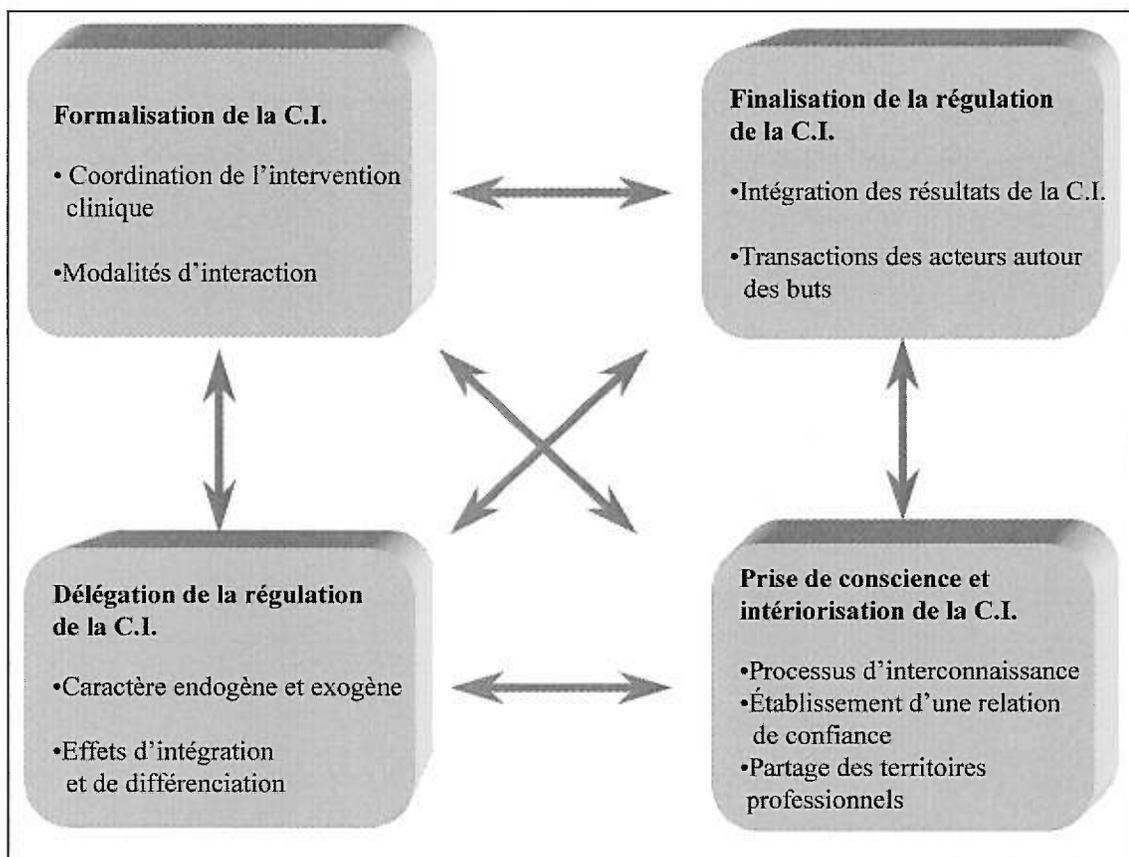
C'est ici que nous prenons quelque distance par rapport à Friedberg. La notion de degré, tel que proposé par Friedberg s'avère moins pertinente, et ce pour deux des dimensions: la dimension de la formalisation et la dimension de la délégation explicite. En effet, notre étude se situe dans un cadre formalisé qui possède tous les attributs de l'organisation classique, donc qui possède une structure d'organisation, des buts, des procédures, etc. Dans ce contexte, on reconnaît au départ un niveau important de formalisation et de délégation explicite, du moins endogène. Un haut niveau de formalisation signifie que des règles sont établies, elles peuvent être plus ou moins rigides, plus ou moins acceptées, mais les acteurs ont constitué un ensemble de règles du jeu qui en fait un contexte d'action que l'on peut qualifier d'organisé.

Quant à la délégation, Friedberg utilise la notion de « délégation explicite des responsabilités », explicite en ce sens qu'elle touche des régulateurs plus ou moins officiels dans le système et que ces régulateurs peuvent être soit à l'interne ou à l'externe. Dans une organisation où il y a officialisation de la responsabilité pour la délégation, la notion de degré de délégation à l'interne est peu pertinente. Ce qui par contre semble pertinent, ce sont les effets de cette délégation et la conscience que les acteurs ont de ces effets.

Quant à la notion de degré de délégation à l'externe, il nous semble qu'à cause de son caractère diffus, elle demeure pertinente. Effectivement, le fait que les acteurs délèguent, dans une plus ou moins grande mesure à l'externe, la constitution de leur action collective a une influence. Dans notre étude, nous observons le foisonnement des influences externes, particulièrement du système professionnel et législatif. La conscience des effets de cette délégation est primordiale pour la constitution de l'action collective.

Nous reprenons chacune des dimensions et présentons le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle tel que conçu à travers 1) nos histoires de cas 2) le recours aux dimensions de Friedberg et 3) les études de cas. Nos données laissent ainsi émerger les aspects constitutifs de cette action collective qu'est la collaboration interprofessionnelle et que nous avons tenté de modéliser. Les trois études de cas qui suivront la présentation de ce modèle veulent démontrer que les dimensions et concepts sous-jacents inclus dans notre modèle peuvent effectivement servir à comprendre la collaboration interprofessionnelle. La figure 4.1 présente le modèle de la collaboration interprofessionnelle.

Figure 4.1: Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (C.I.)



Ainsi nous avons analysé la dimension de la *formalisation*. Les histoires de cas ont bien démontré le rôle-clé de deux règles soit la règle concernant la coordination de l'intervention clinique et la règle portant sur les modalités d'interaction au sein de l'équipe multiprofessionnelle (réfèrent aux thèmes « Contexte » et « Design organisationnel » de la trame catégorielle). La règle de la coordination de l'intervention clinique fait en sorte de désigner et d'explicitier les responsabilités du professionnel responsable de coordonner les autres professionnels impliqués auprès d'un client. Cette règle supplée à la notion de « professionnel traitant » du modèle médical traditionnel. La règle concernant les modalités d'interaction fixent les paramètres des interactions entre professionnels qui

interviennent auprès d'un même client. Les études de cas tenteront de démontrer que ces deux règles sont des éléments-clés dans la gestion des rapports de collaboration et qu'elles sont constitutives des rapports de pouvoir entre les professionnels. Elles traiteront d'éléments tels que la nature des règles, la souplesse de ces règles, le degré de consensus autour de ces règles et leur influence sur les rapports de pouvoir entre les professionnels.

La dimension de la *prise de conscience de la finalisation* dans la collaboration interprofessionnelle se traduit par deux éléments soit l'intégration des résultats de la collaboration dans les transactions, à savoir comment les acteurs intègrent les résultats pour construire leur collaboration et comment ils transigent autour des buts de l'organisation et de leurs propres buts. Les histoires de cas ont permis de constater que les acteurs utilisent les résultats de leur collaboration dans leurs transactions. En effet, c'est souvent à partir de constats quant aux résultats de leur collaboration que les acteurs ont négocié des modifications (voir le thème « Processus cliniques »).

Les histoires de cas ont aussi permis de constater la multiplicité des buts des acteurs. Les études de cas tenteront de démontrer que ces buts sont multiples et qu'ils se transigent à partir de différentes formes d'échange qui se situent tout autant dans la logique marchande que dans la logique de l'engagement. La logique marchande part de considérations économiques et utilitaires. La logique de l'engagement réfère à la notion de don de soi.

La dimension de la *prise de conscience et d'intériorisation* de la régulation traite de la conscience des interdépendances. Cette dimension, à travers les histoires de cas, s'est révélée primordiale dans la structuration de la collaboration interprofessionnelle car les professionnels sont constamment en situation d'interdépendance par rapport aux clients. Dans les histoires de cas, cette dimension se retrouve majoritairement au thème du « Groupe en tant que système social », c'est

d'ailleurs ce thème qui nous a le plus orienté vers l'approche organisationnelle. Les histoires de cas révèlent l'importance de traiter des aspects suivants soit: 1) le processus d'interconnaissance (proposé par Friedberg) mais aussi deux autres aspects que nous ajoutons soit 2) l'établissement d'une relation de confiance et 3) le partage de territoires communs. Attardons-nous à ces trois aspects.

Le processus d'interconnaissance entre les professionnels dans le domaine de la santé pourrait se définir comme un ensemble d'actions qui amène ces professionnels à se connaître en tant qu'individus mais surtout en tant que professionnels. Ce dernier point trouve son importance dans le fait qu'il est difficile de collaborer, pour un même client, avec un autre professionnel dont on connaît peu ou prou l'orientation, la nature du travail ou encore le vocabulaire. Le processus d'interconnaissance professionnelle devient un élément vital de la régulation de la collaboration interprofessionnelle.

L'univers dans lequel se situe la collaboration interprofessionnelle est d'abord un univers de relations interpersonnelles. Cet univers a pour toile de fond la confiance que les personnes développent entre elles. Nous référons à Mayer, Davis et Schoorman (1995) qui définissent la confiance en ces termes: « willingness to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party » (p. 712). Johnson-George et Swapp (1982) mentionnent l'importance de la notion de risque dans la relation de confiance: « willingness to take risks may be one of the few characteristics common to all trust situations » (p. 1306). Selon Mayer, Davis et Schoorman (1995), une relation de confiance en milieu organisationnel se développe à partir de trois attributs, à savoir que celui qui s'apprête à accorder sa confiance évaluera la compétence de la personne à qui il s'apprête à faire confiance, il évaluera sa bonne volonté à participer à une relation et il évaluera son honnêteté. Si son évaluation est positive, il accordera sa

confiance mais il n'adoptera pas nécessairement des comportements de confiance. Il devra auparavant évaluer le risque perçu dans l'environnement avant d'adopter de tels comportements.

Le partage des territoires professionnels est au coeur de la collaboration interprofessionnelle puisqu'il structure le système d'action collective. Le système professionnel est basé sur une cartographie des savoirs qui permet de délimiter le territoire de chaque groupe professionnel. Les histoires de cas révèlent de nombreuses zones grises, c'est-à-dire des zones limitrophes dont la légitimité n'est pas clairement établie. Le processus d'interconnaissance ci-dessus mentionné constitue un enjeu puisqu'il peut conduire à une redéfinition des responsabilités professionnelles et ainsi des territoires professionnels. Les études de cas tenteront de démontrer l'importance de cette dimension dans la structuration de la collaboration interprofessionnelle.

Friedberg (1993) a développé la dimension de la *délégation* en référant au contexte de marché et en soutenant que même dans un tel contexte d'action on peut retrouver différents degrés de délégation explicite de la régulation qu'elle soit endogène ou exogène. Tel que mentionné précédemment, la question ne se pose pas de la même façon dans des organisations classiques, tel que les CLSC reconnus comme possédant des règles et une structure formelle de pouvoir. Il apparaît alors évident qu'il y existe une délégation explicite de la régulation qui en fait un système d'action formel. Les données empiriques de l'étude confirment que l'on doit prendre en considération cet aspect de la délégation endogène et exogène. Le caractère endogène réfère aux moyens internes utilisés pour gérer la collaboration, on y retrouve la notion d'agents intégrateurs. Le caractère exogène de la délégation réfère aux influences externes, aux structurations englobantes. Les organisations du domaine de la santé sont fortement régulées par des éléments extérieurs à

l'organisation que ce soit les corporations professionnelles, les institutions d'enseignement ou encore les instances politiques.

Les histoires de cas montrent bien que les acteurs sont influencés par cette délégation endogène et exogène mais surtout par les effets de la délégation (voir le thème « L'environnement social et culturel »). Les études de cas tenteront de démontrer deux effets à cette délégation, un effet d'intégration et un effet de différenciation. Friedberg ne fait pas entrer cette facette des effets dans l'étude de la dimension mais nous pensons qu'elle est essentielle à une prise de conscience. Nous nous sommes référée à Lawrence et Lorsch (1969) qui se sont intéressés aux mécanismes pour améliorer la coordination, ils ont défini les concepts d'intégration et de différenciation. Rappelons que la différenciation traite des éléments de la régulation qui encouragent le caractère spécifique et distinct, dans notre étude ceci a trait au caractère distinct des professions. La notion d'intégration fait appel aux éléments rassembleurs, c'est-à-dire aux éléments qui révèlent et encouragent les points de convergence et la mise en oeuvre de ces convergences. L'effet d'intégration signifie que l'instance concernée fait appel aux éléments qui rassemblent les groupes professionnels, proposent des avenues de partage et suggèrent des moyens qui visent l'interpénétration des activités des divers types de professionnels. À l'opposé l'effet de différenciation est provoqué par les éléments de la délégation qui exacerbent ou soulignent le caractère spécifique d'une profession.

C'est le mouvement d'interstructuration entre ces quatre dimensions et la conscience qu'en ont les acteurs qui nous permettent de mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle nous a permis de mieux identifier les contraintes et les enjeux de la collaboration interprofessionnelle. Les trois études de cas montrent l'importance de considérer chacune de ces dimensions. Les trois chapitres suivants exposent les trois études de cas à l'aide de ce modèle.

5. UNE COLLABORATION CONFLICTUELLE : L'ÉTUDE DE CAS AU PROJET OLO

Avant de débiter l'étude des cas, mentionnons certaines caractéristiques de la structure d'organisation du CLSC à l'étude. Il s'agit d'un CLSC de taille moyenne présentant une structure représentative de la structure que l'on retrouve usuellement en CLSC, soit un conseil d'administration, une direction générale et un comité de régie. Cinq comités statutaires travaillent avec le conseil d'administration: le comité de vérification, le comité d'évaluation du directeur général et trois comités consultatifs soit le CMDP, le CII et le CM.

Le comité de régie, formé des coordonnateurs et coordonnatrices des cinq programmes du CLSC et du directeur des services administratifs, se penche sur les difficultés de fonctionnement et sur les directives et politiques qui relèvent de la gestion interne du CLSC et ayant un effet sur l'ensemble du personnel. Selon le rapport annuel du CLSC, les coordonnateurs et coordonnatrices planifient, organisent, coordonnent, contrôlent et évaluent les services spécifiques du programme dont ils ont la responsabilité. Il s'agit d'une structure aplatie comportant deux niveaux hiérarchiques, soit la direction générale et les coordonnateurs/coordonnatrices. Le CLSC comporte au total 160 employés.

Une des orientations du CLSC est le travail d'équipe à tous les niveaux, ainsi les coordonnateurs et coordonnatrices ont la responsabilité de favoriser et d'entretenir cette collaboration. Dans chacun des programmes, le travail interprofessionnel est organisé différemment selon l'histoire du programme, les personnes en place et les besoins de la clientèle.

L'étude de la collaboration interprofessionnelle au projet OLO (Oeuf- Lait- Orange) illustre bien les processus d'organisation de l'action collective entre des acteurs dont les points de vue et les intérêts sont divergents. Ces acteurs qui travaillent en interdépendance, tentent en principe d'arriver à une collaboration qui soit la moins conflictuelle possible. La pertinence spécifique du cas OLO réside dans le fait que les professionnels se sont dotés d'une structure et de règles de procédures spécifiques, formalisées, qui visent un partage et une coordination des activités cliniques. L'étude de la collaboration interprofessionnelle au projet OLO est d'autant pertinente que les professionnels de diverses disciplines sont constamment placés en situation d'interdépendance. En effet, il s'agit d'un projet dont le but est de fournir un soutien plus intense à des femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté qui présentent des problèmes multiples d'ordre psychosocial et qui, parce qu'elles sont enceintes, ont aussi besoin d'un suivi de santé.

Nos observations montrent que la collaboration au projet OLO est particulièrement conflictuelle, à ce point qu'elle mène à une modification radicale des règles du jeu à l'intérieur de l'équipe, et même à sa dissolution¹². Ainsi, les acteurs ont demandé et fait en sorte que des changements radicaux soient apportés aux processus d'organisation de leur action collective. Nous verrons dans cette étude comment les acteurs ont négocié, entre eux, ces changements et pourquoi la collaboration s'est avérée à ce point conflictuelle. La vignette ci-après expose la nature et le contexte du projet OLO.

¹² Pour une meilleure compréhension de l'étude de cas, le lecteur peut référer à l'histoire de cas du projet OLO. Rappelons que l'histoire de cas a été lue et validée par les participants à l'étude, elle est présentée à l'annexe 5.

LE PROJET OLO

Le projet OLO a été mis sur pied en 1992 et poursuit deux objectifs principaux soit de favoriser la naissance de bébés pesant plus de 2500 grammes et d'améliorer la santé des femmes enceintes socio-économiquement défavorisées. De façon plus spécifique, le projet vise à offrir à ces femmes une aide alimentaire (oeuf, lait, orange) et un suivi régulier. Le suivi consiste en des visites à toutes les deux semaines de la part des infirmières. Le projet relève du programme petite enfance famille (PEF) d'un CLSC situé dans un quartier défavorisé en milieu urbain.

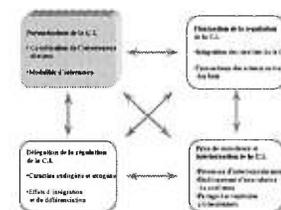
La collaboration des professionnels de la santé et du social est donc essentielle au soutien à apporter à ces femmes. À cette fin, le programme PEF regroupe un éventail important de professionnels dont neuf infirmières, trois intervenantes sociales, un médecin, deux hygiénistes dentaires, une organisatrice communautaire, une nutritionniste, deux techniciennes en service de garde, une audiologiste-orthophoniste pour un total de vingt personnes. Une coordonnatrice et une assistante du supérieur immédiat se partagent la gestion et l'encadrement. Le médecin est rattaché au service de médecine et est peu présent au programme PEF. Mentionnons que, sous des dehors de structure par programme, nous sommes plutôt en présence d'une structure mixte, c'est-à-dire en partie une structure par programme et en partie une structure fonctionnelle par groupe professionnel. En effet, un des groupes professionnels, les infirmières, est encadré par une personne de leur discipline qui agit à titre de supérieur immédiat, alors que les autres professionnels relèvent directement de la coordonnatrice (sauf le médecin).

La coordination du projet OLO relève d'un comité multidisciplinaire, le comité OLO. Il est formé de membres statutaires qui sont l'assistante du supérieur immédiat, une travailleuse sociale, une nutritionniste, une organisatrice communautaire et un médecin. Les fonctions du comité sont doubles: 1) voir au bon déroulement administratif du projet et surtout 2) participer aux discussions cliniques qui ont pour but l'établissement d'un plan d'intervention clinique globale. Le comité se réunit une fois par semaine et les intervenants pivot, en général les infirmières, viennent y présenter et discuter les situations cliniques afin que la prise en compte des points de vue de l'ensemble des professionnels puissent résulter en une intervention plus globale et intégrée. L'intervenant pivot est le professionnel responsable de l'intervention auprès d'une cliente, il développe une relation privilégiée avec cette cliente et coordonne les interventions des autres professionnels. Le but des rencontres est donc de présenter les situations cliniques, d'identifier les problèmes et de proposer un plan d'intervention. Le projet OLO s'est ainsi doté d'une règle de partage interprofessionnel important dans toutes les étapes du processus clinique.

Tel que mentionné, l'unité d'analyse est le programme PEF, principalement les professionnels qui gravitent autour du projet OLO. Nous sommes toutefois consciente que la collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques est beaucoup plus large que la seule collaboration entre les professionnels du programme PEF. De nombreux partenaires peuvent être impliqués que ce soit à l'intérieur d'autres programmes du CLSC ou encore à l'extérieur du CLSC. Par exemple, les médecins des services courants et les médecins de famille du territoire sont fréquemment impliqués auprès des femmes admises au projet OLO. La présente étude n'a pas tenté de comprendre cette collaboration de type intersectoriel, nous nous sommes limitée à tenter de comprendre les processus de collaboration des professionnels à l'intérieur du programme PEF.

Nous étudierons ce partage ou cette collaboration interprofessionnelle au projet OLO à la lumière du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle présenté au chapitre précédent. Nous discuterons de la formalisation de la collaboration, du degré de finalisation de la régulation, du degré de prise de conscience de la régulation et finalement de la délégation de la régulation.

5.1 La formalisation de la collaboration interprofessionnelle



La formalisation de la collaboration interprofessionnelle est étudiée en fonction des règles et des procédures qui régissent cette collaboration. D'entrée de jeu, nous accordons une note élevée quant au degré de formalisation de la collaboration interprofessionnelle au projet OLO. En effet, les membres du projet sont guidés par des règles écrites explicites, à savoir: un mandat écrit clair, des procédures et modalités de rencontres bien définies, des mécanismes périodiques d'évaluation des résultats, des outils de travail commun tels que formulaires de

collecte de données et de planification des interventions. Or, cette formalisation, qui a pour but d'encadrer et de faciliter la coordination de l'action des professionnels au projet OLO, comporte de nombreux problèmes qui créent des zones d'incertitudes autour desquelles les professionnels se sont mobilisés pour tenter de modifier ces règles. Nous verrons le rôle que joue la formalisation dans la collaboration interprofessionnelle au niveau des processus cliniques. À ce titre, nous reprenons les deux règles qui semblent significatives dans la structuration de la collaboration interprofessionnelle et qui sont particulièrement contestées soit la règle concernant la coordination de l'intervention clinique et celle sur les modalités d'interaction entre les membres.

5.1.1 La coordination de l'intervention clinique

Prenons d'abord la règle concernant la fonction de coordination de l'intervention clinique, à savoir qu'au projet OLO, seules les infirmières peuvent agir à titre d'intervenants pivot. À prime abord, c'est une règle difficile à accepter par les professionnels autres qu'infirmières¹³. En effet, même s'il est reconnu que les femmes enceintes ont un besoin important d'information sur la santé et que les infirmières possèdent l'expertise pour répondre à cette demande, il est fort possible qu'une femme enceinte pauvre vivant dans un quartier défavorisé puisse présenter un problème prioritaire telle que la violence familiale, la toxicomanie, la dépression, etc. Une travailleuse sociale pourrait être dans une meilleure position pour répondre à cette demande et pourrait agir à titre d'intervenante pivot. Cette règle a été imposée par un gestionnaire qui croit fermement que les infirmières sont les mieux placées pour assumer la fonction d'intervenante pivot. Il croit aussi, pour des raisons

¹³ Même si cette position a été ultérieurement adouci dans le discours, il n'en est pas moins demeuré que ce sont les infirmières qui sont restées les intervenants pivot.

d'efficience et de productivité, qu'il est préférable que seules les infirmières assument cette fonction, l'uniformité et le contrôle étant ainsi plus faciles à assurer.

Cette règle impose un partage non négocié des responsabilités entre les différents groupes professionnels de telle sorte que les infirmières détiennent le monopole des activités reliées aux processus cliniques. Cette règle est contestée par les autres professionnels, principalement par les membres du comité OLO, qui y voient une non reconnaissance de leur légitimité d'expert et qui considèrent que leur accès à la clientèle OLO est restreint. Tel que nous le verrons, ces professionnels tenteront de trouver d'autres moyens pour affirmer leur légitimité et pour avoir accès à la clientèle et ce, à travers le fonctionnement du comité OLO.

5.1.2 Les modalités d'interaction

Une deuxième règle qui pose problème concerne les modalités d'interaction et de fonctionnement du comité OLO, principalement les discussions cliniques. Ces modalités sont déterminées par les membres statutaires du comité OLO. Les discussions cliniques y sont obligatoires. Les dates sont fixées par le comité et la situation d'une cliente doit avoir été présentée au comité avant que celle-ci ne puisse recevoir les coupons alimentaires. Le comité exerce ainsi un contrôle important sur le travail de l'intervenant pivot. Les discussions cliniques regroupent les membres du comité OLO et ont pour objectif d'apporter, aux intervenants pivot, un éclairage et un soutien dans l'élaboration d'un plan d'intervention global. Usuellement, dans les discussions cliniques d'équipes multidisciplinaires, chaque membre du groupe peut éventuellement être appelé à présenter une situation clinique où il partage ses interventions et, le cas échéant, ses difficultés. Or les membres du comité OLO, n'étant pas intervenant pivot, n'ont pas à présenter de situation clinique, seules les infirmières se retrouvent dans cette position. Cette règle donne le pouvoir aux professionnels autres qu'infirmières de porter un jugement sur la pratique des

infirmières et ainsi d'influencer l'intervention de ces dernières, alors que ces premiers ne se retrouvent jamais dans cette position de vulnérabilité.

Alors que la première règle accorde aux infirmières une position de pouvoir car elles sont les seules à avoir accès à la clientèle, cette deuxième règle assoit les autres professionnels dans une position de déficit de légitimité puisque, n'intervenant pas auprès de la clientèle, les infirmières questionnent la légitimité et la pertinence de leurs interventions au comité OLO. Les infirmières se questionnent: « Comment les membres du comité peuvent-ils se porter en juges? Comment leurs interventions lors des discussions cliniques peuvent-elles constituer une aide, un soutien pour nous? ». Ces inégalités de pouvoir et ce déficit de légitimité créent des incertitudes autour desquelles les acteurs se mobilisent et utilisent des stratégies pour retrouver leur marge de manoeuvre et leur liberté d'action clinique.

Au-delà de la question de pouvoir, ces deux règles demandent aux infirmières d'exposer la relation qu'elles ont établi avec une cliente. Or cette relation est une relation privilégiée que l'on demande de médiatiser à l'ensemble des acteurs. Ceci signifie que dans cette relation, vécue traditionnellement comme duelle, l'intervenant pivot devra partager avec les autres professionnels les relations et les décisions prises avec le client. On modifie ainsi profondément la nature de la relation avec la cliente mais sans proposer, du moins au projet OLO, un nouveau mode de relation. En effet, cette règle ne propose pas un renouvellement de la position ou de la place de la clientèle à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Quelle sera la portée des décisions prises avec la cliente si elles sont éventuellement discutées par un comité qui risque de les remettre en question?

Les deux règles, dont nous venons de traiter, n'ont pas seulement une portée instrumentale mais elles touchent bien à l'affectivité des professionnels. Ainsi en disant à certains professionnels qu'ils ne peuvent agir à titre d'intervenant pivot, on

leur nie une certaine capacité d'intervention. Les infirmières, quant à elles, vivent les discussions cliniques comme une remise en question de leur compétence « Pourquoi nous on a besoin de soutien et pas les autres intervenants? » et comme une menace ou une ingérence dans la relation affective qu'elles ont établie avec la cliente.

Dans le présent cas, les stratégies utilisées par les infirmières ont visé à obtenir une plus grande marge de manoeuvre clinique en tentant de modifier les règles régissant le fonctionnement du comité OLO. En effet, depuis 1992, elles ont formulé de nombreuses revendications visant à assouplir les règles de fonctionnement par exemple, ne plus avoir à présenter systématiquement toutes les clientes du projet OLO mais seulement selon leur besoin. Les membres du comité n'ont pas accepté ces demandes et ont adopté une position ferme. En 1995, les infirmières ont adopté une stratégie plus radicale en demandant de mettre un terme aux discussions cliniques obligatoires et donc de mettre fin aux activités du comité OLO.

La stratégie des professionnels autres qu'infirmières a été d'une part, de revendiquer la possibilité d'être responsable de la coordination (intervenant pivot) au même titre que les infirmières et, d'autre part, de maintenir le plus possible le contrôle sur le groupe des infirmières par le biais du comité. Le comité OLO étant le seul espace où ils pouvaient s'impliquer auprès de cette clientèle, ils ont été peu réceptifs aux demandes des infirmières d'assouplir les règles de fonctionnement du comité.

À la fin et de guerre lasse, le comité a dû obtempérer aux demandes des infirmières de modifier les règles du jeu. En fait, il n'avait plus le choix de mettre fin à ce lieu de discussion devenu inapproprié parce que d'une part, il y régnait un climat malsain d'affrontement alors que la raison d'être en était une de collaboration pour la qualité des services à la clientèle. D'autre part, il n'avait pas la légitimité de

maintenir ces discussions de cas alors que les membres du comité n'avaient aucun contact avec la clientèle.

Dans le cadre de la nouvelle structure négociée suite aux demandes des infirmières, les discussions cliniques seront ponctuelles, à la demande des intervenants pivot. L'entité formelle de l'équipe interprofessionnelle au projet OLO n'existe plus que sous une forme extrêmement diluée à savoir une rencontre annuelle pour discuter de problèmes d'ordre administratif. Les professionnels autres qu'infirmières ne seront impliqués dans la planification des interventions et le suivi que lorsque les infirmières le demanderont.

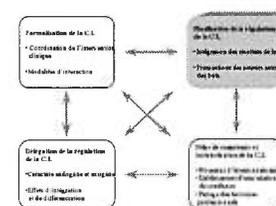
Dans le cas étudié, le degré important de formalisation, porteur d'un certain nombre de contraintes, a conduit les acteurs à un ensemble de stratégies pour retrouver leur liberté d'action quant à l'intensité de collaboration à établir avec les autres groupes professionnels. Au-delà du degré de formalisation, c'est l'absence de consensus autour de ces règles qui a conduit à une collaboration conflictuelle.

Il ne faut pas sous-estimer le fait que l'on se trouve dans un système professionnel dont les règles sont déjà fortement établies. Derrière cette formalisation dont nous venons de discuter, se retrouvent les enjeux en regard du partage des territoires professionnels. Traditionnellement, ce sont les infirmières qui ont surtout été impliquées auprès de la clientèle en périnatalité. Or, si les infirmières ouvrent trop grand ce champ, qui traditionnellement est le leur, il y a danger de perte réelle d'un territoire professionnel. Même si au départ la règle semblait vouloir protéger le territoire infirmier, d'autres éléments, telle la position de vulnérabilité des infirmières, sont entrés en compte et ont fait que paradoxalement ce sont les infirmières qui ont demandé à ce que la règle soit abolie. La qualité ou plutôt les difficultés de la formalisation reflète aussi les difficultés de partage des territoires professionnels, difficultés liées au système professionnel mais aussi à l'affectivité des

professionnels. Les règles imposées semblent avoir exacerbées les réflexes corporatistes et territorialistes

L'étude de la formalisation au projet OLO a fait ressortir que les règles imposées ont été un facteur important qui a nui à la collaboration interprofessionnelle. Au lieu de rassembler les professionnels autour de la clientèle et de réconcilier des logiques différentes, des règles rigides et non négociées ont fait en sorte de créer de nouvelles zones d'incertitudes et de diviser les acteurs autour d'enjeux de pouvoir. Ces règles ont eu pour effet de mobiliser les professionnels en deux groupes opposés, d'un côté les infirmières et de l'autre les autres professionnels qui ont fait coalition. Elles ont placé les acteurs dans des situations d'inégalités de pouvoir et de déficit de légitimité et ceux-ci ont joué le jeu de la collaboration conflictuelle. Le principe d'autorité a été utilisé comme mécanisme pour éliminer les zones d'incertitudes mais, comme on l'a vu, cela n'a pas réussi.

5.2 La finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle



Le continuum de la finalisation renvoie à l'existence des buts formulés et à l'articulation des mécanismes de régulation autour de ces buts. Il s'agit: 1) du degré auquel les participants intègrent les résultats de leur coopération dans leurs interactions et 2) du degré auquel les participants les intériorisent comme buts de leur action, c'est-à-dire mettent leurs transactions au service de ces buts en acceptant si nécessaire de faire des concessions.

5.2.1 L'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle

Un premier constat relatif à la finalisation se dégage à savoir que l'ensemble des professionnels sont conscients du manque d'efficacité des mécanismes de collaboration mis en place et dont la finalité est d'améliorer la qualité des services à la clientèle par une approche plus globale et concertée. Les professionnels ne peuvent que constater le décalage entre ce qui est produit comme collaboration et ce qu'ils souhaitent produire. Le climat est malsain, deux sous-groupes se sont formés et s'affrontent. Les intervenants pivot disent ne pas ressentir le soutien qu'on désire leur donner. Il ne leur semble pas que le fait de participer à une discussion clinique, modifie ou bonifie la qualité de leur intervention. L'analyse des dossiers des clientes ne révèle d'ailleurs aucun véritable plan d'intervention clinique concerté. Certains professionnels disent se sentir sur une chaîne de montage, surtout ceux qui conçoivent le comité comme un lieu d'échange d'expertise. Ils n'y trouvent pas de place pour le questionnement et les discussions professionnelles et donc pas de retour sur leur investissement de temps. Ils se sentent mal utilisés, les échanges ne sont pas suffisamment poussés. Plusieurs facteurs limitent la possibilité et la richesse des échanges. Premièrement, le facteur temps, le questionnaire demande un maximum de discussions cliniques en un minimum de temps. Deuxièmement, le fait que les professionnels autour de la table ne sont pas tous impliqués auprès des clientes limite la portée et l'utilité des échanges. Troisièmement, la dynamique de l'équipe et le peu de confiance entre les groupes professionnels restreignent la qualité des échanges.

Lors des entrevues, il ressort que les professionnels accordent une valeur ajoutée à la collaboration interprofessionnelle. Cependant, dans le contexte d'action où ils se trouvent, et particulièrement en ce qui a trait aux règles de formalisation de la collaboration, ce mécanisme s'avère contre-productif.

Cette conscience de la finalisation a été à l'origine de nombreuses revendications et stratégies de la part des professionnels pour instaurer des mécanismes de collaboration qui leur seraient plus acceptables mais aussi plus efficaces. Ainsi le degré élevé de finalisation a participé à une restructuration en profondeur du principal mécanisme de collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques.

5.2.2 Les transactions des acteurs autour des buts

Un deuxième volet de la finalisation concerne le degré auquel les professionnels ont mis leurs transactions au service des buts de l'organisation et du programme. Deux constats ressortent.

Premièrement, le projet OLO propose deux approches fort complémentaires mais qui peuvent aussi s'opposer. Le projet OLO tente de répondre aux besoins des femmes enceintes défavorisées, qu'ils soient de nature préventive ou curative ou de réinsertion, par deux approches, une approche individuelle de prestation de services et une approche communautaire de mobilisation et d'intégration sociale des femmes dans leur milieu de vie. Cette dualité d'approche, qui est usuelle dans les CLSC du Québec, se vit mal au projet OLO, plus particulièrement au niveau de l'approche communautaire. Les différents groupes professionnels ne sont pas arrivés à s'entendre sur la portée de l'intervention communautaire et sur le partage de cette intervention. C'est un fait à souligner, qu'une équipe de professionnels oeuvrant auprès d'une clientèle aussi défavorisée à plusieurs égards, ne puisse s'entendre sur la portée et la responsabilité de l'intervention communautaire.

Ce premier constat traite de la multiplicité des buts et du manque de consensus autour de ces buts. Il s'avère, par le fait même, difficile de penser que les différents groupes professionnels poursuivront les mêmes buts et établiront une

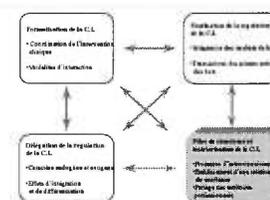
relation de collaboration. Ce manque de consensus sur les finalités a plutôt entraîné les professionnels sur le chemin de l'affrontement.

Un deuxième constat porte sur l'allégeance des professionnels à plus d'une organisation. En effet, en plus de l'organisation qui les embauche, les professionnels expriment une allégeance à d'autres instances, notamment à leur groupe professionnel ou disciplinaire. L'adhésion aux finalités du groupe professionnel, selon certains auteurs, serait plus importante que l'adhésion à l'organisation qui embauche (Abbott, 1988). Le projet OLO comporte son lot de conflits territoriaux, entre autres, quant à la responsabilité de l'intervention communautaire, à la fonction d'intervenant pivot et à la résistance à reconnaître des zones de partage ou zones grises¹⁴. Ces professionnels se sont retrouvés dans une position où il y avait non-alignement entre les finalités du programme, qui sont de nature administrative et clinique, et celles du système professionnel qui sont de nature territoriale et clinique.

La multiplicité des buts de l'organisation et les cohérences multiples des acteurs, leur caractère parfois contradictoire, complexifient l'adhésion des professionnels aux buts de l'organisation. Les professionnels ont de multiples intérêts et influences qu'ils intègrent dans leurs négociations en regard des buts de l'organisation. On ne peut conclure que les professionnels du projet OLO, malgré leurs orientations à la collaboration et leur discours, ont réussi à aller au-delà de la logique du système professionnel et à intérioriser les buts de l'organisation qui les embauche et même de la clientèle qu'ils desservent. Nous ne pouvons que constater que le degré de conscience quant aux finalités de la collaboration est élevé, mais que les acteurs n'ont pas trouvé les moyens de mettre leurs transactions au service de ces finalités et que plusieurs autres intérêts ont été pris en compte.

¹⁴ Voir à l'histoire de cas, la catégorie consacrée à l'étude du système professionnel.

5.3 La conscience et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle



La dimension de la prise de conscience et de l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle aborde essentiellement deux points soit le degré de conscience quant aux dispositifs réglementaires comme instruments nécessaires de régulation (ce dont nous avons traité à la première dimension) et le degré d'interconnaissance des interactants ou le degré d'information dont ils disposent les uns sur les autres.

Nos données nous amène à aborder trois points principaux soit 1) le processus d'interconnaissance des professionnels au projet OLO 2) l'établissement d'une relation de confiance et 3) les enjeux reliés au partage des territoires professionnels.

5.3.1 Le processus d'interconnaissance

Tel que mentionné à l'histoire de cas, les professionnels du projet OLO se perçoivent comme un groupe en démarche de changement. Avant l'introduction du projet, en 1992, l'équipe vivait des difficultés relationnelles: « l'équipe était à couteaux tirés. » Les mécanismes de collaboration instaurés au projet OLO ont obligé les professionnels à s'asseoir ensemble pour discuter de situations cliniques. Cette obligation a fait en sorte qu'ils ont appris à se connaître, à connaître mieux le mode de pensée de l'autre et son mode d'intervention.

Par contre, les professionnels sont également conscients du chemin qui reste à parcourir. Les échanges au comité OLO sont superficiels, le comité ne s'est pas donné le temps et les moyens de réfléchir, de se questionner sur des orientations et des interventions communes, de développer un mode consensuel d'approche auprès

de la clientèle, par exemple, on ne s'entend pas sur l'intervention communautaire auprès de ces femmes.

Les observations menées au projet OLO montrent que les professionnels ont plutôt tendance à se tourner vers leur groupe professionnel et à investir dans le développement de leur champ disciplinaire plutôt que de se pencher sur des modèles partagés d'intervention. À l'appui de cette tendance, voyons la démarche d'un groupe, soit les infirmières, dans l'adoption d'un modèle conceptuel qui dorénavant guide leur intervention. Il s'agit d'une démarche réflexive qui permet à un groupe professionnel d'adopter une vision commune, un langage commun et spécifique à leur discipline et de la transposer sur l'aire de travail. Cette démarche est en tout point légitime et riche pour le groupe. En général, les professionnels estiment qu'être plus solides dans sa profession, permet d'être en meilleure position pour collaborer avec les autres professionnels. Cette démarche qui se veut bénéfique à la collectivité, semble ici creuser le fossé interprofessionnel.

Un modèle conceptuel est, par essence, un modèle qui façonne la conception du client et de l'intervention et influence ainsi le processus clinique. L'adoption et la transposition du modèle conceptuel McGill¹⁵ au projet OLO se sont révélées bénéfiques pour les infirmières à savoir qu'elles « se sentent plus professionnelles ». Par contre, comme le modèle n'a pas fait l'objet d'un partage d'information et d'une réflexion commune sur l'influence de ce modèle sur l'intervention des infirmières dans les processus cliniques, ceci a eu pour conséquence d'accroître le fossé avec les professionnels des autres disciplines. Ceux-ci savent que les infirmières se sont penchées sur une nouvelle approche, ils les entendent utiliser un vocabulaire nouveau, différent, plutôt hermétique, mais ils ne saisissent pas vraiment la portée du modèle.

¹⁵ Gottlieb, L. et K. Rowatt. 1987. « The McGill Model of Nursing: A Practice-Derived Model ». *Advances in Nursing Science*, vol 9, no 4, p. 51-61.

Les intervenants psychosociaux n'ont pas vraiment cherché à connaître la démarche du groupe d'infirmières, ils ont plutôt réagi en initiant à leur tour, en concertation avec les autres intervenants psychosociaux du CLSC, une démarche semblable d'adoption d'un modèle d'intervention commun à tous les intervenants psychosociaux. Nous pouvons utiliser l'analogie du quatuor de musiciens. L'atout principal d'un quatuor est que chacun de ses membres soit capable d'écouter et de répondre aux autres, contrairement au soliste qui n'écoute que sa propre voix. L'adoption de modèle conceptuel sur l'aire de travail par chacun des groupes professionnels fait que chacun joue en solo, sans écouter ou répondre aux autres. L'interdépendance chez les professionnels de la santé n'est certes pas aussi grande que chez un quatuor de musiciens, mais la capacité d'écouter l'autre et d'y répondre est tout aussi importante et nécessaire pour la clientèle.

L'adoption d'un modèle conceptuel par les infirmières du projet OLO a eu comme bénéfice d'augmenter les connaissances intradisciplinaires mais cette démarche ne semble pas de nature à favoriser le processus d'interconnaissance. Au projet OLO, les professionnels semblent conscients de la nécessité de ce processus d'interconnaissance comme outil de la régulation de la collaboration interprofessionnelle. Cette conscience ne semble toutefois pas suffisamment intériorisée pour que les professionnels adoptent vraiment des moyens de stimuler ce processus d'interconnaissance. Ils sont plutôt portés à approfondir leurs connaissances disciplinaires sans toutefois partager le fruit de leur démarche, comme s'il y avait danger de partager, ou peut-être d'ingérence de la part des autres professionnels?

5.3.2 L'établissement d'une relation de confiance

Les professionnels du projet OLO ont conscience qu'ils se connaissent mieux qu'en 1992, au début du projet, mais ils savent que cette interconnaissance doit

déboucher sur l'établissement d'une relation de confiance, d'un climat de confiance. En effet, ils ont mis en place le comité OLO afin d'aller au-delà du simple échange d'information, pour en arriver à un partage plus important des décisions cliniques, ce qui signifie une plus grande interdépendance, qui passe nécessairement par un climat de confiance.

La littérature sur la notion de relation de confiance dans un contexte organisationnel est étendue et complexe, notre but n'est pas d'identifier les facteurs qui entrent en jeu mais bien d'observer si cette relation existe ou non et de voir dans quelle mesure elle influe sur la collaboration interprofessionnelle. Si nous reprenons le modèle de Mayer, Davis et Schoorman (1995), nous pouvons dire, à l'aide des données recueillies par entrevues, que les deux premiers attributs, soit la compétence et l'honnêteté, ne semblent pas poser problème puisque les professionnels se jugent mutuellement compétents et honnêtes. L'attribut de la bonne volonté est cependant mis à rude épreuve, surtout lors des discussions cliniques. Les règles rigides du comité et la non réponse du comité aux demandes des infirmières semblent aller à l'encontre de l'attribut de la bonne volonté. De plus, en ce qui concerne l'environnement dans lequel prend place cette relation de confiance, les nombreux conflits antérieurs et présents laissent croire qu'il peut être perçu comme un environnement à risque.

Au comité OLO, on demande aux infirmières, intervenantes pivot, d'adopter un comportement de confiance lors des discussions cliniques. En effet, elles doivent partager l'information qu'elles ont recueilli en regard de la situation de la cliente, elles auront à se dévoiler quant à leurs orientations cliniques et elles auront parfois même à se dévoiler quant aux difficultés qu'elles rencontrent dans certaines situations particulières.

L'observation des discussions cliniques au comité OLO montre les différentes stratégies qu'utilisent les intervenantes pivot pour se protéger et sortir de cette impasse où elles doivent se dévoiler professionnellement à un groupe de personnes avec qui elles sont en conflit. La principale stratégie utilisée par les intervenantes pivot est d'utiliser le temps de la discussion clinique uniquement à partager l'information sur la situation de la cliente. Elles ne consacrent que quelques minutes à la partie de l'établissement d'un plan d'intervention et s'en tiennent à des objectifs très flous tel « donner du support à la cliente ».

Les autres membres du comité, intervenants psycho-sociaux et communautaires et nutritionniste, affichent un comportement paradoxal où ils interrompent fréquemment les intervenantes pivot en posant toutes sortes de questions auxquelles celles-ci ne peuvent pas toujours répondre; ce qui les exaspère, elles qualifient cette situation de: « passer au jugement dernier ». Les intervenantes pivot ne se sentent pas respectées dans ce contexte. Le comité ne leur demande toutefois pas d'aller plus loin dans le partage de leur plan d'intervention. Il semble exister une entente tacite où l'on reconnaît que le climat ne permet pas d'aller plus loin dans ce sens et le comité ne se sent peut-être pas la légitimité d'exercer une telle exigence qui est, par contre, le but ultime de ces discussions cliniques.

Trois constatations ressortent principalement quant à l'établissement d'une relation de confiance dans ce contexte d'action. Premièrement, nous observons que les différents groupes professionnels n'ont pu établir une relation de confiance suffisante pour en arriver à un véritable partage dans les processus cliniques et ceci même après quatre années de mise en oeuvre du projet OLO.

Deuxièmement, l'étude du projet OLO montre que l'on a entremêlé les moyens et la fin. En effet, on a voulu que les professionnels apprennent à se faire confiance par le biais du comité OLO, en les plaçant dans une situation où ils ont à

partager alors que la relation de confiance n'est pas encore établie. L'introduction de règles formelles, plutôt rigides, semble avoir nui à l'établissement de cette relation de confiance.

Troisièmement, les professionnels du projet OLO ont établi des mécanismes de collaboration qui nécessitent une grande interdépendance qui, à son tour, exige une relation de confiance entre les individus. Ils ne sont toutefois pas parvenus à créer un climat de confiance permettant d'assumer la portée de cette interdépendance; la seule porte de sortie a été de dissoudre l'équipe pour relâcher ces liens d'interdépendance, les rendre plus souples et ainsi retrouver leur liberté d'action; les mécanismes de coordination et de partage dans la collaboration interprofessionnelle ont ainsi été emportés.

5.3.3 Le partage des territoires professionnels

Les membres du projet OLO affichent des opinions divergentes quant au partage des savoirs et des territoires professionnels. Certains professionnels sont adeptes de zones partagées, zones de collaboration où, dépendamment de la situation, plusieurs types de professionnels partageraient leurs savoirs et leurs responsabilités. D'autres préfèrent des territoires clairement identifiés avec des frontières nettes où l'expertise de chacun est gage d'efficacité. Ces deux options ont tendance à s'affronter au projet OLO. Les conflits sur la désignation de l'intervenant pivot et sur l'intervention communautaire illustrent bien ces deux tendances.

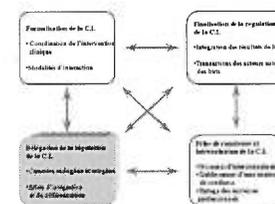
Au projet OLO, tous s'entendent à dire qu'une meilleure interconnaissance et des connaissances partagées comportent des dangers. Le risque n'en est pas un de domination comme c'est le cas lorsque la profession médicale est très présente. Non, nous sommes en présence de professions de même niveau hiérarchique et le danger réside plutôt dans la menace de perte dans les échanges. Le risque est de devoir

partager un territoire professionnel qu'on préférerait ne pas partager. L'enjeu en est un de pouvoir. La collaboration interprofessionnelle, à ce titre, constitue une menace réelle à l'ordre établi.

Les professionnels sont conscients que le partage des connaissances et son corollaire, le partage des responsabilités, sont des outils puissants de régulation. Ils sont également conscients du caractère inéluctable de ce partage et des négociations qui l'accompagnent. Le partage et la négociation de ce partage sont inévitables car de nouvelles problématiques de santé, de nouvelles technologies, de nouvelles dispositions administratives ou encore l'élargissement de leur champ disciplinaire par certains professionnels modifient la cartographie des territoires. Certains sont ouverts à ce partage, d'autres ne le sont pas. Derrière cette fermeture ou cette ouverture se cachent plusieurs enjeux personnels ou professionnels. Le processus et l'issue de ces négociations auront toujours un impact sur la collaboration interprofessionnelle, en ce sens qu'ils la structurent autant dans sa forme que dans son contenu.

Toutefois, plusieurs professionnels du projet OLO disent souhaiter que les personnes impliquées soient davantage centrées sur la clientèle que sur leur pouvoir. Selon ces derniers, il ne faut pas oublier que la clientèle est la raison d'être de l'existence de l'équipe et qu'à ce titre, la clientèle serait le véritable outil de régulation.

5.4 La délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle



Afin de mieux cerner le processus d'interstructuration de la collaboration interprofessionnelle, il est important d'analyser la notion de délégation, quelle soit endogène ou exogène ainsi que les effets de la délégation.

Ce que nous apprenons du projet OLO est que, quel que soit le caractère de la délégation, endogène ou exogène, les acteurs semblent constamment placés dans le même état de tension entre la tendance à la différenciation entre les groupes professionnels et la tendance à l'intégration. Les acteurs semblent devoir procéder à un savant calcul entre ces deux tendances afin d'arriver à une collaboration qui soit la moins conflictuelle possible tout en étant bien présente et efficace. La différenciation entre les groupes professionnels traite du caractère spécifique, des différences entre les professions. L'intégration fait appel aux éléments qui rassemblent les groupes professionnels, aux zones partagées, à l'interpénétration des activités de plusieurs types de professionnels dans le but d'un fonctionnement harmonieux.

5.4.1 Le caractère endogène de la délégation

Au programme PEF, la structure, tel que mentionné précédemment, est une structure mixte où un seul des groupes professionnels est encadré par un supérieur de la même discipline. Les infirmières sont ainsi encadrées par l'assistante du supérieur immédiat, qui est elle-même infirmière. Les autres groupes professionnels relèvent du coordonnateur du programme. Cette structure fait en sorte que les infirmières disposent d'un porte-parole à qui elles délèguent une partie de leur espace de représentation et de prise de décision, notamment au comité OLO et, de ce fait, les infirmières à la clientèle sont moins présentes dans les lieux de décision.

Ce supérieur immédiat est placé dans une position où elle est en même temps responsable d'un groupe disciplinaire, représentante de la coordonnatrice et agent intégrateur pour l'ensemble des professionnels du projet. À titre de responsable d'un groupe disciplinaire, elle assume la responsabilité du développement professionnel des infirmières. À titre de représentante du coordonnateur, elle agit au nom de la direction pour s'assurer que les services sont dispensés de manière efficace. Et

enfin, en tant qu'agent intégrateur, elle doit faire en sorte que les différents groupes professionnels travaillent ensemble. Elle joue ce rôle d'agent intégrateur entre les groupes professionnels par l'animation et la gestion et se retrouve parfois en position d'arbitre entre les intérêts conflictuels des professionnels. L'assistante du supérieur immédiat exerce, de façon concomitante, la responsabilité de l'intégration entre les groupes professionnels et celle de la différenciation. Est-ce possible de concilier ces deux responsabilités?

Elle assume d'ailleurs le même rôle, au niveau des individus, entre la tendance à la différenciation et la tendance à l'intégration, en ce sens qu'elle doit faire en sorte que les individus oeuvrent selon une même ligne de pensée mais qu'ils puissent en même temps se distinguer et utiliser leurs compétences spécifiques. Abbott (1988) aborde la question de la différenciation interne au niveau des individus comme un moyen d'arriver à une plus grande intégration interprofessionnelle. Au projet OLO, la tendance est plutôt à l'uniformisation qu'à la différenciation.

Les professionnels au projet OLO semblent reconnaître la nécessité de ce rôle d'intégrateur. Le danger de cette position est toutefois que certains se soustraient à leurs responsabilités personnelles d'intégration. On a vu certaines personnes au projet OLO s'en remettre complètement à cet agent intégrateur en le faisant leur porte-parole. Peut-être à cause d'une plus grande difficulté d'expression ou de conceptualisation chez certains, il leur était plus difficile de se bâtir une argumentation pour préserver leur point de vue. De fait, la stratégie des infirmières a été de cesser d'assister aux rencontres où les décisions se prennent, se sentant ainsi peu concernées par ces décisions, elles les ont contestées plus facilement par la suite.

5.4.2 Le caractère exogène de la délégation

La collaboration interprofessionnelle est fortement influencée par la régulation externe. Ce projet OLO, comme d'ailleurs environ 135 autres projets OLO au Québec, est né d'une orientation du ministère de la santé et des services sociaux du Québec d'établir des projets spécifiques aux femmes enceintes en situation de pauvreté. La création de ce projet, proposant des modalités spécifiques et plus intenses de collaboration, a fait en sorte que les professionnels se sont dotés d'une structure et de règles de collaboration interprofessionnelle. Avant l'arrivée de ce projet, la collaboration interprofessionnelle au programme PEF était quasi inexistante. Cette régulation exogène aurait pu avoir un effet intégrateur sur les groupes professionnels et sur la collaboration interprofessionnelle.

D'autres influences ou mécanismes de régulation exogène ont davantage un effet de différenciation, par exemple, le système professionnel. On a vu qu'au projet OLO, les professionnels sont fortement influencés par le système professionnel quant au partage des responsabilités. Le désir d'offrir une approche globale et intégrée n'a pas transcendé la tendance à se rabattre sur les territoires professionnels. Il est toutefois difficile de traiter du système professionnel comme structure englobante car il est pratiquement impossible de distinguer l'individuel du collectif et le collectif de l'individuel. En effet, les individus appartenant à ces divers systèmes professionnels ont intégré tout un univers de représentations qu'ils ont fait leur. Le système professionnel se trouve ainsi en même temps une structure intériorisée par les individus qui dicte leurs conduites et une structure sociale qui règle les relations d'un ensemble d'individus. La prégnance du système professionnel est telle que l'implantation de tout autre mode de fonctionnement dont les valeurs s'éloignent de la logique professionnelle est difficile à réaliser.

L'existence du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la création récente du conseil multidisciplinaire (CM), du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et l'instauration de la fonction de responsable des soins infirmiers (RSI) sont des exemples qui démontrent l'influence des structurations englobantes sur la collaboration interprofessionnelle et qui illustrent bien l'effet de différenciation entre les groupes professionnels.

Les CM et les CII sont nés de la loi 120. Ces comités se veulent des instances qui prennent en charge certaines responsabilités dont l'appréciation et l'amélioration de la pratique professionnelle. La loi 120 a aboli le conseil consultatif du personnel clinique (CCPC) qui était une instance multiprofessionnelle pour le remplacer par des instances uniprofessionnelles, notamment dans le cas des infirmières. Au CLSC à l'étude, le climat est tendu entre ces deux conseils qui jusqu'à maintenant ont eu peu d'échange, si ce ne sont les comptes-rendus respectifs de leur assemblée annuelle.

De même, la fonction de responsable des soins infirmiers est née de la loi 120. Cette fonction spécifique aux soins infirmiers, n'a pas son équivalent chez les autres groupes professionnels. Cette personne a la responsabilité de surveiller et de contrôler la qualité des soins infirmiers. L'action de cette personne a facilité l'implantation d'un modèle conceptuel en soins infirmiers et le développement d'outils de travail pour les infirmières, en ce sens, la RSI propose plutôt des stratégies de différenciation que des stratégies d'intégration. Sa présence renforce la naissance d'une structure fonctionnelle en CLSC suite à la loi 120.

Ces nouvelles dispositions légales semblent influencer les relations professionnelles dans le sens d'une différenciation interprofessionnelle possiblement au détriment de l'intégration interprofessionnelle. Elles placent les professionnels davantage dans une logique de professionnalisation que dans une logique de collaboration.

Que ce soit au niveau endogène ou exogène, la collaboration interprofessionnelle subit les influences de plusieurs systèmes de régulation qui peuvent le mieux s'analyser en termes de l'effet d'intégration ou de différenciation entre les groupes professionnels.

5.5 Conclusion

L'étude de ces quatre dimensions du modèle nous aide à mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle au projet OLO. La formalisation a grandement influencé la collaboration en ce sens que certaines règles contestées ont amené un climat de tension et de confrontation. La nature même des règles est problématique. La collaboration semble avoir besoin d'un certain espace de liberté pour se réaliser. L'analyse de la finalisation montre que les professionnels sont très concernés par les résultats de la collaboration mais que l'adhésion aux finalités du programme sont difficiles car il n'y a pas consensus sur les modalités pour atteindre ces finalités. L'analyse montre aussi que les professionnels adhèrent aux finalités de plus d'une organisation, finalités qui sont parfois opposées. Le continuum de la conscience de la régulation montre que les professionnels sont conscients de la nécessité d'une plus grande interconnaissance mais que les exigences du travail en interdépendance vont plus loin que l'interconnaissance, c'est-à-dire jusqu'à l'établissement d'une relation de confiance. Les professionnels du projet OLO ne sont pas arrivés à ce degré de rapprochement malgré les mécanismes mis en place. Les enjeux liés au partage des territoires professionnels s'avèrent problématiques, les professionnels y voient trop de risques pour s'aventurer dans la voie de zones partagées. La dimension de la délégation de la régulation montre que quel que soit le caractère de la délégation, endogène ou exogène, les acteurs semblent constamment dans la même dynamique de réguler le dosage entre la différenciation et l'intégration professionnelle.

6. LA LOGIQUE DE L'ENGAGEMENT: L'ÉTUDE DE CAS AU MAD

Selon Friedberg (1993), on a trop souvent établi un clivage entre l'étude de l'organisation et l'analyse de l'action collective:

D'un côté de cette partition, on trouverait le champ des organisations, c'est-à-dire un ordre voulu et imposé qui repose sur un ensemble de structures clairement délimitées, stables, fixes et formalisées et qui représente la permanence et la reproduction à l'identique ... De l'autre côté de la partition se trouveraient les champs de l'action collective, c'est-à-dire d'un mouvement d'essence plus ou moins spontanée, aux frontières incertaines et avec des structures fluides... L'action y est irréductible au calcul. Elle relève au contraire de la solidarité perçue et exercée. Elle est l'expression et le produit d'une logique de l'engagement et du dévouement à la cause commune, c'est-à-dire d'une logique affective plutôt qu'instrumentale (Friedberg, 1993, p.12-13).

Cette citation de Friedberg constitue une entrée en matière fort pertinente à l'étude de la collaboration interprofessionnelle au programme de maintien à domicile (MAD). En effet, les personnes impliquées dans ce programme, professionnels et gestionnaires, sont constamment préoccupées par les aspects affectifs et les aspects instrumentaux de la régulation de la collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques. Les acteurs impliqués considèrent important de reconnaître ce caractère affectif relié aux notions de don de soi, de générosité et d'engagement. Ils ont consacré une part de leur énergie à faire en sorte que le climat soit plus propice à l'expression de ces sentiments¹⁶. L'étude de cas montre toutefois que la

¹⁶ Pour une meilleure compréhension de l'étude de cas, le lecteur peut référer à l'histoire de cas du programme de MAD. Rappelons que l'histoire de cas a été lue et validée par les participants à l'étude, elle est présentée à l'annexe 6.

collaboration interprofessionnelle demeure ardue, la situation y est différente de la situation du projet OLO mais on y retrouve un même ordre de difficulté. La vignette ci-après présente un bref aperçu du programme de MAD.

LE PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE

La clientèle du MAD est composée de jeunes personnes handicapées, de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes en situation de fin de vie. Le personnel du MAD vise à maintenir ces personnes le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel. Plusieurs présentent des problèmes complexes qui demandent une implication et une collaboration importante de tous les acteurs impliqués.

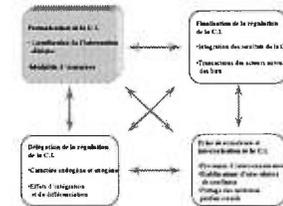
Le programme de MAD regroupe 58 professionnels provenant de six disciplines. Le groupe le plus nombreux est constitué des auxiliaires familiales et sociales¹⁷. Elles sont 29 qui se rendent dans les domiciles pour suppléer aux incapacités fonctionnelles de la clientèle. Le MAD comprend également onze infirmières, six travailleuses sociales, deux ergothérapeutes, une organisatrice communautaire et des personnes rattachées à des projets communautaires. Les ressources médicales au MAD sont peu nombreuses, il n'y a plus de médecin attiré au programme. Le dernier n'a pu être remplacé faute de candidat intéressé. Pour pallier à ce manque, le programme compte sur les médecins des services courants et surtout sur les ressources médicales extérieures au CLSC, notamment les médecins de famille.

L'histoire de la collaboration dans les processus cliniques peut être divisée en deux périodes soit de 1991 à 1994 et de 1994 à 1996 (incluant la période de collecte des données). De 1991 à 1994, des discussions cliniques formelles réunissant tous les intervenants d'un secteur géographique ont été instaurées. Suite à l'insatisfaction grandissante, ces discussions ont été abandonnées. Depuis 1994, la règle veut que lorsque la situation d'un client demande l'intervention de plus d'un professionnel, des discussions cliniques réunissant les professionnels impliqués soient tenues. Cette règle laisse à l'intervenant pivot la décision des modalités et du moment de la tenue de ces discussions. En contrepartie, on demande, en principe, la production d'un plan d'intervention interprofessionnel.

¹⁷ Les auxiliaires familiales, même si elles ne portent pas le statut de professionnels, sont incluses dans l'étude en tant qu'acteurs du fait que leurs actions contribuent à structurer le champ de la collaboration interprofessionnelle. Notre vision de l'acteur ne contient pas *a priori* une définition de l'acteur autre que le fait de son appartenance au contexte d'action.

L'analyse interne du système d'action concret qu'est la collaboration interprofessionnelle au programme de MAD aborde la question à partir des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle.

6.1 La formalisation de la collaboration interprofessionnelle



La formalisation est étudiée à partir des règles et procédures qui régissent la collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques. Nous allons principalement reprendre les deux mêmes règles que dans le cas OLO soit la règle relative aux modalités d'interaction et celle concernant les dispositifs de coordination de l'intervention clinique. Nous verrons que des règles semblables à celles du projet OLO ont été imposées. Suite à l'insatisfaction générale, ces règles ont peu à peu été délaissées pour faire place à de nouvelles règles plus souples, construites et modelées de l'interaction entre les acteurs.

6.1.1 Les modalités d'interaction

La collaboration interprofessionnelle au programme de MAD doit tenir compte d'une caractéristique que l'on ne retrouve pas au projet OLO, soit la taille de l'équipe. En effet, le programme de MAD regroupe près de 60 professionnels appelés à collaborer dans les processus cliniques, donc à partager de l'information, à établir des plans d'intervention et à partager les difficultés de maintenir certaines personnes dans un milieu de vie qui peut être perturbé. Les professionnels ont ainsi besoin de travailler en étroite interdépendance pour répondre aux besoins sociaux et de santé de cette clientèle en perte d'autonomie.

En 1991, le gestionnaire a décidé de doter l'équipe de MAD, devenue trop grande, de règles de fonctionnement qui faciliteraient la collaboration. Il a ainsi fractionné l'équipe sur la base de quatre territoires géographiques. Ce fractionnement regroupait des professionnels de toutes les disciplines et servait deux fins soit 1) diminuer la taille du groupe de référence afin que les professionnels apprennent à se connaître et 2) faire en sorte que les professionnels collaborent dans les processus cliniques en partageant l'information et les décisions concernant l'intervention auprès de leur clientèle. Ces équipes regroupaient ainsi environ quinze professionnels qui se réunissaient hebdomadairement pour des discussions cliniques.

Contrairement au projet OLO, tous les types de professionnels peuvent éventuellement être appelés à présenter une situation clinique, même les auxiliaires familiales. Ceci semble atténuer la dynamique d'inégalité de pouvoir et de déficit de légitimité rencontrée au projet OLO du fait que seules les infirmières étaient intervenantes pivot et donc présentaient des discussions cliniques. Par contre, on a voulu, comme au projet OLO, procéder à des discussions cliniques où les professionnels présents ne sont pas tous impliqués auprès de la clientèle dont on discute la situation. Le gestionnaire en place voulait ainsi permettre aux professionnels de se connaître, d'apprendre d'un autre groupe professionnel et de développer des façons de penser davantage partagées. Cette règle s'est toutefois rapidement avérée insatisfaisante et même inacceptable pour certains professionnels, car elle semble heurter leur sensibilité à plus d'un égard.

Le premier aspect qui ressort est la crainte de se faire juger et peut-être plus encore de se faire remettre en question. Certains apprécient la confrontation mais quand tous sont à bord du même bateau! Un autre élément qui préoccupe fortement les professionnels est lié au partage d'informations, personnelles et parfois intimes, concernant le client devant un grand nombre de personnes qui ne connaissent pas ce client. Même si cette pratique ne va pas à l'encontre de l'éthique professionnelle, elle

va à l'encontre de l'éthique personnelle chez un nombre d'entre eux. Au MAD, la présence d'auxiliaires familiales, qui ne seront pas nécessairement assignées à ce client, soulève de façon plus aiguë ce problème en y ajoutant la crainte du commérage ou du voyeurisme et souligne un certain clivage au niveau du statut social des membres de l'équipe. Un troisième élément qui vient exacerber ces résistances au partage est, comme au projet OLO, le fait de ne pas avoir identifié la place du client dans cette équipe. La relation avec le client est une relation personnelle et duelle qui semble souffrir du partage dans une équipe où l'on n'accorde pas nécessairement de place à ce client comme membre de l'équipe.

Pour contrer cette règle, les professionnels ont mis en oeuvre diverses stratégies. Ils ont contesté l'utilité des rencontres, en ont délaissé l'animation, et ont refusé de présenter des situations cliniques pour finalement cesser d'y assister. Ces stratégies n'ont pas été élaborées sous le signe de la confrontation. Elles ont pris la forme d'ententes tacites entre professionnels, de faire en sorte que les discussions disparaissent et ainsi rendre caduque la règle formelle régissant les mécanismes de collaboration interprofessionnelle. Cette expérience des équipes de secteur montre que la collaboration interprofessionnelle ne peut être basée sur une règle qui, bien que basée sur des assises rationnelles, soit affectivement inacceptable.

Suite à cette expérience, le gestionnaire a laissé les professionnels développer et structurer eux-mêmes des mécanismes de collaboration au fil de leurs interactions. Ces mécanismes, jalousement défendus par les professionnels, sont en fait des mécanismes souples de collaboration à savoir l'échange d'information sur le pas de la porte ou par la boîte vocale, la tenue de discussions cliniques au besoin. S'il y a discussions cliniques, peu de dispositifs les régissent, pas plus que les extraits de ces discussions.

Ainsi, les professionnels s'assurent de conserver une marge de manoeuvre en regard de l'intensité et des modalités de collaboration interprofessionnelle qu'ils sont prêts à assumer, selon les situations et les personnes en cause. Si les professionnels se sentent confortables avec les personnes impliquées, ils organiseront plus facilement une discussion clinique à caractère ponctuel réunissant les personnes impliquées ou certaines d'entre elles. Si la situation est peu confortable, il n'y aura pas nécessairement discussion clinique.

6.1.2 La coordination de l'intervention clinique

Le gestionnaire a répondu à cette stratégie en formalisant la fonction de coordination de l'intervention clinique, c'est-à-dire la fonction d'intervenant pivot dont il a consolidé la position. Celui-ci est responsable de la coordination de l'action des professionnels impliqués auprès d'un client, c'est-à-dire qu'il doit s'assurer de l'élaboration, de l'exécution et de l'évaluation d'un plan d'intervention. Il a donc le mandat de rassembler les acteurs selon les besoins du client et de créer une planification négociée de l'intervention, négociée puisque les professionnels peuvent avoir des points de vue divergents reliés à leur univers de référence, et ainsi assurer la continuité et la complémentarité.

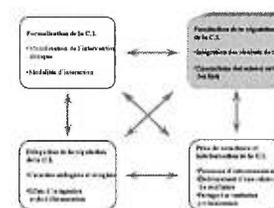
Cette fonction, centrale à la collaboration interprofessionnelle, est essentiellement une fonction de coordination et de négociation. Elle est porteuse d'une zone de pouvoir puisque son titulaire, surtout dans un contexte de collaboration informelle, a le pouvoir de mobiliser ou non les professionnels autour de la planification et de la coordination des processus cliniques en vue d'un partage plus ou moins intense et soutenu. Contrairement au projet OLO, tous les professionnels peuvent agir à titre d'intervenant pivot, seuls les auxiliaires familiales n'y ont pas droit. Cette situation, ne crée donc pas de lieux de pouvoir à négocier entre professionnels, mais elle renforce le rapport hiérarchique existant entre les

professionnels reconnus comme tel et les auxiliaires familiales. Les premiers détiennent l'autorité nécessaire pour prendre les décisions concernant un client alors que les seconds détiennent souvent l'information car ils sont plus présents au domicile de ce client. Cette règle crée des lieux de pouvoir qui feront l'objet de diverses stratégies d'une part, pour obtenir l'information et d'autre part, pour démontrer son apport à la prise de décision. Bien que cette règle soit acceptée dans le milieu, elle touche l'affectivité des auxiliaires familiales qui se sentent, pour un certain nombre, facilement dévalorisées, ce qui amène des états de tension.

Les travaux d'observation sur le terrain font ressortir les variations stochastiques reliées à la fonction d'intervenant pivot. L'analyse des dossiers confirme qu'il existe peu ou prou de ces plans d'intervention négociés réunissant les professionnels autour d'une trajectoire. Ce partage dans les processus cliniques est, à toute fin utile, peu présent sous cette forme. Pourquoi? Il existe des écarts tant au niveau de la perception de cette fonction qu'au niveau de son actualisation. L'intervenant pivot a deux atouts soit celui d'être reconnu comme la personne qui, au niveau clinique, sera la plus impliquée auprès du client et celui d'être reconnu comme ayant la responsabilité de coordonner les services ou même d'en modifier l'allocation. Or, cette position lui donne le pouvoir de déterminer unilatéralement l'intensité de la collaboration. La décision sera prise en fonction de plusieurs éléments dont 1) les divers paramètres de la situation du client, 2) selon l'ouverture de l'intervenant pivot au travail en groupe 3) mais aussi selon son affinité professionnelle et personnelle envers les autres professionnels impliqués dans la situation et 4) fort probablement selon son habileté à rédiger des objectifs d'intervention. Cette fonction qui doit servir à encadrer la collaboration, donc à être un mécanisme de régulation, est mise en application de façon très aléatoire et contingente, aucun contrôle n'est exercé sur son actualisation.

L'analyse du degré de formalisation de la collaboration interprofessionnelle au MAD montre une évolution vers une «dé-formalisation». On est ainsi passé de règles formelles rigides n'ayant pas rencontré les attentes à des règles souples qui répondent au désir des professionnels de décider eux-mêmes de l'intensité de collaboration et ainsi de préserver leur marge de manoeuvre. Cette stratégie de collaboration semble plus propice à l'émergence d'un climat de collaboration et laisse plus de liberté aux acteurs, qui de toute évidence vont s'aménager cette liberté d'une façon ou d'une autre. Ces acteurs, autonomes dans les dispositifs de collaboration, ont toutefois tendance à appliquer la règle de façon très aléatoire et d'établir des liens de collaboration, non pas seulement en fonction des besoins des clients mais en fonction d'autres paramètres, principalement de leur affinité personnelle et professionnelle avec d'autres professionnels, ce qui peut ressembler à la constitution de réseaux de nature informelle. De plus, la souplesse de ces dispositifs de collaboration laisse aussi aux acteurs la liberté de ne pas appliquer la règle, soit de ne pas tenir de discussion de cas.

6.2 La finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle



6.2.1 L'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle

Les mécanismes actuels de régulation de la collaboration interprofessionnelle au programme de MAD sont le fruit de l'histoire récente des équipes de secteur, soit la naissance et la mort de ces équipes. Les acteurs ont su mettre en évidence les problèmes liés à la mise en oeuvre et à l'efficacité de ces équipes pour amener des modifications profondes. Ils ont mis en lumière les contraintes liées au fonctionnement des équipes et ont surtout démontré l'inutilité des rencontres des équipes de secteur en les rendant progressivement contre-performantes (partage

superficiel d'informations, désengagement progressif ...). Au début, ces équipes ont fait en sorte que les personnes se connaissent mieux et partagent certaines informations de base. Une fois cette étape passée, les équipes de secteur devenaient de moins en moins performantes, les professionnels ressentant de moins en moins le besoin de ce partage d'information. Trois ans ont dû s'écouler avant de mettre fin aux rencontres obligatoires des équipes de secteur. L'existence même de ces équipes est progressivement devenue une menace au climat organisationnel. L'inutilité et même la nocivité, à certains égards, de ces équipes a amené les professionnels à réagir.

L'abolition de ce système de régulation n'a toutefois pas débouché sur une réflexion poussée quant aux mécanismes souhaités de régulation de la collaboration interprofessionnelle. Le réflexe, pour plusieurs, a été de se rabattre sur des mécanismes de collaboration présentant le moins de contraintes possibles. La majorité des participants confirme ne plus vouloir de mécanismes de discussions cliniques obligatoires et préfère des mécanismes souples de collaboration. Ils reconnaissent toutefois que les mécanismes informels actuels ne sont pas adéquats car ils laissent trop de place à l'arbitraire et que de nouvelles avenues doivent être envisagées en vue d'intensifier la collaboration dans les processus cliniques. Ils sont toutefois extrêmement prudents quant aux mécanismes à mettre en place.

L'étude des dossiers montre qu'il y a peu d'extrants tangibles à savoir de plans d'intervention concertés. On y remarque toutefois que quelques individus y recourent plus fréquemment que d'autres. La collaboration se tisse de façon informelle et ponctuelle, surtout au niveau d'échange d'information.

Les professionnels, de façon évidente, ont intégré les résultats de leur collaboration au système d'action pour en modifier les règles. Les nouvelles règles leur permettent une plus grande liberté d'action mais on ne peut affirmer qu'elles ont

permis d'intensifier le partage dans les processus cliniques. Elles ont, par contre, permis le relâchement d'une certaine tension et l'amélioration du climat. De façon générale, les professionnels démontrent entre eux des comportements de soutien et d'entraide.

6.2.2 Les transactions des acteurs autour des buts

Les entrevues et l'observation au programme de MAD montrent de façon aiguë les différences entre les acteurs que ce soit dans la façon de concevoir le client ou l'intervention auprès de ce client. Plus encore, les participants à l'étude soulignent les différences même au niveau de la manière de fonctionner des divers groupes professionnels. On dit des membres de certaines professions qu'ils sont en général plus systématiques et organisés alors que les membres d'autres professions sont en général plus intuitifs et qu'ils préfèrent évoluer dans un certain flou organisationnel. Les participants relèvent aussi différents enjeux professionnels et territoriaux.

Or, malgré les divergences et les enjeux, l'étude de l'intégration des finalités laisse croire que les professionnels du MAD vont au-delà de ces différences et arrivent à orienter leurs actions vers un but, le client et son entourage. Les participants à l'étude soulignent l'énergie considérable que demande la clientèle du MAD et insistent sur leur désir de consacrer toute leur énergie à ce qui compte vraiment pour la clientèle. Parallèlement aux résultats de l'étude de Gauvreau (1994), nous pourrions penser que les professionnels du MAD se situent dans une relation de don de soi avec la clientèle, ils sont engagés.

Les responsables du MAD soulignent aussi de façon unanime cet engagement et abordent la notion d'échange et de don. Pour les responsables, l'engagement des professionnels passe par le respect mais aussi par la reconnaissance des personnes dans leur univers symbolique, on a d'ailleurs instauré une structure qui permet la

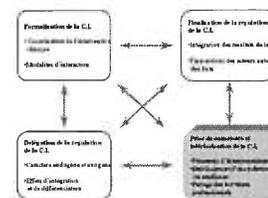
reconnaissance de cet univers symbolique professionnel. L'engagement passe aussi par la qualité de la relation d'échange que les professionnels et les responsables établissent, relation basée sur une « réciprocité alternée » (p. 37) en ce sens qu'il y a un moment pour donner, un moment pour recevoir et un moment pour rendre. Pour les responsables du MAD, ce sont les conditions essentielles à l'engagement.

Contrairement à OLO, où on a le sentiment que les transactions entre les professionnels influencent la relation avec la clientèle, ici il semble que ce soit l'opposé en ce sens que c'est la nécessité de la qualité de la relation avec les clients qui influence les relations entre les professionnels et avec les responsables. Cette relation vise à encourager le don, la générosité et l'engagement avec et pour le client d'abord. Les professionnels sont en situation de transaction avec les responsables, si ces transactions se passent bien, ils peuvent être en relation de don avec le client. Au projet OLO, les antagonismes sont trop forts pour mettre la clientèle au coeur du service, le pouvoir prend la place. Au MAD, on reconnaît ce pouvoir et, bien que les négociations ne se passent pas toujours bien, on a suffisamment intériorisé la finalité du client pour que le partage des responsabilités et des territoires professionnels ne soit pas au coeur des transactions, bien qu'il soit toujours présent. On se situe dans une logique où ce sont d'abord les besoins du client qui influencent les liens de collaboration.

Les conclusions relatives à l'étude de ce cas donnent matière à réflexion. En laissant aux professionnels la liberté d'établir le niveau ou l'intensité de collaboration qu'ils veulent bien établir, on semble avoir amélioré le climat et avoir permis un engagement plus grand de la part des professionnels dans leur relation avec la clientèle. Comme si une collaboration interprofessionnelle imposée et même à la limite trop formalisée, tel que dans le cas du projet OLO, s'avérait ultimement un obstacle à la qualité de cette relation. La collaboration, d'une part, ne peut être imposée car elle suscite des transactions qui ont d'autres finalités que celles reliées

aux clients, par contre, elle est en soi une contrainte essentielle qui vise à structurer l'action collective.

6.3 La conscience et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle



Le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation soulève la question de la conscience des interdépendances et de l'interconnaissance qui permet en principe une certaine capacité d'anticipation des stratégies réciproques et un minimum d'intercontrôle. Les trois points abordés traitent de la façon dont les acteurs s'approprient cette interdépendance soit par: 1) le processus d'interconnaissance entre professionnels du MAD 2) l'établissement d'une relation de confiance et 3) les enjeux liés au partage des territoires professionnels.

6.3.1 Le processus d'interconnaissance

Tout comme au projet OLO, l'exemple de l'adoption d'un modèle conceptuel par un groupe professionnel nous renseigne sur les processus d'interconnaissance entre les professionnels. Tel que mentionné au chapitre précédent, les modèles conceptuels apportent, au groupe disciplinaire qui s'en prévaut, un langage commun et une plus grande cohésion entre les membres du groupe. Les infirmières du MAD, qui ont adopté un modèle conceptuel, reconnaissent cette cohésion accrue. L'adoption d'un modèle les a également conduites à l'élargissement de leur champ d'intervention en poussant plus loin les frontières quant aux dimensions psychosociales. Or, les travailleuses sociales du MAD sont directement touchées par ce changement. Tout comme au projet OLO, il n'y a pas eu de partage d'information entre ces deux groupes professionnels sur le modèle et ses effets sur la pratique des infirmières, non plus que ses effets sur la pratique des autres groupes professionnels.

Ce qui nous amène à dire que, même si les professionnels sont conscients de la nécessité de se connaître pour mieux travailler ensemble, ce processus d'interconnaissance n'est pas activé ou très peu. On semble faire abstraction du fait que les deux groupes interviennent auprès de la même clientèle et que forcément des modifications de cet ordre deviendront, tôt ou tard, des enjeux.

Il semble que cette résistance au partage soit fortement reliée à une composante affective. D'une part, il s'agit d'une démarche d'appropriation ou de consolidation de son identité par un groupe professionnel. D'autre part, le partage de connaissances est menaçant dans la mesure où il ouvre éventuellement à l'ingérence d'un autre groupe professionnel à l'égard d'une démarche hautement reliée à l'autonomie professionnelle. Dans la présente situation, le processus d'interconnaissance est court-circuité dès le départ pour des raisons appartenant à l'autonomie professionnelle et au système professionnel.

6.3.2 L'établissement d'une relation de confiance

Tel qu'exposé précédemment, nous définissons la collaboration comme un partage dans les processus cliniques. C'est donc dire que le professionnel qui accepte ce partage, accepte par le fait même un certain dévoilement professionnel. Si de plus, la situation clinique présente des difficultés particulières, le professionnel aura à faire part de ses difficultés. Il devra de fait partager son intimité professionnelle. Or, ce partage implique un risque pour le professionnel, risque d'être jugé sur l'intervention qu'il pose, risque d'être critiqué quant aux objectifs poursuivis, risque d'être confronté... Tous les professionnels ne sont pas prêts à ce risque pour diverses raisons¹⁸.

¹⁸Nous ne possédons pas l'information sur toutes ces raisons, nous étudions plutôt les stratégies des acteurs pour se donner ou non une marge de manoeuvre.

Au projet OLO, nous avons étudié l'établissement d'une relation de confiance dans le contexte d'une interdépendance formalisée en ce sens que des règles bien précises de collaboration avaient été établies. Les acteurs évoluaient dans un contexte de non confiance et ils ont développé des stratégies pour ne pas se retrouver dans des situations de dévoilement, ils sont arrivés à la dissolution de l'équipe. L'histoire des équipes de secteur¹⁹ du MAD est tout à fait semblable en ce sens que les acteurs se sont aussi retrouvés dans un contexte d'action où les conditions étaient peu propices au dévoilement. Par différentes stratégies, ils ont modifié la règle formelle en la déconstruisant et en reconstruisant une nouvelle règle qui laisse la liberté de décider de l'intensité du partage avec les partenaires de soins. Cette possibilité de décision laisse aux acteurs la marge de manoeuvre désirée.

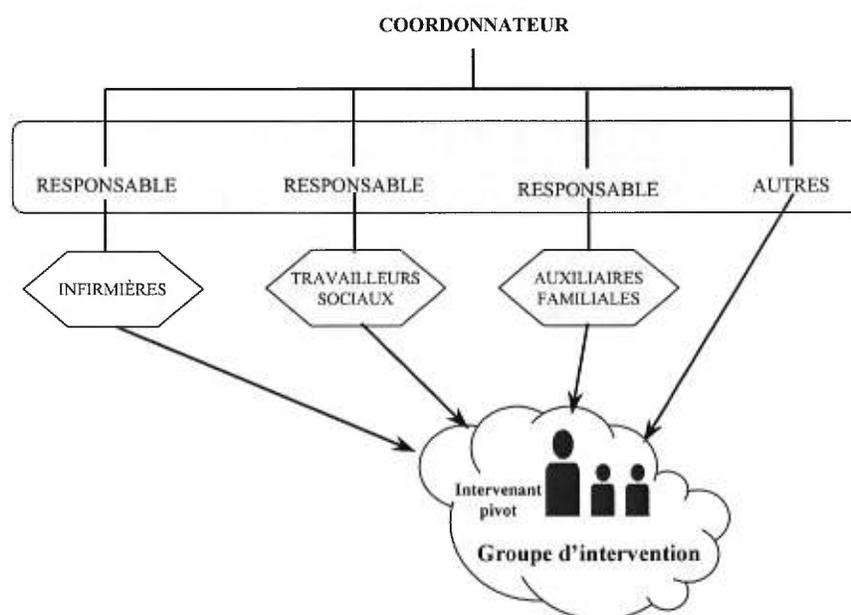
Voyons comment les acteurs utilisent cette marge de manoeuvre. Le programme de MAD compte environ 60 individus, qui se retrouvent réunis dans de multiples petites équipes de travail (2 à 4 professionnels par équipe) selon les besoins de la clientèle. Chaque professionnel peut appartenir à plusieurs petites équipes constamment changeantes possédant des durées de vie variables²⁰ (fig. 6.1). Chaque professionnel est donc en relation de collaboration avec d'autres professionnels qu'il connaît plus ou moins bien, qu'il côtoie occasionnellement. Dans ce contexte de changement constant, certains individus qui ont plus de propension à faire confiance vont collaborer plus facilement. Mais pour plusieurs, il est malaisé d'accorder sa confiance à des individus chez qui on ne peut *évaluer le risque* (Mayer, Davis et Schoorman 1995), la relation de confiance prend plus de temps à se bâtir.

¹⁹ Voir l'histoire de cas, annexe 6.

²⁰ Cette organisation du travail diffère de la notion du groupe de travail auquel on associe généralement le travail en équipe multiprofessionnelle ou interprofessionnelle, c'est-à-dire à qui l'on reconnaît un caractère de stabilité, une relation affective et une cohésion entre les membres.

Ainsi, les professionnels du MAD sont très conscients du fait qu'ils ne collaborent pas avec la même intensité selon les partenaires de soins. Ils sont également très conscients qu'ils évaluent le risque et que leur collaboration est tributaire, entre autre, du niveau de risque présent et de leur disposition à prendre ce risque. Cette observation rejoint Friedberg (1993) qui soulève la question du déficit d'interdépendance, déficit qui résulte du fait de l'omniprésence de liens faibles (loosely coupled) entre les membres d'une organisation, ces liens n'ayant pas tous la même intensité, la même fréquence ou la même importance.

Figure 6.1: Structure du programme de MAD et formation des groupes d'intervention.



L'intervenant pivot est la personne qui a le plus de pouvoir ou de latitude pour « jouer » avec ce déficit d'interdépendance. Sa fonction étant, entre autre, de coordonner le travail de tous les professionnels impliqués auprès d'un client, l'intervenant pivot peut faire toute la différence quant à l'intensité de la collaboration, notamment quant au fait de tenir des discussions cliniques. Il existe bien une définition de la fonction mais il n'y a aucun contrôle sur son actualisation. La

tendance sera de « découpler » le plus possible ses fonctions ou ses tâches de celles des autres et la fonction d'intervenant pivot, telle que définie et actualisée au MAD, permet ce « découplage ». Les participants aux entrevues insistent sur le fait que les professionnels établissent une relation de confiance dans la mesure où ils apprennent à se connaître.

Le problème soulevé par cette discussion sur l'établissement de la relation de confiance pourrait être formulé de la façon suivante: dans un contexte d'action où la formalisation est souple, comment s'assurer que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques soit dictée, non pas par les déficits d'interdépendance entre les partenaires d'action, mais par les besoins de la clientèle?

6.3.3 Le partage des territoires professionnels

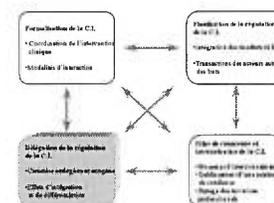
La dimension de la conscience de la régulation passe par la réflexion ou la disposition des partenaires d'action à partager ou non leur territoire professionnel. Au MAD, les professionnels souhaitent l'ouverture et la complémentarité pour le mieux-être du client. Ils soulignent qu'un partage de connaissances et de responsabilités conduisent éventuellement à un partage de territoire ce qui signifie une perte d'autonomie pour le professionnel mais possiblement un gain pour l'équipe. Le problème est que l'on ne s'entend pas sur la nécessité de ce partage. Il y a les tenants des zones partagées « Je te donne de mes connaissances professionnelles, tu me donnes des tiennes » et il y a les tenants des frontières étanches. On n'est pas arrivé à une orientation consensuelle à cet égard, d'ailleurs on en discute même très peu.

Au MAD, il n'y a pas de conflits territoriaux importants, en ce sens que les personnes ont su négocier une répartition des champs professionnels. Par contre, on mentionne peu de zones communes, ce partage de territoire est minimal. Certains professionnels du MAD mentionnent l'omniprésence d'un certain hermétisme, les

professionnels étant plus axés vers les normes et les règles de leur propre profession. Le désir de devenir un professionnel à part entière, de répondre aux exigences que demande un tel statut obtient la primauté sur la concertation et la communication entre les professionnels, comme si l'un constituait un empêchement au second.

En résumé, l'étude de la dimension de la prise de conscience et de l'intériorisation de la régulation démontre que les professionnels du MAD ont intériorisé, du moins partiellement, la nécessité de cette régulation. Les résultats montrent toutefois que plusieurs barrières d'ordre professionnel et interpersonnel s'interposent à l'actualisation d'une régulation qui répondrait en même temps aux impératifs cliniques, professionnels et personnels. La dimension personnelle est incontournable, comme l'affirme Friedberg (1993) « L'action d'un acteur ne peut jamais être réduite à sa dimension instrumentale et utilitariste, même si elle l'inclut toujours » (p. 201). Il ressort que l'action collective, ici la collaboration interprofessionnelle, est l'expression et le produit d'une logique de l'engagement. Quel que soit le degré de formalisation ou la pertinence des règles, la collaboration interprofessionnelle semble le fruit d'un engagement qui passe par l'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance et le partage de territoires professionnels.

6.4 La délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle



Au chapitre précédent, il est apparu que la collaboration interprofessionnelle subit les influences des systèmes de régulation endogène et exogène, influences qui peuvent s'analyser en terme d'intégration et de différenciation professionnelle.

6.4.1 Le caractère endogène de la délégation

La délégation endogène au MAD passe par trois instances. D'abord le comité d'allocation de services a la responsabilité d'allouer les services, de réviser périodiquement cette allocation de services et d'exercer un contrôle sur certaines étapes du processus clinique. Cette instance vient fortement réguler les pratiques professionnelles et insuffle une certaine uniformité dans les pratiques d'un groupe professionnel à l'autre. L'existence même du comité d'allocation de services réduit la marge de manoeuvre des professionnels mais cette contrainte est considérée nécessaire par ces derniers. Le comité porte un effet d'intégration important.

La deuxième instance chargée d'exercer une régulation est l'intervenant pivot qui coordonne l'intervention clinique. On a instauré cette fonction de coordination dans le but de diminuer le cloisonnement et la fragmentation des services et stimuler l'intégration professionnelle. On se rend compte de certains bénéfices tels le fait d'identifier clairement le responsable de la coordination de l'intervention pour un client, chaque professionnel impliqué sait ainsi à qui s'adresser pour transmettre l'information pertinente. Or, dans certaines autres situations, l'effet semble paradoxal et peut-être même contraire aux résultats attendus. Cette fonction, en reconnaissant à un professionnel un pouvoir qui était auparavant partagé par tous, peut avoir un effet de « dé-responsabilisation » chez les professionnels qui ne sont pas l'intervenant pivot, mais qui sont impliqués auprès d'un client. Avant cette délégation formelle, chaque professionnel devait se responsabiliser en regard de chaque client. Ce que les participants à l'étude disent, c'est que le degré de responsabilisation change et que certains auraient tendance à acheminer l'information à l'intervenant pivot, sans se préoccuper de s'assurer que les actions conséquentes soient prises. Donc, on pourrait penser que la délégation sous cette forme peut avoir des effets pervers, soit de « dé-responsabiliser » les autres professionnels d'une responsabilité d'intégration qui auparavant était partagée. De plus, comme il existe peu ou prou de contrôle sur

l'exercice de cette fonction, l'intervenant pivot peut ne pas assumer ses responsabilités d'intégration et personne d'autre ne le fera. Ceci est illustré par la tenue d'un très petit nombre de discussions cliniques, décision laissée à l'entière disposition de l'intervenant pivot. Donc, cette délégation qui avait un objectif d'intégration semble avoir des résultats mitigés.

La troisième instance qui exerce une responsabilité de régulation est l'équipe de gestion. On a instauré une structure qui, sous des dehors de gestion par programme, correspond à une structure fonctionnelle par groupe professionnel. En effet, le programme relève d'un coordonnateur qui s'est entouré d'une mini-équipe de gestion composée de responsables des différents groupes de professionnels (fig. 6.1). Ceci nous ramène à une structure fonctionnelle par groupe professionnel qui ressemble à celle que l'on retrouve en milieu hospitalier. Elle s'oppose à une gestion par programme puisqu'elle recrée le clivage santé-social que l'on a voulu éliminer en CLSC.

On éprouve de la difficulté à se démarquer du modèle traditionnel. La nomination de responsables par groupe professionnel a pour but de répondre aux impératifs d'encadrement professionnel par une personne familière avec l'univers symbolique, c'est-à-dire qui possède le même langage, les mêmes valeurs, et qui a la compétence clinique dans la discipline en question. Les professionnels disposent ainsi d'un lieu de regroupement par profession. Ils profitent de ce lieu pour réfléchir collectivement, se remettre en question, se rassurer, et surtout pour partager un même univers symbolique. La collaboration interprofessionnelle et la gestion par programme constituent des menaces à cet univers et les acteurs mettent en oeuvre les moyens pour le protéger. L'ambivalence des acteurs et les règles équivoques de la structure par programme ont fait en sorte que ceux-ci se sont retournés vers un cadre plus familier soit la structure fonctionnelle. Cette structure rejoint l'objectif de soutenir les professionnels dans leur spécificité professionnelle mais elle va à

l'encontre de la structure par programme qui vise une intégration des groupes professionnels.

6.4.2 Le caractère exogène de la délégation

La collaboration interprofessionnelle est influencée par des structures externes au CLSC. Nous avons vu au projet OLO que la création de certaines instances telles que le CMDP, le CM, le CII et la fonction de RSI influence la collaboration en ayant un effet de différenciation entre les groupes professionnels plutôt qu'un effet d'intégration. La situation est semblable au MAD en regard de ces instances.

Par contre, une structure externe exerce une influence d'intégration importante au MAD, il s'agit de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal Métropolitain (la Régie). La Régie propose à tous les CLSC de la région des instruments d'évaluation de la clientèle et de planification des interventions. Ces instruments ont été créés selon une orientation interprofessionnelle, à savoir que tous les professionnels utilisent le même outil de collecte de données et le même plan d'intervention quelque soit sa profession. Cela signifie que, lors de la collecte de données, le professionnel recueille des données sur toutes les dimensions de la personne autant physiques que psychosociales ou économiques. Traditionnellement, les professionnels colligeaient les données concernant leur champ spécifique. Selon l'orientation de la Régie, ils ouvrent leur champ, ce qui permet une préhension globale de la situation. À travers cet outil de collecte de données, on a instauré non seulement une formalisation de la collecte de données mais aussi une stabilisation des rapports entre les professionnels en regard de cette étape du processus clinique. Toutefois, l'introduction de cette orientation signifie que dorénavant une seule personne procédera à la collecte d'informations et que le comité d'allocation de services, qui doit se baser sur cette information pour allouer les services, devient dépendant de cette personne qui en structure maintenant la capacité d'action.

Les acteurs du MAD ont adopté, donc ont accepté cette délégation exogène en acceptant les outils de la Régie. Mentionnons toutefois que cette délégation est partielle car ils adoptent plus facilement l'instrument de collecte de données que le plan d'intervention pour lequel ils expriment beaucoup plus de réticences.

Cette analyse révèle l'utilité de se pencher sur les différents modes de délégation des responsabilités de la régulation et sur ses effets en regard de la différenciation ou de l'intégration professionnelle, effets souvent complexes et paradoxaux.

6.5 Conclusion

L'étude des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle permet d'améliorer notre compréhension des jeux des acteurs comme mécanismes de régulation de la collaboration interprofessionnelle. Tout comme au projet OLO, les professionnels expriment leur désir d'aller plus loin dans leur collaboration interprofessionnelle. Les règles du jeu et les enjeux professionnels et interpersonnels viennent rendre le jeu de la collaboration difficile et souvent décevant. Le cas du MAD démontre des tendances multiples, souvent même un déchirement entre les valeurs de compétition du système professionnel et les valeurs sous-jacentes à la collaboration. Les professionnels sont impliqués et même engagés auprès de la clientèle, le climat est sain, il n'y a pas de conflits importants, les gestionnaires ont un style de gestion qui privilégie le respect des professionnels et leur autonomie. Malgré ce contexte, on réussit difficilement à instaurer une collaboration, tel que le voudrait le discours de la collaboration, c'est-à-dire guidée par les besoins du client.

Nous avons vu que les règles formelles, qui ont pour but de réguler et de stabiliser le comportement des acteurs, entraînent ces derniers à mettre en oeuvre des stratégies qui leur permettent une marge de manoeuvre plus importante. Ces stratégies vont dans le sens d'une formalisation plus souple de la coordination et des mécanismes de collaboration. Nous avons également souligné le caractère d'opposition entre la logique instrumentale sous-jacente aux règles formelles et la logique de l'engagement qui rendent certaines règles inacceptables. Les acteurs du MAD se sentent constamment interpellés par ces deux logiques qui semblent mettre en opposition formalisation et engagement.

L'étude de la finalisation montre que les professionnels sont engagés et qu'ils peuvent dans certaines situations, aller au-delà de leurs intérêts divergents pour créer une synergie leur permettant de consacrer un maximum d'énergie à la clientèle. Le fait de posséder une certaine liberté d'action participe de cet engagement tout comme le fait de se sentir respecté.

L'étude de la collaboration au MAD souligne l'importance de l'interconnaissance en même temps que les barrières à cette interconnaissance dans le cadre d'un système professionnel en compétition. L'établissement d'une relation de confiance est une condition essentielle au dévoilement professionnel exigé dans le partage des processus cliniques. L'exemple du MAD souligne l'utilisation des différentes stratégies des acteurs en regard du déficit d'interdépendance. De même, il ressort que le partage des territoires professionnels est un domaine trop risqué pour que les professionnels s'y aventurent. Plusieurs instances exercent une régulation dont les effets sont parfois paradoxaux sur l'intégration des groupes professionnels.

L'étude de la délégation de la responsabilité au MAD montre les forces en présence, à l'interne et à l'externe, en terme de tendance vers l'intégration ou vers la différenciation professionnelle. La structure de programme, qui se veut une structure

qui favorise l'intégration, semble difficile à implanter véritablement dans le contexte des CLSC. La tendance vers la reproduction de la structure fonctionnelle est très forte. Certaines instances de délégation qui avaient pour but premier une intégration professionnelle ont eu des effets contraires.

7. UNE COLLABORATION EN PARTIE NÉGOCIÉE: ÉTUDE DE CAS AUX SERVICES COURANTS

La collaboration interprofessionnelle diffère considérablement aux services de santé et sociaux courants (services courants) de ce que nous avons vu dans les deux chapitres précédents. Le modèle de Golin et Ducanis de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire (1981) constitue pour les professionnels des services courants une sorte d'idéal. Ce modèle possède un certain pouvoir évocateur mais les professionnels nous disent que sa mise en oeuvre ne va pas de soi aux services courants. Cette vision de l'équipe interprofessionnelle ne peut s'opérationnaliser de la même manière que dans les autres programmes pour différentes raisons, la première étant reliée à la nature des services rendus qui sont, pour la plupart, ponctuels et à court terme plutôt que prolongés et complexes²¹.

La collaboration interprofessionnelle semble être perçue davantage comme un échange d'expertise et non comme un partage dans les différentes étapes du processus cliniques, par exemple, on ne convoque jamais de discussions cliniques. C'est le modèle de la pratique hospitalière médicale qui prévaut, celui où l'on réfère à un spécialiste, lorsque nécessaire. C'est aussi ce que Brunet et Vinet (1978) ont appelé le parallélisme disciplinaire.

La vignette suivante présente un aperçu du programme des services courants.

²¹ Pour une meilleure compréhension de l'étude de cas, le lecteur peut référer à l'histoire de cas des services courants. Rappelons que l'histoire de cas a été lue et validée par les participants à l'étude, elle est présentée à l'annexe 7.

LES SERVICES COURANTS

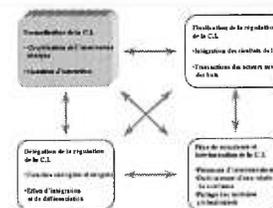
Les services courants constituent la « porte d'entrée » au CLSC, on y offre essentiellement des services d'accueil, d'orientation et de consultations médicales et infirmières et des services d'accueil et d'évaluation psychosociale. Lorsque la nature de la demande nécessite une intervention psychosociale plus importante ou une intervention spécifique, la clientèle est référée à un autre programme du CLSC.

La clientèle des services courants diffère de la clientèle des deux autres cas à l'étude en ce sens qu'une partie importante de cette clientèle vient consulter pour des demandes de nature ponctuelle. Toutefois, certains clients autonomes y sont suivis à long terme pour des problèmes complexes surtout pour des problèmes de santé physique. Il n'existe pas comme tel de lieux de rencontres pour des discussions cliniques aux services courants, on a plutôt instauré un mécanisme de support à la garde, c'est-à-dire que les médecins et les infirmières ont négocié un repartage des responsabilités professionnelles pour les consultations médicales sans rendez-vous.

Le programme des services courants regroupe 27 professionnels dont 12 médecins, trois infirmières, deux travailleurs sociaux, 7 personnes à la téléphonie, aux archives et à l'accueil²² et enfin le coordonnateur et le chef des services médicaux. La structure des services courants est annoncée comme étant une structure par programme basée sur les services à offrir à une clientèle cible. Il s'agit en fait d'une structure fonctionnelle sur la base de la formation professionnelle. On distingue effectivement deux entités aux services courants soit les médecins qui relèvent du chef de médecine et les autres professionnels, infirmières et travailleurs sociaux, qui sont sous la responsabilité du coordonnateur des services courants. Ces deux derniers groupes, infirmières et travailleurs sociaux, sont gérés comme deux groupes distincts et ne disposent pas de structure commune de concertation. De plus, le fait que les services soient dispensés dans deux bâtiments distincts accentue le fractionnement du programme des services courants.

²² Nous n'incluons pas dans notre étude le personnel de la téléphonie, de l'accueil et des archives car leurs responsabilités sont d'ordre administratif alors que nous traitons de la collaboration dans les processus cliniques.

7.1 La formalisation de la collaboration interprofessionnelle



L'organisation du travail étant basée sur le groupe professionnel, la formalisation s'effectue en fonction des codes et des façons de travailler de chacun des groupes professionnels. À l'instar des deux autres études de cas, nous analyserons la formalisation et les stratégies des acteurs en regard de la coordination de l'intervention clinique et des modalités d'interaction.

7.1.1 La coordination de l'intervention clinique

Comment se structure la coordination de l'intervention clinique aux services courants? La fonction d'intervenant pivot dont nous avons traité aux chapitres 5 et 6 ne trouve pas son équivalent aux services courants même si certains clients présentent des problèmes complexes demandant la participation de plus d'un professionnel. Les professionnels semblent plutôt s'inscrire dans une dynamique où le client « appartient » à un professionnel ou à un service et c'est ce dernier qui prend les décisions; le client appartient aux services médicaux, aux services infirmiers ou aux services sociaux, etc.

Le seul lieu de formalisation du travail interprofessionnel aux services courants est une fonction reliée au soutien aux consultations médicales sans rendez-vous, fonction que l'on nomme usuellement « le support à la garde »²³. Ainsi, on a développé à un des points de service, un mécanisme où tous les clients qui se présentent sans rendez-vous sont d'abord reçus par une infirmière qui procède à une

²³ Dans certains milieux, on utilise aussi le terme de triage. Il existe toutefois des différences dans la conceptualisation de ces fonctions, différences qui alimentent les débats corporatistes.

première évaluation et prend la décision à savoir si elle-même peut répondre à la demande du client où si elle doit en référer à une autre ressource, le plus souvent médicale. Cette fonction place donc les médecins et les infirmières en situation d'interdépendance.

Il est intéressant de revoir le processus d'interstructuration de cette règle entrée en vigueur en 1992. Avant de discuter des stratégies des acteurs, nous devons signaler que cette fonction a été mise en oeuvre pour répondre aux demandes des médecins qui se plaignaient du manque d'effectifs médicaux au CLSC. Les médecins menaçaient alors de sabrer dans les heures de consultations médicales sans rendez-vous, ce à quoi s'opposait l'administration qui, de son côté, aurait préféré couper les heures de cliniques médicales avec rendez-vous. Pourquoi? Parce que les cliniques médicales sans rendez-vous s'inscrivent dans une logique administrative où l'on incite la population d'un territoire à utiliser les services du CLSC, alors que les cliniques médicales avec rendez-vous s'inscrivent dans la perspective d'une intervention planifiée pour la clientèle des médecins. Tout ceci en s'appuyant bien sûr, de part et d'autre, sur des arguments concernant le bien de la population...

L'administration en a profité pour prôner, dans ce contexte d'insuffisance d'effectifs médicaux, une utilisation maximale des ressources infirmières par l'instauration de la fonction de support à la garde. La règle concernant le support à la garde est née de cette confrontation²⁴. À noter que les médecins et les infirmières ne sont pas unanimement d'accord avec cette nouvelle règle. Il s'agit en effet d'une règle d'une portée plus large que l'organisation du travail car elle remet en question le

²⁴ Une autre confrontation était très actuelle à l'époque et concernait la structure médico-administrative au CLSC. Les médecins relevaient alors du coordonnateur des services courants et demandaient à se gérer de façon autonome, c'est-à-dire à être sous la responsabilité d'un chef de médecine qui relèverait de la direction générale.

partage des territoires professionnels et donc crée, de ce fait, un certain nombre d'incertitudes autour desquelles les acteurs ont mis en oeuvre diverses stratégies.

La stratégie du personnel cadre (chef de médecine et coordonnateur des services courants) a consisté à privilégier, durant la phase de développement de la fonction de support à la garde, une approche participative et constructive en ce sens que trois médecins et une infirmière ont travaillé à établir les contours de cette fonction.

La stratégie de l'infirmière a été une stratégie de négociation étagée où le facteur temps a considérablement joué. Elle a progressivement négocié avec les médecins la mise en place de responsabilités toujours plus grandes pour les infirmières. Sa stratégie en a été une de coopération visant un élargissement du territoire professionnel en même temps que l'assurance d'une qualité de services pour les clients et d'une meilleure qualité de vie au travail pour les médecins et les infirmières. L'infirmière a d'abord démontré aux médecins sa compétence, ce qui lui a valu d'établir une relation de confiance avec ceux-ci. Progressivement, elle a consolidé ses rapports de sorte que l'ensemble des infirmières ont bénéficié des retombées de ce rapport de confiance et de ce nouveau partage des responsabilités.

La stratégie des médecins apparaît plus complexe car plusieurs ont été ambivalents et le demeurent face à cette proposition d'organisation du travail. Ils ont exigé de procéder eux-mêmes à des évaluations périodiques pendant la phase d'implantation avant de donner leur accord définitif. Pourtant, ils ne se sont jamais montrés disponibles à effectuer ces évaluations et la nouvelle organisation du travail a été entérinée par la direction sans que les médecins ne l'entérinent eux-mêmes officiellement. Quelles en sont les raisons? Manque de temps, sentiment que ça va bien et donc pas besoin d'évaluer ou encore stratégie d'évitement? Les médecins sont très prudents dans leur démarche car cette règle fait en sorte d'accorder à l'ensemble

des infirmières une légitimité et un pouvoir qui, au départ, ne sont accordés qu'à une seule infirmière. Cette organisation du travail convient aux médecins d'un point de vue pratique, ainsi sans l'endosser officiellement, ils sont en quelque sorte à l'abri de leur corporation professionnelle qui montre une certaine opposition à cette façon de faire²⁵.

Mentionnons que la fonction de support à la garde n'a pu être implantée à l'autre point de service du CLSC où il existe un problème de reconnaissance de la compétence et un climat tendu. Les médecins ne font pas confiance aux infirmières, ils jugent certaines infirmières peu compétentes. Les infirmières ne font pas confiance aux médecins, elles disent ne pas vouloir « être les servantes du médecin ». Les infirmières de ce deuxième point de service ont aussi une conception différente de la fonction de support à la garde qui, selon elles, est une fonction subordonnée au médecin, alors que les infirmières qui ont introduit cette fonction la considèrent comme un enrichissement de leur tâche! Il ne faut pas oublier que les médecins ont négocié, en retour de ce re-partage des territoires, la participation des infirmières à certaines tâches routinières qui consomment beaucoup de temps.

Il apparaît que la construction de cette règle en regard de la coordination de l'intervention directe prend une forme contingente, tributaire de l'expertise des groupes en présence et probablement provisoire car elle est appelée à être constamment remodelée. Cette situation illustre bien à quel point la construction d'une règle est tributaire des rapports entre les groupes, rapports basés sur des échanges négociés. Elle met aussi en évidence la nature au moins bilatérale du

²⁵ En 1995, la corporation des médecins du Québec a émis un moratoire sur la fonction de triage ou de « support à la garde » dans les services de première ligne. Ce débat est importé par certains CLSC et dégénère parfois en affrontement sur l'aire de travail. Les médecins de plusieurs CLSC refusent d'entériner une organisation du travail telle que le support à la garde.

pouvoir. Le résultat de cet échange négocié prend ici une forme qui diffère du travail prescrit par la corporation professionnelle et par certains groupes de professionnels.

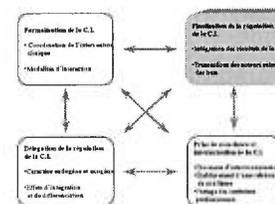
7.1.2 Les modalités d'interaction

Il n'existe pas de règle régissant les modalités d'interaction aux services courants. On y retrouve en quelque sorte une situation de non-équipe interprofessionnelle. La structure est fonctionnelle, d'un côté les médecins et de l'autre les infirmières et les travailleurs sociaux, ces deux derniers groupes étant gérés par un même coordonnateur mais de façon indépendante. On a, de fait, formalisé certains mécanismes d'interaction *intraprofessionnelle* mais aucun mécanisme interprofessionnel. Il n'existe aucun lieu de rencontre des différents groupes professionnels que ce soit pour des considérations administratives ou cliniques.

Cela ne signifie aucunement qu'il n'existe pas de collaboration, elle prend le plus souvent la forme d'échange d'expertise plutôt que de partage dans les processus cliniques, tel que défini par Golin et Ducanis (1981). Cette collaboration est de type informel à savoir qu'elle se passe sur le pas d'une porte ou encore dans un des locaux qui est devenu un lieu de rassemblement. Toutefois, ces échanges informels prennent place plus particulièrement au point de service où la fonction de support à la garde a placé les professionnels en situation de plus grande interdépendance.

En résumé, l'analyse de la formalisation aux services courants montre un degré de formalisation important de la coordination de l'intervention directe entre les médecins et les infirmières. L'introduction de cette règle a amélioré sensiblement le climat. On retrouve un faible degré de formalisation des modalités d'interaction, on vise principalement l'échange d'expertise.

7.2 La finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle



Le degré de finalisation traite de l'intégration des résultats de la collaboration à la structuration de cette même collaboration de même que de la transformation des résultats en buts acceptés et valorisés. Ce dernier point soulève la question de la cohésion de l'organisation, c'est-à-dire de la cohésion des buts poursuivis par les différents acteurs.

7.2.1 L'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle

S'appuyant sur leur expérience, certains professionnels des services courants affirment que la collaboration interprofessionnelle, telle que proposée depuis 20 ans dans les CLSC, relève de l'utopie. Pour cette raison et probablement pour plusieurs autres raisons dont la nature même des services courants, les modalités de mise en oeuvre de la collaboration interprofessionnelle diffèrent des autres programmes. Les objectifs poursuivis et les résultats attendus ne sont pas les mêmes. Tel que mentionné, on conçoit la collaboration en terme d'échange d'expertise et non en terme de partage dans les processus cliniques, on ne retrouve d'ailleurs pas de trace de plan d'intervention ou de discussion de cas même pour des clients suivis à long terme et présentant des situations cliniques complexes.

Dans la mise en oeuvre de la règle concernant la coordination de l'intervention directe, différents groupes poursuivent différents objectifs. Le coordonnateur vise l'utilisation optimale des ressources infirmières pour dégager les médecins. Le chef de médecine poursuit un objectif de satisfaction et de rétention des médecins. Les infirmières désirent l'instauration d'un climat de travail sécurisant et un travail plus satisfaisant. L'introduction de la nouvelle organisation du travail a

possiblement eu comme conséquence une meilleure utilisation des ressources mais ce n'est pas là le résultat le plus important. Contre toute attente, les acteurs se sont rendu compte que les effets les plus bénéfiques de la mise en oeuvre de cette règle est la qualité du climat de travail et le fait qu'une dynamique de soutien réciproque et d'entraide ait pris forme. Quant à l'efficacité, on se rend compte que les infirmières peuvent répondre de façon complète à environ 8% à 10% des demandes. Un des résultats obtenus semble être l'amélioration du climat organisationnel. En fait, il semble que l'introduction de cette mesure ait suscité des lieux de rencontres informelles qui vont au-delà des relations prescrites à savoir que ces lieux servent à l'échange de savoir et de savoir-faire.

Les professionnels ont intégré les résultats de leur collaboration et en parlent comme d'une expérience positive à poursuivre afin d'améliorer les relations interprofessionnelles et pérenniser la collaboration. On désire même introduire cette mesure à l'autre point de service, mais il n'est pas évident que la structuration de la collaboration sera du même ordre, compte tenu des acteurs et des dynamiques en présence.

Une autre observation à l'intérieur de l'étude de ce cas permet de constater que contrairement aux autres cas, on tente d'augmenter le degré de formalisation, entre autre, par l'exportation de la règle à l'autre point de service. Dans les deux autres cas, les résultats de la collaboration ont été utilisés pour aller dans le sens d'une formalisation plus souple des relations interprofessionnelles alors qu'aux services courants, on semble vouloir augmenter la formalisation.

7.2.2 Les transactions des acteurs autour des buts

Les services courants sont particulièrement fragmentés. En effet, les différents groupes professionnels sont gérés séparément, leurs interventions sont très

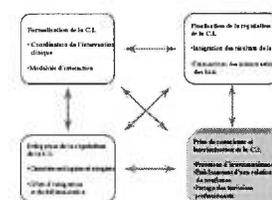
variées et ils sont physiquement séparés, leurs locaux étant situés dans des établissements différents. De plus, les médecins bénéficient d'un statut particulier qui fait en sorte d'introduire des règles du jeu fort différentes.

Ce statut particulier des médecins peut nous servir à étudier la dynamique des acteurs qui mettent ou non leurs transactions au service des buts des services courants. Les médecins acceptent de travailler en CLSC, pratique qui pour certains n'est pas très stimulante et a possiblement été imposée par le plan des effectifs médicaux de la Régie. En contrepartie, les médecins utilisent le CLSC et ses ressources en fonction d'un certain nombre de leurs intérêts personnels. Cette négociation tient compte de la position de force des médecins dont le recrutement en CLSC est ardu. De plus, la culture médicale se situe en nette contradiction avec la culture communautaire et cette opposition conduit à une dynamique de compétition et parfois même de rejet mutuel. Le statut particulier des médecins renforce cette dynamique des logiques opposées. Les partenaires/adversaires des médecins ont l'impression que ceux-ci mettent l'organisation à leurs services et sont donc eux-mêmes au service des médecins. Rappelons-nous l'objection des infirmières du point de service qui disent ne pas vouloir être les « servantes du médecin ».

Les acteurs sont conscients de cet éclatement des intérêts et des logiques et, en ce sens, ne peuvent se donner que de façon limitée des règles qui les lieraient à des processus communs. Ils sont par contre, pour certains, liés les uns envers les autres par la qualité de leurs relations interprofessionnelles et interpersonnelles, par le soutien qu'ils se donnent mutuellement dans la poursuite de leur action respective. Les infirmières reçoivent des médecins un soutien dans l'élargissement de leur champ professionnel, les médecins reçoivent une assistance des infirmières dans l'exécution de certaines tâches. Les acteurs ne veulent toutefois pas être contraints, par des règles formelles, dans la poursuite de leurs buts respectifs, au-delà d'un but très général de répondre aux besoins de la population.

Les acteurs ont intériorisé les aspects positifs de la collaboration mais la fragmentation des services courants et la sacro-sainte autonomie professionnelle ainsi que les logiques en présence rendent précaires la cohésion et l'intégration au sein de ce programme, parce que constamment menacées d'érosion, voire d'implosion par les professionnels même.

7.3 La conscience et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle



Le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation met en lumière l'interdépendance des acteurs et leur conscience des échanges sociaux. Encore ici, les données empiriques font ressortir trois mécanismes par lesquels les acteurs s'approprient ou non cette interdépendance soit: les processus d'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance et le partage de territoires professionnels.

7.3.1 Le processus d'interconnaissance

Reprenons à ce titre l'exemple du groupe des infirmières qui ont adopté récemment un modèle conceptuel de soins infirmiers qui est de nature à modifier l'intervention des infirmières et surtout leur façon de concevoir le client et sa famille dans un contexte de services courants. Nous ne discuterons pas plus longuement de la dynamique en présence puisqu'elle ressemble essentiellement à celle des deux autres cas, à savoir un non partage avec les autres groupes professionnels et ce, pour des raisons d'autonomie professionnelle. La structure fonctionnelle des services courants semble renforcer ce clivage. L'ensemble des groupes professionnels ne semble pas croire à ce processus d'interconnaissance, on n'en ressent ni le besoin, ni la pertinence et ceci paraît grandement relié à l'autonomie professionnelle. Il ne faut

pas oublier qu'un acteur important, le coordonnateur des services courants, joue le rôle de responsable des soins infirmiers pour l'ensemble des infirmières du CLSC et, à ce titre, elle introduit une forte dynamique de différenciation professionnelle.

7.3.2 L'établissement d'une relation de confiance

Contrairement aux autres cas, il semble que les transactions aux services courants ne sont pas uniquement basées sur la notion d'échange social. Nous faisons appel aux écrits de Baudry (1994) pour comprendre cette dynamique. Selon la définition de Baudry (1994), deux types d'échange existent: l'échange social et l'échange économique.

Dans l'échange social intervient un système de contreparties entre les « transactants » qui n'est pas inscrit explicitement dans le contrat. L'échange social fait ainsi appel à la notion d'engagement, de mobilisation, qui repose sur la confiance, contrairement à l'échange économique dans lequel les obligations des uns et des autres sont entièrement spécifiées à l'avance. (p.49)

On sent aux services courants la présence de ces deux types d'échanges enchevêtrés et difficilement déchiffrables dans les relations entre les médecins et les infirmières. En effet, les infirmières et les médecins, à travers le « contrat » conclu en regard de la coordination de l'intervention directe, semblent avoir établi un échange de nature économique basé sur la substitution²⁶ de certains territoires professionnels. D'un même souffle, nous pouvons également constater que cette substitution a été établie sur la base de la qualité des relations interpersonnelles et professionnelles

²⁶ L'ordre des infirmières et infirmiers du Québec n'apprécie pas l'utilisation de la notion de substitution car elle revendique que les responsabilités inhérentes à la collecte d'informations et à la première évaluation des clients est une responsabilité de l'infirmière. Par contre, selon l'organisation actuelle du système de santé, où le médecin établit le diagnostic, la notion de substitution telle que défini par Donabedian (1973) peut être pertinente. Donabedian, A. 1973. *Aspects of Medical Care Administration*. p. 280-284. Cambridge: Harvard University Press.

entre médecins et infirmières. Les échanges semblent alors prendre les caractéristiques d'une forme d'engagement qui repose sur la confiance. Or voilà que l'on souhaite que ce contrat, établi au départ entre certains partenaires, soit étendu à tous les partenaires infirmières/médecins des services courants. Autrement dit, la relation de confiance qui s'est bâtie entre un médecin et une infirmière et qui conduit à des mécanismes de substitution des territoires professionnels doit être étendue à d'autres infirmières et à d'autres médecins qui possiblement ne se connaissent pas et qui, peut-être même, sont en total désaccord. Force est de constater que cette extension n'est pas possible sous toutes les conditions. La situation soulève une fois de plus la question du déficit d'interdépendance et de son influence sur la collaboration interprofessionnelle.

La question de confiance n'est d'ailleurs pas uniquement liée à l'hermétisme ou à la méconnaissance entre les groupes professionnels, elle se pose aussi dans un contexte d'action *intraprofessionnelle*. Jusqu'à présent, nous avons peu parlé du groupe des travailleurs sociaux. La raison en est qu'ils sont peu en situation d'interdépendance avec les médecins ou les infirmières, mais beaucoup avec les travailleurs sociaux des autres programmes du CLSC. Leur rôle consiste à procéder à une première évaluation et si la situation le requiert, le client sera référé aux travailleurs sociaux du programme pertinent. Les travailleurs sociaux des services courants exécutent ainsi une fonction de triage. Ces derniers considèrent que le plus éprouvant de leur travail est le fait que les évaluations qu'ils font de la clientèle sont lues par leurs collègues travailleurs sociaux des autres programmes. Ceci les met en position d'inégalité de pouvoir, ces autres travailleurs sociaux pouvant les juger alors qu'eux-mêmes n'ont pas le même accès à leurs évaluations.

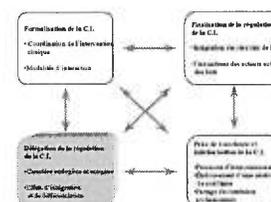
L'établissement de cette relation de confiance semble bien au coeur des stratégies des acteurs dans les processus de structuration de la collaboration

interprofessionnelle mais aussi intraprofessionnelle, on pourrait même dire au coeur de toute action collective.

7.3.3 *Le partage des territoires professionnels*

La dimension de la conscience des interdépendances et de la nécessité de les réguler passe par la prise en compte de la question des territoires professionnels et de la capacité d'établir une collaboration la moins conflictuelle possible autour de ces territoires. Les services courants sont essentiellement organisés autour de la main d'oeuvre médicale, selon un modèle traditionnel où les infirmières agissent en périphérie et en support à l'activité médicale. Il est clair que les médecins exercent une hiérarchie professionnelle par leur pouvoir de prescription. Les territoires sont jalousement séparés entre médecins et infirmières et entre infirmières et travailleurs sociaux. Ceci n'a toutefois pas empêché d'en arriver à un redéploiement des territoires pour des impératifs instrumentaux, redéploiement basé sur l'interchangeabilité des ressources (Donabedian, 1973) et qui a entraîné une substitution entre les professionnels pour certains territoires. L'interchangeabilité est ici basée sur la légitimité des infirmières, légitimité faible mais quand même suffisante pour qu'elles puissent revendiquer une partie d'un territoire. Ce redéploiement est ainsi basé sur un déficit de légitimité des médecins de revendiquer pour eux seuls ce territoire. Ce redéploiement est aussi basé sur la conscience des interdépendances et de la nécessité de s'entraider.

7.4 La délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle



La délégation explicite de la responsabilité de la régulation traite de la prise de conscience par les acteurs des éléments de leur régulation confiés soit à des instances

endogènes ou à des organes exogènes à savoir des tiers garants. Nous analysons plus spécifiquement la conscience des acteurs quant aux effets d'intégration et de différenciation de ces différents types de délégation.

7.4.1 Le caractère endogène de la délégation

La délégation endogène de la régulation est confiée au coordonnateur des services courants et au chef de médecine. Rappelons un peu d'histoire. En 1989, le conseil d'administration du CLSC a entériné un plan d'organisation où les médecins relevaient directement du coordonnateur des services courants. Cette structure a été mise en place dans le but de promouvoir l'intégration des médecins qui, du fait de leur statut particulier conféré par la Loi sur les services de santé et services sociaux (Loi 120, art. 1-R) (Gouvernement du Québec, 1991), ne se conformaient pas toujours aux politiques et directives en vigueur dans l'établissement. Cette structure a occasionné de nombreux conflits. Les médecins ne l'ont jamais acceptée et ont toujours dénoncé le fait qu'elle leur enlevait leur pouvoir et les démotivait. Finalement, la direction a dû abandonner et, en 1993, un nouveau plan de services a été adopté où les médecins retrouvent leur autonomie à travers une structure fonctionnelle, en ce sens qu'ils relèveront dorénavant du chef de médecine et celui-ci répondra directement de la direction générale.

Cette nouvelle structure, qui est le fruit d'une négociation où les médecins ont bénéficié de leur pouvoir, a un effet de différenciation. En effet, elle crée deux entités au sein des services courants, deux entités dont les responsables hiérarchiques éprouvent certaines difficultés à s'entendre. Les rôles de chacun sont ambigus et il existe de la confusion au niveau de la délégation des responsabilités surtout administratives. On a peur de l'ingérence de part et d'autre. Cette structure à deux têtes entraîne des situations incongrues du fait du travail très imbriqué des divers partenaires. Par exemple, le travail du personnel de l'accueil consiste essentiellement

à soutenir les médecins lors des consultations médicales mais ce personnel se retrouve sous l'autorité du coordonnateur des services courants. Les acteurs sont tout à fait conscients de l'incongruité de la situation mais c'est à ce prix qu'ils doivent fonctionner. La légitimité des médecins est tellement forte qu'ils ont récupéré cette délégation.

Tout comme dans les deux autres cas à l'étude, on s'aperçoit que sous des dehors de structure par programme, on se retrouve plutôt dans une structure fonctionnelle par groupe professionnel. Les acteurs sont tout à fait conscients de cette délégation de leur régulation à la structure. L'effet de différenciation semble le prix à payer pour l'autonomie des groupes professionnels, qui finalement est la grande gagnante de cette négociation.

7.4.2 Le caractère exogène de la délégation

Tout comme dans les deux autres cas, les instances créées par la Loi 120 tel que le CMDP, le CII, le CM et la fonction de RSI, sont des instances dont les effets semblent plus souvent s'orienter vers une différenciation professionnelle plutôt que vers une intégration. Ces instances, très importantes dans la vie de l'organisation, ont pour raison d'être le développement professionnel et la sauvegarde du territoire sous des objectifs de promotion de la qualité des services. Ce qui n'est pas mauvais en soi, mais il n'existe pas d'instance qui pourrait faire contrepoids et qui aurait un effet d'intégration des différents groupes professionnels.

Voyons comment le système professionnel influence les pratiques sur l'aire de travail des services courants, mais pas complètement... Reprenons l'exemple du support à la garde qui est un exemple intéressant puisqu'il amène à un repartage des territoires professionnels. Des deux côtés de la barrière, les professionnelles n'ont pas suivi complètement le discours de leur ordre professionnel. Dans la négociation

du support à la garde, les médecins n'ont intégré que partiellement le discours de leur ordre professionnel. Ce dernier demande aux médecins de ne pas négocier ce territoire avec les infirmières et même depuis 1995, un moratoire a été décrété par l'Ordre des médecins du Québec. Les médecins du CLSC à l'étude se sont montrés prudents dans la re-partage des territoires mais ils sont quand même allés de l'avant, à l'encontre du discours de leur corporation.

En ce qui a trait aux infirmières, celles-ci n'ont pas non plus suivi complètement le discours de leur corporation qui défend que la fonction de support à la garde n'est en rien une fonction déléguée par les médecins mais qu'elle appartient en propre aux infirmières. Par contre, lors de l'implantation de la fonction, les infirmières ont négocié sur la base que les médecins leur accordaient une fonction supplémentaire. La question ici n'est pas de savoir à qui appartient cette fonction, au contraire, mais bien de voir que les professionnels n'adhèrent que partiellement au discours de leur corporation.

L'exemple que nous avons étudié montre que la délégation exogène a un effet de différenciation important, mais les professionnels étant conscients de cet effet sont prêts à négocier les positions de leur ordre professionnel. Les impératifs de l'aire de travail les placent en situation de rationalité contextualisée et d'interdépendance dont les modalités doivent faire l'objet d'une négociation qui permette une collaboration la moins conflictuelle possible. Ces observations rejoignent les travaux de Abbott (1988).

7.5 Conclusion

Qu'en est-il de la collaboration interprofessionnelle aux services courants selon les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration

interprofessionnelle? Les principaux constats sont à l'effet que le modèle de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire tel que préconisé par Golin et Ducanis (1981) ne semble pas, selon les acteurs, un modèle pertinent; on n'a donc pas tenté de le formaliser. On a plutôt formalisé la coordination de l'intervention infirmière-médecin pour une tâche spécifique qu'est le support à la garde. Les modalités d'interaction n'ont pas été formalisées. On a plutôt instauré une structure fonctionnelle dans laquelle les relations d'interdépendance sont peu encouragées.

En ce qui a trait à la dimension de la finalisation, on y apprend que la formalisation des rapports infirmières-médecins semble avoir eu des résultats plus importants au niveau du climat organisationnel surtout par l'établissement de relations de soutien mutuel dans le travail. Par contre, les intérêts divergents et les règles du jeu particulières à certains acteurs font que ces résultats sont très fragiles.

Le processus d'interconnaissance, comme dans les deux autres cas, connaît des zones importantes d'opacité. L'établissement d'une relation de confiance est précaire à cause de la fragmentation des services et encore une fois des déficits d'interdépendance entre les acteurs. D'ailleurs, la même difficulté existe au niveau de la collaboration *intra*professionnelle.

L'étude de la délégation aux services courants souligne l'effet de différenciation. L'organisation du travail y est essentiellement de nature fonctionnelle par groupe professionnel. On y voit aussi que la transposition du discours des corporations professionnelles sur l'aire de travail est modulée par les négociations entre les partenaires. Ceux-ci sont, en partie, allés à l'encontre du discours de leurs ordres professionnels, ce qui a permis d'établir une certaine forme de collaboration.

En conclusion, nous voyons que la nature du travail influence les modes de formalisation de la collaboration interprofessionnelle et que les stratégies des acteurs façonnent la formalisation de la collaboration. La collaboration est ainsi tributaire d'un processus d'interstructuration basé sur les échanges et les négociations entre des acteurs interdépendants.

8. DISCUSSION DES PROBLÈMES DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

L'analyse transversale porte sur les problèmes de collaboration interprofessionnelle qui émergent de l'analyse interne des trois cas. Chacun de ces problèmes se rattache plus particulièrement à l'une des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle mais chacun est aussi relié aux autres dimensions (figure 4.2). Une de ces dimensions relève plus spécifiquement de la sphère de l'ordre formel alors que les trois autres appartiennent à la sphère des rapports humains.

Nous tentons de démontrer que ces problèmes sont le fruit de la structuration d'une action collective et que c'est à travers ce même processus de structuration que l'on peut espérer les résoudre, du moins partiellement. Friedberg (1993) propose une séquence génétique où l'émergence d'un système d'action concret, obéissant à des mécanismes de régulation, devient de plus en plus explicite, conscient et finalisé. Nous pensons de même que cette prise de conscience et d'intériorisation de la régulation est une voie à privilégier pour établir une collaboration qui soit valorisée tant par les résultats concrets qu'elle permet d'obtenir pour chaque acteur que pour les résultats d'ensemble qu'elle produit. Ces résultats sont une qualité de services aussi bien qu'une possibilité d'action. À travers l'analyse transversale, nous tentons de ressortir les éléments prégnants de la régulation de la collaboration interprofessionnelle pour nous amener à proposer, au chapitre suivant, notre propre séquence de régulation de cette collaboration.

Que nous enseigne l'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein de trois équipes interprofessionnelles qui tentent de se doter de mécanismes de

collaboration permettant aux membres d'établir une collaboration qui soit la plus efficiente et la moins conflictuelle possible? Les professionnels de ces équipes ont des intérêts collectifs et individuels souvent divergents, issus partiellement de leur appartenance à un groupe professionnel mais aussi de toutes autres sources qui relèvent de l'historicité et des intentionnalités des individus. Ils poursuivent cependant des buts communs, soit d'établir une collaboration qui génère des résultats sans lesquels l'équipe ne survivrait pas, de se structurer des moyens de collaboration les plus harmonieux possibles compte tenu des contraintes imposées par l'organisation, par le système professionnel et par les intérêts et l'affectivité de chacun. Finalement, ils désirent se ménager une marge de manoeuvre qui laisse leur liberté d'action.

8.1 Les problèmes autour de la formalisation de la collaboration interprofessionnelle

D'abord résumons en quelques mots l'évolution de la formalisation au sein des trois cas à l'étude. Au projet OLO et au programme de MAD, nous avons observé des problèmes importants de l'évolution de la collaboration interprofessionnelle qui ont amené les deux équipes au démantèlement de règles formelles rigides vers des règles implicites, souples, ne faisant pas l'objet de contrôle. *A contrario*, le troisième cas, montre qu'une partie du système d'action tente d'évoluer vers une plus grande formalisation de la régulation, mais que des structurations englobantes posent des barrières importantes.

Plusieurs enjeux se cachent derrière la structuration de la formalisation. Dans les trois cas à l'étude, nous avons vu que la formalisation de la collaboration interprofessionnelle passe par deux règles. Une première règle concerne la coordination de l'intervention clinique et une seconde règle porte sur les modalités

d'interaction des différents membres de l'équipe. Ces deux règles tentent de réguler l'essentiel des rapports « officiels » entre les professionnels. Le tableau 8.1 présente les caractéristiques et les dynamiques engendrées par ces deux règles dans les trois cas à l'étude.

Tableau 8.1: Caractéristiques et dynamique engendrée par deux règles formelles régissant la collaboration interprofessionnelle dans les cas à l'étude.

Règle	OLO	MAD	S.C.
Coordination de l'intervention clinique	<u>Contenu de la règle:</u> <ul style="list-style-type: none"> Identité du professionnel responsable de coordonner les professionnels impliqués auprès du client 	<u>Contenu de la règle:</u> <ul style="list-style-type: none"> Identité du professionnel responsable de coordonner les professionnels impliqués auprès du client Fonctions et responsabilités 	<u>Contenu de la règle:</u> <ul style="list-style-type: none"> L'équivalent est la fonction triage qui permet de décider à quel service « appartient » le client.
	<ul style="list-style-type: none"> Vise à exercer un certain contrôle et à assurer l'uniformité des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> Vise à faciliter la coordination entre autre pour les modifications de services 	<ul style="list-style-type: none"> Vise à une meilleure efficacité des ressources médicales et infirmières
	<u>Caractéristiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> Règle non consensuelle Crée des inégalités de pouvoir Fait de l'accès à la clientèle un enjeu Crée des déficits de légitimité 	<u>Caractéristiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> Règle consensuelle Crée une hiérarchie entre professionnels et non professionnels 	<u>Caractéristiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> Règle construite progressivement Basée sur un échange de type marchand
	<u>Dynamique engendrée:</u> <ul style="list-style-type: none"> Revendications de la part des professionnels qui n'ont pas accès à la fonction d'intervenant pivot. 	<u>Dynamique engendrée:</u> <ul style="list-style-type: none"> Moindre implication des professionnels en regard des intérêts du client. L'intervenant pivot assume la responsabilité. 	<u>Dynamique engendrée:</u> <ul style="list-style-type: none"> Échange de services sur une base marchande Soins dispensés de façon consécutive et non simultanée
Modalités d'interaction entre les membres de l'équipe	<u>Contenu de la règle:</u> <ul style="list-style-type: none"> Fréquence et durée des rencontres Nombre de situations cliniques Types d'informations à échanger Résultats anticipés Modalités de discussions 	<u>Contenu de la règle:</u> <ul style="list-style-type: none"> Règle non écrite. Les cadres encouragent les professionnels à se réunir selon les besoins Rencontres regroupent les professionnels impliqués La finalité est la rédaction d'un plan d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune règle explicite à cet égard Les professionnels ont développé des affinités personnelles qui les amènent à échanger informellement
	<ul style="list-style-type: none"> Vise à exercer un contrôle sur le temps de discussions formelles et informelles 	<ul style="list-style-type: none"> Vise à susciter l'engagement des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Ne voit pas la pertinence de créer des mécanismes d'interaction formelle
	<u>Caractéristiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> Basée sur un paradoxe: l'absence de la clientèle Va à l'encontre de la relation duelle praticien-client Crée des inégalités de pouvoir Ne tient pas compte de la logique affective des acteurs 	<u>Caractéristiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> Collaboration est basée davantage sur les déficits d'interdépendance que sur les besoins du client 	<u>Caractéristiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de règle explicite à cet égard
	<u>Résultats et dynamique engendrée:</u> <ul style="list-style-type: none"> Échange d'information mais pas de plan d'intervention Revendications de la part du groupe en position de vulnérabilité 	<u>Résultats et dynamique engendrée:</u> <ul style="list-style-type: none"> Échange d'information dépend de la qualité de la relation Peu de plan d'intervention Bon climat de travail 	<u>Résultats et dynamique engendrée:</u> <ul style="list-style-type: none"> Bon climat de travail entre certaines personnes dû à plus d'échanges informels

Nous avons identifié quatre problèmes importants en regard de ces deux règles: 1) des règles formelles rigides non consensuelles, 2) faisant abstraction de la

logique affective des professionnels, 3) créant des inégalités de pouvoir entre les groupes professionnels et 4) s'appuyant sur un paradoxe.

8.1.1 Des règles formelles rigides non consensuelles

Dans deux des cas à l'étude, (OLO et MAD) la règle a été, d'une part, imposée par un supérieur hiérarchique et d'autre part, elle n'a pas été acceptée par la majorité des professionnels. Elle a été contestée et modifiée, progressivement ou brusquement, selon le cas. À l'opposé, dans un troisième cas (SC), la règle concernant la coordination de l'intervention directe a fait l'objet d'une négociation entre deux groupes de professionnels, en l'occurrence les médecins et les infirmières. Cette participation des acteurs à la construction d'une règle formelle a eu un effet totalement différent, à savoir qu'elle a permis d'améliorer le climat au sein de l'équipe. La règle a fait l'objet d'un échange négocié où les deux parties ont retiré des bénéfices²⁷.

Dans tous les cas, le problème semble relié à la qualité, à la pertinence des règles et à leur articulation. Au projet OLO, la règle concernant la coordination a provoqué des revendications de la part d'un groupe professionnel qui tente en représailles d'exercer un contrôle sur un autre groupe professionnel. On instaure ainsi un cercle vicieux bureaucratique entre les groupes professionnels où le contrôle, exercé par un groupe, provoque de la résistance de la part d'un autre groupe, ce qui engendre plus de contrôle entre les groupes professionnels. Au projet OLO, il semble que ce soit autant le degré de formalisation que la pertinence de la règle qui

²⁷ Nous verrons plus loin que cette règle amène toutefois des difficultés car elle entre en opposition avec ce que nous qualifions de délégation exogène, ici aux corporations professionnelles qui sont en désaccord avec l'instauration d'une règle de cette nature car elle a pour effet de renégocier le partage des territoires professionnels.

ont fait basculer la formalisation vers le pôle du contrôle perturbateur plutôt que vers celui de soutien viable (Mintzberg, 1994). La formalisation au projet OLO a été utilisée comme outil de contrôle plutôt que comme outil de facilitation. La formalisation est vite devenue un inconvénient plus qu'un avantage et elle a même fait perdre son véritable sens à la collaboration qui, par essence, est volontaire. Au programme de MAD, un des éléments de réflexion qui ont amené les cadres à passer d'une formalisation rigide de la collaboration à une règle souple a justement été cette question de l'engagement. La collaboration qu'elle soit interprofessionnelle ou interpersonnelle, reste une question d'engagement affectif qui ne peut être forcé par des édits. Le danger d'une formalisation trop rigide est justement de diminuer cet engagement. Il semble inapproprié de formaliser la collaboration interprofessionnelle au-delà d'un certain seuil.

8.1.2 Des règles formelles qui créent des inégalités de pouvoir.

Au projet OLO, la règle formelle a eu pour effet de diviser les groupes professionnels en créant des inégalités de pouvoir entre ceux-ci. Un groupe de professionnels a ainsi reçu, de façon exclusive, le pouvoir de coordination de l'équipe interprofessionnelle. Or, cette décision a eu plus d'une conséquence en créant une inégalité de pouvoir entre les groupes professionnels mais aussi un déficit de légitimité pour les groupes dont l'accès à la clientèle est restreint. Ceci a été perçu en partie comme une négation de leur expertise mais aussi comme une injustice. Koorsgaard, Schweiger et Sapienza (1995) et Murnighan (1994) affirment que la perception qu'ont les employés de la justice dans les procédures interactives et structurelles sont des éléments fondamentaux de la relation de confiance nécessaire dans la collaboration. De plus, cette règle crée un nouvel enjeu, ou à tout le moins l'exacerbe, soit l'accès à la clientèle. Des alliances se sont ainsi formées et le jeu de la concurrence entre groupes professionnels a joué. Il a pris une telle ampleur que les

règles n'ont pas survécu. Elles ont dû être modifiées, mais la compétition pour l'accès à la clientèle est toujours bien présente. Au MAD, le jeu de la concurrence a été moins fracassant mais les résultats ont été identiques à savoir le remplacement progressif par une nouvelle règle qui laisse plus de place à l'autonomie.

La règle concernant la coordination de l'intervention directe est une règle qui se rapproche de la notion de « professionnel traitant » et peut créer une hiérarchisation des statuts entre groupes professionnels traditionnellement perçus comme possédant un statut égalitaire ou renforcer une hiérarchisation déjà existante. Ce danger de hiérarchisation des statuts introduit des stratégies de pouvoir et de négociation propre à la concurrence.

8.1.3 Des règles formelles qui ne prennent pas en compte la logique affective des acteurs

La dimension de la formalisation est aussi reliée à la notion de relation de confiance. Les études menées sur le sujet montrent que la confiance est un préalable à la collaboration (Argyle, 1991; Ring et Van de Ven, 1994; Mayer, Davis, et Schoorman, 1995; McAllister, 1995; Smith, Carroll et Ashford, 1995). Dans deux des cas de notre étude, l'on se base sur des règles formelles non consensuelles pour créer des lieux où l'on souhaite que se développe une relation de confiance entre les professionnels. Nous constatons toutefois que la mise en oeuvre de ces règles de collaboration demande justement qu'une relation de confiance soit préalablement établie parce qu'elles exigent des professionnels un certain dévoilement. Un dévoilement de l'intimité professionnelle à savoir que les buts poursuivis, la manière de les atteindre et les difficultés rencontrées sont des éléments intimes de l'intervention de chaque professionnel. Les professionnels sont peu habitués à exposer devant d'autres leur plan d'intervention, et c'est ce que la règle cherchait à faire. Ils ont utilisé différentes stratégies pour se sortir de cette contrainte. La

collaboration interprofessionnelle exige un investissement affectif qui ne peut être régit par des règles qui ne tiennent pas compte de cette dimension des rapports humains.

8.1.4 Des règles formelles basées sur un paradoxe

Une analyse plus poussée de la règle nous permet d'identifier un paradoxe important au sujet de la place du client et de son réseau social dans l'équipe interprofessionnelle. Nous entendons par la place du client, la présence, le rôle et le pouvoir de celui-ci dans les décisions concernant son plan d'intervention. Deux problèmes se posent, d'une part la relation client-professionnel est traditionnellement une relation duelle, à savoir qu'elle prend place entre le client et le professionnel. D'autre part, l'approche proposée en santé communautaire vise à élargir cette relation à l'ensemble du réseau social de la personne, c'est-à-dire à sa famille et aux personnes de son entourage qui peuvent l'aider. Or, la formalisation de la collaboration interprofessionnelle propose de médiatiser cette relation par les professionnels de l'équipe qui sont ou non impliqués auprès du client, et ceci en l'absence du ou des principaux intéressés. Les décisions prises par le client et le professionnel, si décisions il y a eu, sont ainsi soumises à la discussion d'un groupe de professionnels qui peut les modifier en l'absence du client. Le client n'est pas un acteur reconnu. Strauss (Bazinger, 1992) propose de se pencher sur les composantes du *travail du malade*, celui-ci étant engagé dans la quasi-totalité des processus de travail.

Il y a ainsi contradiction entre le discours et le contenu de la règle à savoir que le discours en CLSC veut que le client et son réseau social soient au coeur de l'équipe de soins comme partenaires de premier plan, mais la règle ne leur fait pas de place au coeur de cette même équipe. La règle explicite les liens et les modalités de collaboration entre les professionnels mais elle n'inclut pas les liens et les modalités

de collaboration entre le client, son réseau social et l'équipe. Elle ignore cette dimension et on n'a pas construit de connaissance commune à l'égard de la place de la clientèle comme membre de l'équipe. Cette place de la clientèle dépasse les visées de la présente étude car elle implique une transformation des rapports entre le client, le soin de la famille, le réseau d'aide et d'entraide et le soin professionnel (Pepin, 1995). Nous voulons toutefois souligner que les professionnels sont aussi interpellés par ce discours sur la place de la clientèle et qu'ils font face à ce paradoxe lorsqu'ils se réunissent pour déterminer unilatéralement, en l'absence du client, le plan d'intervention. Dans les cas à l'étude, le paradoxe concernant la place du client nous a semblé peu reconnu et certainement non ouvert. Ce n'est pas dans le cadre de la formalisation que cette place du client sera construite mais il nous apparaît de première importance qu'elle fasse partie d'une démarche de structuration de l'action collective dont les résultats doivent se refléter dans la formalisation de la collaboration interprofessionnelle. L'absence du client devient un élément paradoxal qui, non exprimé ou même inconscient, peut paralyser la concrétisation du travail interprofessionnel et empêcher les professionnels d'élaborer ensemble le plan d'intervention. La collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques n'a de sens que dans la mesure où c'est le client qui identifie la situation à corriger ainsi que les objectifs à atteindre pour que la situation redevienne satisfaisante ou acceptable pour lui-même. Dans les cas à l'étude, on ne reconnaît pas, ni n'accepte ce paradoxe et non plus de le gérer, même implicitement (Smith et Berg, 1987; Murnighan et Conlon, 1991).

En conclusion, la dimension de la formalisation est complexe. Elle est le reflet de divers enjeux appartenant à la sphère des rapports humains à l'intérieur de l'organisation mais aussi à la sphère politique à l'extérieur de l'organisation. La formalisation de la collaboration interprofessionnelle ne peut être intelligible que si

on la relie aux autres dimensions de la régulation soit le degré de finalisation de la régulation, la prise de conscience de la régulation et de la délégation.

8.2 La question de la finalisation dans la collaboration interprofessionnelle

Le degré de finalisation est le degré auquel les acteurs adhèrent aux finalités de l'organisation. Dans quelle mesure les professionnels intègrent-ils les finalités de la collaboration, c'est-à-dire qu'ils les font leurs? Dans quelle mesure utilisent-ils les résultats de leur collaboration en regard de ces finalités? Sous-entendu à cette conception de la finalisation, plus les acteurs souscrivent aux finalités de ce système d'action, plus ils sont prêts à faire des compromis pour arriver à une coopération la moins conflictuelle possible qui produise les meilleurs résultats. Ainsi plus le degré de finalisation est élevé, plus le système d'action se « concrétise » (Friedberg, 1993). D'autre part, l'approche organisationnelle est basée sur la reconnaissance des intérêts multiples et divergents des acteurs, donc sur la prémisse que les acteurs vont tenter de répondre aussi à leurs intérêts individuels ou groupaux. Comment donc réconcilier ces deux perspectives?

Notre étude a permis d'établir deux constats quant à la dimension de la finalisation au sein d'équipes interprofessionnelles. Il ressort: 1) que les professionnels énoncent des conceptions diversifiées de la collaboration interprofessionnelle, conceptions qui se traduisent par des attentes variées et complexifient la cohésion de l'équipe; 2) que les intérêts individuels et professionnels sont multiples et lorsque menacés, ils refont surface et s'opposent, à différents degrés, aux finalités du programme. Le moyen utilisé par les professionnels pour réconcilier conceptions et intérêts divergents est l'échange négocié. Ces mécanismes d'échange sont au coeur de la collaboration

interprofessionnelle, il s'avère important d'en améliorer notre compréhension. Le tableau 8.2 récapitule les stratégies des acteurs et les résultats en regard de la dimension de la finalisation.

Tableau 8.2: Stratégie des acteurs et résultats en regard de la dimension de la finalisation

	OLO	MAD	S.C.
Intégration des résultats	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Décalage entre ce qui est souhaité et ce qui est produit en terme de c.i. • Peu de plans d'intervention • Climat malsain 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Peu de plans d'intervention • Climat sain • Reconnaît le peu de c.i. • Pas de réflexion commune sur la c.i. 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Caractère utopique de la c.i. • La qualité du climat organisationnel
	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des résultats pour revendiquer modifications des règles et diminution de la formalisation 	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des résultats pour abolir la formalisation la c.i. • Visent à augmenter la liberté d'action 	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Parallélisme disciplinaire
Transaction des acteurs autour des buts	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Pas de consensus sur les modalités d'atteindre les buts 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Le respect des intervenants est important • Clientèle au coeur des transactions 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Caractère éclaté des finalités • Danger d'enrôlement • Expertise au coeur des transactions
	Résultats: <ul style="list-style-type: none"> • Intériorisation faible des buts de l'organisation • Transactions ne sont pas au service des finalités du programme 	Résultats: <ul style="list-style-type: none"> • En augmentant la liberté des acteurs, on a amélioré le climat et consolidé l'engagement 	Résultats: <ul style="list-style-type: none"> • État instable et précaire

8.2.1 Les différentes conceptions de la collaboration interprofessionnelle

Depuis plus de 20 ans, une des pierres d'assise des CLSC est la collaboration interprofessionnelle, plus usuellement appelée l'équipe multidisciplinaire, dont les balises n'ont finalement jamais été clairement énoncées. La présente étude a permis

de constater que dans les trois cas à l'étude, les professionnels ne sont pas arrivés à s'entendre sur une définition commune de l'équipe multiprofessionnelle et sur la nature des échanges à articuler. Les trois équipes ont abordé ce point à différentes reprises mais sans jamais parvenir à une entente. Une vision prépondérante, imposée par les cadres, par le discours des CLSC et par des instances externes, correspond essentiellement au modèle de Golin et Ducanis (1981) qui définit la collaboration comme un partage dans les processus cliniques. Tel que le démontre la présente étude, beaucoup d'efforts ont été investis, de la part des professionnels et des cadres, pour actualiser cette vision.

Mais tous n'adhèrent pas à cette vision, et même ceux qui y adhèrent posent un jugement sévère quant à la possibilité de sa mise en oeuvre. Pour plusieurs, elle se pose en un idéal, par expérience, difficile à atteindre. L'idéal de l'équipe multiprofessionnelle étant l'équipe qui réunit ses membres régulièrement pour une discussion clinique en vue de la production d'un plan d'intervention commun²⁸. Or, pour plusieurs cette vision reste souhaitable mais utopique car tous en ont expérimenté les difficultés autour des divergences de finalités et de modalités de mise en oeuvre.

Notons encore une fois que le troisième cas à l'étude, les services courants, s'éloigne des deux autres cas à savoir que certains professionnels semblent davantage adhérer à une vision commune de la collaboration interprofessionnelle qu'ils définissent toutefois différemment des autres cas. Ils la définissent en terme d'échange d'expertise et non de partage dans les processus cliniques. Cette dernière vision étant utopique à leurs yeux. Dans cette conception, le client « appartient » à un

²⁸ La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal propose, pour tous les programmes de MAD de la région un modèle de fonctionnement basé sur cette vision de la collaboration interprofessionnelle, à savoir que la finalité est la production d'un plan d'intervention individualisé interprofessionnel.

type de service (ex. services médicaux, services infirmiers...) et c'est le professionnel qui prend les décisions. La collaboration se fait au moment où le professionnel, qui prend en charge le client, éprouve des doutes et ainsi il consultera un « plus expert » que lui. Plus une personne est experte dans un domaine plus elle aura tendance à travailler seule. Cette vision correspond davantage à ce que Brunet et Vinet (1978) ont appelé le parallélisme disciplinaire, issu du modèle traditionnel de la pratique médicale. Rappelons qu'aux services courants, la nature de la tâche ne place pas toujours les professionnels en situation d'interdépendance et ne requiert donc pas toujours une approche interprofessionnelle.

Malgré tous les efforts investis, nous observons que dans le projet OLO et au MAD, l'on n'arrive pas à la production de ces plans d'intervention, ils sont à peu près inexistantes. Il existe un écart important entre ce qui est souhaité par les différents acteurs, cadres et professionnels, et ce qui est actualisé en terme de collaboration. Plusieurs de ces acteurs nous ont fait part de leur insatisfaction et même d'une véritable déception et désillusion quant à la collaboration interprofessionnelle, surtout dans le milieu où le climat est particulièrement conflictuel.

Malgré cette production faible et à cause d'elle, les professionnels n'hésitent pas à utiliser les résultats de leur collaboration dans leurs stratégies pour modifier la nature de leurs interactions et leurs rapports de collaboration. En effet, les modifications des rapports de collaboration au projet OLO et au MAD sont essentiellement basées sur l'argumentation de la productivité par les professionnels eux-mêmes. Ils ont utilisé cette finalité de l'organisation comme enjeu, leur permettant ainsi de se libérer d'un mode de collaboration jugé contraignant. Une prise en compte plus systématisée qui amène une réflexion sur les résultats de la collaboration de même qu'une négociation autour des enjeux de finalisation, auraient possiblement permis une plus grande intégration du système d'action sans que soit

pour autant augmentée la formalisation, si tel est le souhait des professionnels. L'intégration des résultats de l'action amène en soi une structuration de l'action.

Nous observons que les professionnels ne sont pas arrivés à l'intégration d'une conception commune de la collaboration interprofessionnelle. Par contre, les acteurs agissent comme si la représentation de chacun est partagée, constituant une connaissance commune, alors qu'il n'y a aucune garantie sur ce point. En substitution à ce travail de construction à partir d'une réflexion interne, deux modalités de régulation de la collaboration interprofessionnelle sont utilisées soit des règles formelles qui sanctionnent une certaine vision sur laquelle il n'y a pas d'accord. La collaboration devient ainsi le résultat de la superposition de conceptions individuelles ou groupales qui génèrent des décisions qui elles-mêmes sont influencées par des instances externes. Le processus de construction d'une connaissance commune quant à la collaboration interprofessionnelle n'est pas encouragé. Ainsi, les professionnels adhèrent peu aux mêmes finalités, ce qui augmente le caractère aléatoire de la collaboration interprofessionnelle et résulte en plus ou moins de coordination, plus ou moins de collaboration.

Il faut questionner, non seulement la façon dont se bâtissent les représentations communes, mais bien reconnaître le caractère d'inaccessibilité de cet idéal de la collaboration interprofessionnelle basé sur le seul fait que d'être professionnel signifie que chacun porte cette même vision de la collaboration et aussi que chacun acceptera de collaborer pour le bien du client. Le discours est très fort mais silencieux sur les embûches. Il y a lieu de faire preuve de réalisme quant aux embûches rencontrées par la collaboration interprofessionnelle, aux efforts que cela nécessite de même qu'à l'investissement dans des activités qui ne sont pas mesurées à l'aune de la productivité immédiate.

8.2.2 Les intérêts divergents

Les acteurs détiennent en général des perspectives et des intérêts différents les uns des autres qui se traduisent dans leurs rapports de collaboration parfois par de l'incompréhension et souvent par un non alignement des finalités. À travers les études de cas, nous constatons le caractère éclaté des finalités que ce soit entre les niveaux hiérarchiques, entre les groupes professionnels ou entre les individus.

L'écart entre les niveaux hiérarchiques semble issu, entre autre, du fait que les cadres doivent réconcilier les impératifs reliés aux aspects cliniques et ceux reliés aux dimensions économiques et administratives de la gestion d'équipes professionnelles à l'intérieur d'une organisation où règne une forte idéologie humaniste et participative. On a lancé il y a quelques années, en CLSC, un mouvement de Défi Qualité-Performance qui insiste sur la performance des professionnels et influence la gestion des cadres. Or, le travail d'équipe, élément organisationnel dont la performance et le contrôle restent difficiles à évaluer, ne peut être mesuré en terme du nombre d'interventions directes auprès de la clientèle.

En ce qui a trait aux intérêts des divers groupes professionnels, la littérature sur le sujet abonde dans le sens des intérêts et divergences des divers groupes professionnels (Freidson, 1986; Sarfatti-Larson, 1988). En effet, notre étude permet de confirmer que chaque groupe professionnel transporte dans son bagage un ensemble de valeurs et de représentations symboliques qui lui sont propres. Il transporte aussi un sens de la territorialité qui l'incite à se définir par rapport aux autres groupes. Plusieurs études soulignent que les professionnels éprouvent une forte allégeance à leur groupe professionnel (Brunet et Vinet, 1978; Poupart, 1986; Abbott, 1988). De fait, certains auteurs relèvent que l'adhésion aux finalités du groupe professionnel est reconnue comme plus importante que l'adhésion aux finalités de l'organisation qui embauche (Abbott, 1988). Nous observons ce

phénomène dans les cas à l'étude à savoir que tant que les intérêts des divers groupes professionnels peuvent se conjuguer sans trop menacer l'ordre établi, les négociations peuvent prendre place. Cependant lorsque ces intérêts sont menacés, les professionnels se retranchent derrière des positions corporatistes. Nous avons retrouvé dans les trois cas à l'étude une réticence certaine à négocier des zones communes de responsabilités. Le système professionnel, tout comme le système éducationnel, propose des finalités de différenciation professionnelle basée sur la compétition plutôt que des finalités visant l'intégration par la collaboration. Le seul cas qui fait exception sont les services courants, où une certaine substitution²⁹ de zones de responsabilités s'est opérée. Cette substitution semble toutefois s'appuyer sur un échange négocié, de nature plutôt marchande, de la répartition des responsabilités. Les médecins ont besoin de l'assistance des infirmières, ce qui leur permet de rencontrer plus de clients, et les infirmières acceptent d'assumer certaines tâches en échange d'une plus grande autonomie.

Les médecins forment le groupe professionnel dont les intérêts s'éloignent le plus de ceux des autres. Friedberg (1993) utilise la notion de « relais » pour expliquer que les acteurs ne sont jamais de simples instruments totalement au service de l'organisation. La notion de « relais » signifie que les acteurs agissent à titre d'interlocuteurs pour stabiliser les relations entre l'organisation et l'environnement moyennant des contreparties. Callon (1986) va plus loin en exposant la notion « d'enrôlement » qui traite du fait que les acteurs, pour toutes sortes de raisons, tentent de mettre l'organisation au service de leurs projets ou de leurs intérêts. Rappelons-nous l'objection de certaines infirmières des services courants qui refusent

²⁹ Certaines corporations professionnelles ne sont pas en accord avec cette notion de substitution puisqu'elle implique que la ou les responsabilités visées par cette substitution ne leur appartiennent pas. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec revendique que la fonction de triage fait partie des responsabilités des infirmières, ce qui est vraisemblable. Nous constatons toutefois que la légitimité des infirmières à cet égard est faible puisque traditionnellement ce sont les médecins qui ont exercé cette fonction.

de négocier avec les médecins car elles ne veulent pas être les « servantes des médecins ». En fait, elles s'opposent à cet effet d'enrôlement.

Une autre facette de la diversité des intérêts qui nous semble cruciale à la collaboration interprofessionnelle en CLSC est le fait que l'on n'arrive pas à s'entendre ni sur la philosophie ni sur les modalités de l'approche communautaire. L'approche communautaire est l'autre pierre d'assise de cette forme d'organisation que sont les CLSC. Elle vise à : « Renforcer la capacité des communautés de maintenir et d'améliorer l'état de santé de leurs membres en travaillant à l'augmentation de la solidarité et de la coopération » (Gingras, 1991, p. 29). Or, au projet OLO, l'équipe n'a pu s'entendre sur la place de l'intervention communautaire auprès de femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté. Chaque groupe exprime une vision différente de l'approche communautaire et de ses responsabilités quant aux interventions qui sous-tendent cette approche.

Il ne faut toutefois pas comprendre que « l'individu-professionnel » soit complètement absorbé par l'appartenance à son groupe professionnel, celle-ci ne détermine qu'en partie ses finalités. Nombreuses sont les recherches qui ont abordé le concept d'identité disciplinaire. La sociologie de l'action renvoie à la sociologie wébérienne qui considère les identités des acteurs sociaux comme des effets émergents des systèmes d'action plutôt que comme le produit de trajectoires biographiques. Selon Dubar (1992), elle s'oppose ainsi à la psychologie piagétienne et à la sociologie durkheimienne qui font tourner la construction de l'acteur social autour d'un axe temporel. La sociologie de l'action place plutôt l'individu selon un axe spatial, à savoir dans des espaces de jeu structurés par des règles en perpétuelle évolution (Reynaud, 1989). Le professionnel n'est donc pas cette éponge ou ce « pur objet » mécaniquement déterminé par les orientations structurelles ou par leurs trajectoires antérieures. Il est un agent actif capable de justifier ses pratiques et de donner cohérence à ses choix. Pour Dubar (1992), cette position n'implique d'aucune

manière une abdication de l'explication sociologique mais au contraire, elle tient compte de la position des individus à l'intérieur d'un champ institutionnel et surtout de la reconstruction subjective de ce champ et de sa propre trajectoire. La sociologie de l'action tente de comprendre l'articulation entre la réalisation des projets individuels et des orientations institutionnelles.

Le concept de différenciation interne, présenté dans les écrits en sociologie est intéressant à cet égard. Ce concept aborde la question de la différenciation interne à une profession comme un élément qui permet aux diverses professions d'évoluer, à savoir qu'à travers les trajectoires individuelles différentes de la norme, les professionnels modulent ainsi leurs territoires. Or, ces trajectoires individuelles ne sont pas très apparentes dans les cas à l'étude. Nous avons d'ailleurs été étonnée de constater la belle unanimité des positions à l'intérieur d'une même profession, par exemple, en regard de l'approche communautaire qui aurait fort bien pu constituer un élément de différenciation interne. Cette absence apparente de différenciation interne s'explique possiblement du fait que plus le groupe se sent menacé dans son milieu institutionnel, plus il recherchera la cohésion, notamment par le retour aux normes professionnelles.

Selon Eymard-Duvernay et Marchal (1994), d'autres considérations sont toutefois primordiales dans la trajectoire des professionnels: « Chacun suit ses intérêts propres et, en même temps, le dégagement de zones d'intérêts communs est nécessaire au maintien des relations » (p. 6). En effet, les participants à l'étude soulignent l'importance que prend pour eux la construction d'un climat de travail qui réponde à leurs aspirations personnelles, sociales et affectives. Les professionnels sont ainsi prêts à revoir certaines de leurs positions professionnelles pour se ménager un climat sain dans lequel il est agréable de travailler.

En conclusion, la multiplicité des buts et les cohérences multiples des professionnels, leur caractère parfois contradictoire, complexifient l'adhésion de ceux-ci aux buts de l'organisation. C'est donc dire que l'adhésion inconditionnelle aux finalités de l'organisation et la cohésion dans une équipe interprofessionnelle revêt un caractère utopique. Du moment où les professionnels conservent une certaine autonomie, ils sont en situation de marchandage. Les relations d'échange semblent d'une grande diversité, c'est-à-dire aussi bien de nature marchande que de l'ordre de l'engagement. Tout comme pour la formalisation, les acteurs tentent de négocier les finalités et les modalités de leur collaboration. Il devient important pour ceux-ci de prendre conscience et de tenter de comprendre les enjeux autour de ces finalités. Le processus de négociation en vue d'une plus grande harmonie des finalités et des moyens d'y accéder constitue un enjeu majeur pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle.

8.3 Prise de conscience et d'intériorisation de la régulation

Tel que mentionné, les données empiriques ont permis d'identifier trois facettes importantes de la dimension de l'intériorisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle soit 1) le processus d'interconnaissance 2) l'établissement d'une relation de confiance et 3) le partage de territoires communs de responsabilités. Le tableau 8.3 résume nos observations en regard de la dimension de la prise de conscience et d'intériorisation pour les trois cas à l'étude.

Tableau 8.3: Prise de conscience et intériorisation dans les trois cas à l'étude

	OLO	MAD	S.C.
Processus d'interconnaissance	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Démarche d'appropriation par un groupe professionnel d'un modèle conceptuel • Création de zones d'opacité 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Idem 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Idem
Établissement d'une relation de confiance	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Environnement à risque, climat d'affrontement • Conditions de dévoilement inacceptables 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Climat sain • Conditions difficiles de dévoilement • Déficit d'interdépendance 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Extension de la relation de confiance • Déficit d'interdépendance
	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Évitement dans la formulation de plan d'intervention 	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Découplage de la part de l'intervenant pivot 	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Refus de participer de la part d'un groupe
Partage des territoires professionnels	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Pas de consensus sur le partage de zones de responsabilités • C.i. menace à l'ordre établi 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Pas de consensus sur le partage de zones de responsabilités • Hermétisme des territoires professionnels • Risque associé au partage 	Observations: <ul style="list-style-type: none"> • Hiérarchie médicale • Interchangeabilité des ressources • Déficit de légitimité
	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Affrontement 	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels tentent de développer leur caractère spécifique 	Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> • Négociation et redéploiement de certains territoires

8.3.1 *Le processus d'interconnaissance*

Les résultats montrent que dans les cas à l'étude, ce processus d'interconnaissance ne va pas de soi. Les participants manifestent le désir d'augmenter leur connaissance de l'autre. Selon eux, leur expérience autour des discussions cliniques a surtout eu comme effet bénéfique de mieux connaître l'autre. À OLO, les professionnels ont appris à se connaître individuellement. Au MAD, comme l'équipe est très grande, on l'a fractionné en petites équipes sur la base des territoires géographiques afin que les professionnels puissent mieux se connaître pour

travailler ensemble. Les discussions cliniques ont ainsi permis de mettre un nom sur une figure puis à échanger un certain nombre de connaissances professionnelles. Mais dans ces deux cas, ce processus a été radicalement transformé, comme si l'échange avait été assez loin. Pourquoi? Y a-t-il une zone de danger?

Abbott (1988) définit le concept de professionnalisation comme la manière dont un groupe évolue pour contrôler un ensemble de connaissances et de techniques sur une aire de travail afin d'atteindre une reconnaissance publique. Sarfatti-Larson (1988) a également démontré le rapport entre la production de « discours savants » et le phénomène professionnel. Or, ce contrôle sur la base des connaissances, inhérent à la logique professionnelle, s'oppose au processus d'interconnaissance nécessaire à la production de résultats positifs dans la logique de la collaboration. La conscience des interdépendances et de la nécessité de les réguler, notamment par le partage d'un minimum de connaissances communes, qui deviennent ainsi un bien collectif, nous semble un élément vital de la collaboration interprofessionnelle.

Il existe un fort courant actuellement au Québec, dans les organisations de santé, pour que les groupes professionnels se dotent d'un modèle conceptuel sur l'aire de travail. Tel que nous l'avons présenté dans les chapitres précédents, les infirmières des trois cas étudiés ont entrepris une démarche d'adoption d'un modèle conceptuel de soins infirmiers. L'adoption de modèle conceptuel par un groupe professionnel est une démarche réflexive qui permet à un groupe professionnel d'adopter une vision commune et un langage commun et spécifique, c'est une démarche riche pour un groupe professionnel. Elle est légitimée du fait que le groupe professionnel, qui se développe dans son champ disciplinaire, pourra mieux collaborer avec les autres professionnels. Cette démarche entraîne toutefois des modifications de la pratique et possiblement du champ de responsabilités. Le problème n'est pas que le champ de responsabilités soit modifié mais qu'il ne soit pas négocié avec les groupes professionnels qui seront touchés par cette évolution. La conscience de la régulation

n'est pas assez présente pour contrer le phénomène professionnel et la régulation demeure dans un cadre compétitif plutôt que de collaboration dont l'enjeu est l'autonomie professionnelle. Cela demeure une démarche d'appropriation ou de consolidation de l'autonomie professionnelle, on privilégie le développement professionnel au développement interprofessionnel. Le sentiment de travailler en interdépendance ne semble pas suffisamment intériorisé pour modifier ces comportements. La connaissance est un bien professionnel individuel, on ne sait pas comment le rendre collectif, on crée plutôt des zones d'opacité.

Le groupe professionnel qui prend une telle initiative est en bonne position, à cause de ces zones d'opacité, car il se dote d'un langage commun et des finalités partagées qui lui donnent plus de cohésion. Cette démarche d'un groupe professionnel pour créer ou recréer son identité, pour consolider sa place dans la division du travail, le met en position de pouvoir. Cette dynamique génère un effet de déstabilisation chez les autres groupes car elle les rend vulnérables à une hiérarchisation professionnelle. La réaction de ces groupes est de se doter à leur tour d'une démarche de consolidation de leur identité professionnelle. C'est la réaction des travailleurs sociaux du CLSC à l'étude qui ont amorcé, à leur tour, une démarche pour se doter d'un modèle d'intervention commun aux intervenants sociaux du CLSC. Il y a danger réel de s'enfoncer dans un clivage professionnel, non à partir de structures comme à l'époque où les CLSC étaient structurés en module santé et module social, mais dans un clivage professionnel tout aussi fort. Cette logique poussée risque de s'apparenter à une forme d'intégrisme où l'on passe d'un élément identitaire valorisant à un élément idéologique restrictif.

Comment peut-on en arriver à faire en sorte que les professionnels acceptent de partager une certaine partie de leurs connaissances? Comment négocier ce partage menaçant puisqu'il implique éventuellement un partage de responsabilités et de territoires. La prise de conscience des interdépendances, l'intériorisation de la

nécessité de les réguler et des effets non désirés de certaines démarches professionnelles, toutefois légitimes, peuvent-elles inciter les professionnels à aller vers un plus grand partage de connaissances? La prise de conscience de la régulation, l'intérêt et la motivation ne semblent pas pour le moment suffisamment importants pour stimuler cette interconnaissance³⁰.

8.3.2 L'établissement d'une relation de confiance

L'établissement d'une relation de confiance en milieu organisationnel dans un contexte d'interprofessionnalisme est une dynamique complexe. La confiance réfère à la volonté (*willingness*) d'une personne de se rendre vulnérable, à prendre un risque (Mayer, Davis et Schoorman, 1995). Dans la collaboration interprofessionnelle, cette vulnérabilité s'exprime par la nécessité d'un certain dévoilement professionnel relié aux activités de partage dans les processus cliniques. Ce dévoilement signifie que dans certaines circonstances, le professionnel doit faire part de son plan d'intervention, des difficultés instrumentales et affectives qu'il rencontre ainsi que des limites de sa compétence.

Les données empiriques nous incitent à faire une brève incursion dans le domaine de la confiance même si nous ne pourrions qu'effleurer cette dimension fondamentale de l'interaction sociale. De nombreux témoignages de la part des professionnels révèlent l'importance qu'ils accordent à l'établissement d'une relation de confiance et ce, pour plusieurs raisons. D'abord ce sont des équipes où existent beaucoup d'incertitudes, incertitudes inhérentes à la complexité de la situation des clients, à la disponibilité de leur réseau social, à l'échange entre les professionnels.

³⁰ L'Office des professions du Québec semble vouloir inciter les professionnels à ce partage. L'Office a publié en janvier 1996, un projet de réorganisation du système professionnel sur la base d'actes partagés. Office des professions du Québec. 1996. *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels*, Montréal : OPQ.

Deuxièmement, il s'agit d'équipes plus ou moins autonomes qui régulent elles-mêmes une partie de leurs échanges. Troisièmement, la nature des échanges demande un investissement affectif. Ces trois raisons font appel à la confiance comme mécanisme de coordination et d'intégration des membres de l'équipe.

Les résultats montrent que plusieurs niveaux de confiance entrent en action dans la collaboration interprofessionnelle: un niveau institutionnel ou organisationnel, un niveau professionnel et un niveau personnel.

Le niveau organisationnel est le niveau des rapports entre employés et employeurs. Beaudry (1992) démontre qu'il existe une pluralité de mécanismes de coordination dont les trois principaux sont le contrat, l'autorité et la confiance. Chacun de ces mécanismes cherche à réduire l'incertitude, nous allons nous attarder aux deux derniers qui sont indissociables. L'autorité, par le biais du contrôle, cherche à éliminer l'incertitude en diminuant la marge d'initiative de l'employé et instrumentalise ainsi la relation (Beaudry, 1994)). La confiance, tout comme l'autorité, est une réponse à l'incertitude. L'accent est cependant mis sur la notion d'engagement, de mobilisation. Pour Beaudry (1994), la confiance et l'autorité ne sont pas des mécanismes indépendants, ils se complètent.

En utilisant ces quelques réflexions, l'étude révèle que les gestionnaires du CLSC ne mettent pas le même accent sur ces deux mécanismes. Par exemple, il règne au projet OLO un fort degré d'autorité et de contrôle qui se manifeste par une formalisation excessive des modalités d'interaction et qui laisse peu de place à la confiance. On tente ainsi de faire face à l'incertitude reliée aux échanges entre les professionnels, à la qualité de leur travail et aux efforts de ces derniers. Cette situation a entraîné un climat de conflits et de non confiance ainsi que la formation de coalitions qui se sont opposées dans un cercle vicieux autoritaire.

Au MAD, le nouveau gestionnaire mise sur la confiance en délaissant l'autorité ou le contrôle. D'ailleurs ce gestionnaire exprime un grand souci de ne pas brimer l'engagement du personnel en imposant des règles de collaboration trop rigides. Il compte davantage sur la notion de réciprocité, à savoir que dans sa perspective, le respect et la réciprocité alternée sont des éléments qui suscitent l'engagement. Cette orientation constitue certainement un élément contributif à la qualité du climat. Certains professionnels ont développé des collaborations plus importantes basées sur des affinités réciproques, professionnelles et personnelles. Le mécanisme de la confiance permet l'éclosion de ces affinités (ajustement mutuel). Ce mécanisme utilisé ainsi, sans contrôle, produit toutefois une collaboration basée sur les déficits d'interdépendance, les professionnels cherchant à travailler avec ceux en qui ils ont confiance et avec qui ils ont des affinités. Si ces affinités n'existent pas, la tendance est plutôt à « découpler » ses responsabilités et ses tâches de celles des autres. La collaboration interprofessionnelle, basée sur l'ajustement mutuel, est possible seulement s'il y a confiance mutuelle. Afin de s'assurer que l'intensité de la collaboration dans les processus cliniques soit dictée par les besoins des clients et non par les déficits d'interdépendance, il y aurait une réflexion à faire de la part des gestionnaires sur la nécessité de travailler sur la confiance afin de recentrer les décisions autour des besoins de la clientèle.

Aux services courants, la collaboration, quoique circonscrite à une fonction précise, le triage, s'est instaurée dans une dynamique de contrat où l'autorité et la confiance ont pris place sans que l'une ne soit privilégiée au détriment de l'autre. Les gestionnaires ont insisté pour qu'un mécanisme de collaboration soit développé. Les professionnels l'ont réalisé sur la base de l'établissement d'une relation de confiance dans une entente où les échanges sont bien spécifiés et de nature marchande. On a toutefois pu constater les limites de cette situation puisque certains professionnels qui ne se faisaient pas confiance au départ ont refusé de participer à cette démarche, ce

qui a créé une hétérogénéité de services au sein d'un même programme. La difficulté est maintenant d'étendre ce contrat et la relation de confiance sous-jacente, à l'ensemble des professionnels.

Au niveau professionnel, les écrits sur la confiance proposent des éléments tels que la compétence ou la réputation (Mayer, Davis et Schoorman, 1995), l'adhésion aux normes « d'obligation et de coopération » (Beaudry, 1994) ou la performance (McCallister, 1995) comme éléments sur lesquels s'institue une relation de confiance. Il s'agit en fait de conventions au sens où Salais (1989) le définit, c'est-à-dire « un système d'attentes réciproques basé sur les compétences et les comportements, conçus comme allant de soi et pour aller de soi » (p. 213). Dans les trois cas à l'étude, nous n'avons recueilli aucun commentaire négatif portant sur la compétence, tout au plus les professionnels ont abordé timidement la notion d'éthique professionnelle à savoir que certaines personnes peuvent retenir de l'information. Les professionnels se perçoivent en général mutuellement compétents.

Au niveau individuel, les données recueillies démontrent que l'établissement d'une relation de confiance est d'une grande fragilité et fortement affective dans le fait de décider ou non d'accorder sa confiance. Certains auteurs mentionnent que ce sont des éléments tels que l'ancienneté des relations, la réciprocité des valeurs et le sentiment de bonne volonté de la part du partenaire d'interaction qui jouent sur la confiance au niveau individuel (Mayer, Davis et Schoorman, 1995; McAllister, 1994; Ring et Van de Ven, 1994). Les données qui ressortent des cas à l'étude confirment ces éléments. Un fait a attiré notre attention à savoir que la confiance à l'intérieur d'un même groupe professionnel, le cas échéant les travailleurs sociaux, semble tout aussi difficile et confirme l'importance de la dimension affective.

Mayer, Davis et Schoorman (1995) insistent sur la notion d'environnement à risque. Pour ces auteurs, la relation de confiance se traduira en comportements de

confiance seulement si le niveau de risque dans l'environnement le permet. Il peut aussi y avoir de la collaboration sans qu'il y ait nécessairement de relation de confiance, si la collaboration n'implique pas un risque. Plus le professionnel se trouve dans une situation de dévoilement plus il doit faire confiance à ses collègues. Un simple partage d'information quant à un client n'est pas une situation comportant un grand risque. On voit d'ailleurs dans les cas à l'étude que le partage d'information ne semble pas problématique, ce qui l'est davantage est la collaboration dans le plan d'intervention, qui comporte le risque de se faire juger, d'être contesté, etc. Au projet OLO, le climat conflictuel constitue un environnement à risque qui empêche les échanges significatifs au-delà de l'échange d'information. Au MAD, les échanges sont modulés selon les professionnels présents et donc du niveau de risque. Aux services courants, le partage des responsabilités à l'un des points de service est fondé sur la confiance établie progressivement.

Les exigences de la collaboration interprofessionnelle pour des services qui comportent une aussi grande part d'incertitudes et de complexités demandent une régulation basée sur un savant dosage entre la confiance et l'autorité. La confiance est difficile à instaurer en raison des vulnérabilités, du climat de compétition, des valeurs, des différences d'affinités et du fait que les professionnels possèdent leurs propres intérêts et donc la possibilité d'un certain opportunisme. Ce n'est qu'en étant conscients de cette dynamique et de l'importance de la confiance comme mécanisme de régulation que les professionnels bâtiront peu à peu la confiance. Pour ce faire, il est primordial de sortir de la réflexion corporatiste et de considérer la collaboration comme un système d'action dans lequel se retrouvent des professionnels et des individus. Actuellement, il est tabou de considérer les professionnels autrement que comme des experts qui vont collaborer en fonction de leur expertise. La réalité est bien différente. Les professionnels, malgré leur éthique, ne sont pas que des êtres collectifs. Ils ont des conduites personnelles dictées par leurs intérêts, leurs affinités.

Ce sont des êtres qui se protègent des contraintes qui influencent leur pratique. Faire autrement consiste à nier les sentiments qui permettent de comprendre le sens de leurs conduites. Au lieu de le nier, il serait pertinent de démontrer le rôle des proximités interpersonnelles pour maintenir et faire progresser la collaboration interprofessionnelle.

8.3.3 Le partage des territoires professionnels

L'évocation de la collaboration interprofessionnelle renvoie très souvent à la question du partage des territoires professionnels. En effet, un groupe professionnel définit son territoire par rapport aux autres groupes et compte bien en défendre les frontières. La fréquence et l'omniprésence des conflits de territoires dans le système professionnel ont fait en sorte de banaliser le problème. Or, la nature des besoins de la clientèle en milieu communautaire exige de se questionner sur cette délégation automatique consentie au système professionnel à titre de régisseur des conflits de territoire. Ne serait-il pas possible de plutôt déléguer la gestion des conflits à la négociation à l'interne entre les acteurs collectifs impliqués? En effet, comment trancher, autrement que par la négociation interne, les territoires professionnels dans un domaine où la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la relation d'aide, la mobilisation des réseaux, l'«*empowerment*» et l'approche communautaire sont les principaux concepts qui alimentent les pratiques? Ces pratiques ne peuvent appartenir à personne en particulier, elles se doivent d'appartenir à tous.

Les gestionnaires et professionnels en CLSC se questionnent sur la nécessité de clarifier l'étendue des territoires professionnels, certains optent pour un certain flou qui laisse une plus grande liberté? Les écrits sur le sujet proposent des visions opposées. Slocum et Sims, rapportés par Hetherington (1991), mentionnent que lorsqu'existe une grande interdépendance, la définition des tâches et les frontières des rôles doivent être clarifiées. Selon Ring et Van de Ven (1994) la création de

territoires communs où l'on ne distingue plus l'apport de chacun cause des conflits. Les écrits sur la gestion d'équipes interprofessionnelles s'appuient en général sur ce principe qui vise à établir des règles précises quant à la répartition des responsabilités professionnelles (Golin et Ducanis, 1981; Gladstein, 1984)

D'autre part, les auteurs en sociologie des professions soutiennent que la distinction précise des territoires amène une balkanisation des services et un hermétisme entre les professionnels (Klein, 1990; Sarfatti-Larson, 1988). On y souligne la nécessité de reconnaître la différenciation interne à savoir que les professions ne sont pas formées d'unités archétypales mais bien de groupes d'individus qui posent différents gestes dans des environnements différents pour des clients différents. Selon Abbott (1988), la différenciation interne facilite l'absorption des perturbations du système professionnel et donne lieu à l'évolution de la profession. Elle permet l'acquisition, par certains professionnels à l'intérieur d'une même profession, d'une expertise particulière (Freidson, 1986).

La présente étude confirme qu'en général les professionnels sont peu ouverts à établir des zones communes de responsabilités. Ils ne désirent pas s'impliquer dans une telle démarche, en particulier chez les groupes qui possèdent un territoire bien délimité leur appartenant, c'est-à-dire socialement reconnu. Pour les autres dont le territoire est moins reconnu ou plus restreint, l'ouverture à la négociation semble plus importante. Certains prônent donc l'hermétisme de bon aloi, d'autres privilégient le partage pour la globalité. L'étude confirme également l'omniprésence des conflits de territoire, conflits basés sur la légitimité et plus spécifiquement sur les déficits de légitimité.

Les services courants se démarquent encore une fois des deux autres cas. En effet, on assiste à une substitution de territoires professionnels (Donabedian, 1973), substitution se concrétisant du fait que les infirmières effectuent des activités

habituellement accomplies par les médecins mais pour lesquelles elles possèdent la compétence. Ce redéploiement des territoires est basé sur une négociation où les enjeux sont de nature marchande. Les médecins sont prêts à l'élargissement du territoire des infirmières en échange de quoi les infirmières partagent avec ceux-ci certaines tâches qui sont possiblement plus routinières et qui consomment beaucoup de temps. Dans ce programme, le partage de territoires a pris place dans un cadre de négociation que l'on peut qualifier de nature marchande (Beaudry, 1994) et qui a fait en sorte que chacun retire un bénéfice de la situation. Par contre, l'assentiment social en regard de telles transactions est généralement moins grand, en particulier de la part des professions concernées, car ces transactions constituent une menace à l'ordre établi. La pression sociale semble être un important facteur qui empêche la négociation de territoires.

Tous s'entendent par contre sur la notion de risque relié au partage des territoires, risque de hiérarchisation professionnelle qui existe en CLSC peut-être davantage que dans d'autres milieux où la domination médicale est déjà bien en place. Au programme de MAD et au projet OLO, la profession infirmière et le travail social sont les deux principales professions, à peu près de même niveau hiérarchique. Le risque de domination de l'une ou de l'autre est présent. Les membres doivent s'en prémunir. Il n'est donc pas étonnant de retrouver le refus d'un processus d'interconnaissance et les difficultés d'établir une relation de confiance et *a fortiori* le refus d'établir des zones communes de responsabilités.

Par contre, les professionnels sont placés dans une position de nécessaire négociation car d'une part, le système professionnel, aussi cohérent soit-il ne peut dicter les comportements dans toutes les situations. D'autre part, aucune garantie n'existe sur une allocation définitive d'un territoire à un groupe: « La paix sur les frontières ne peut jamais être durable » (Reynaud, 1989, p. 100). Plusieurs éléments

viennent troubler cette paix dont les nouvelles technologies, le mode d'organisation du travail et la demande de services.

Comment arriver à reconnaître le caractère inéluctable des négociations de territoires et à effectivement négocier les territoires à l'interne car il existe bel et bien un écart entre les projets professionnels explicites à un niveau macro et la situation sur l'aire de travail. Le projet professionnel vise l'étanchéité des frontières et le projet de collaboration vise un certain partage fonctionnel de ces zones. Au niveau micro le projet professionnel vient en contradiction avec les services alors qu'au niveau macro les professionnels, devant négocier ce partage, sont placés en contradiction (Chua et Clegg, 1989).

La négociation donne à son produit un statut de légitimité. La reconnaissance de la nécessité de la négociation, du caractère non routinier du travail en milieu communautaire, du recours à des savoirs complexes partagés, peuvent-ils faire prendre conscience de la nécessité de la régulation interne dans une perspective de recherche des convergences plutôt que des divergences? L'Office des professions du Québec donne une direction à cet égard en proposant des « actes posés en copropriété » (OPQ, 1996, p.11). Il nous semble que la collaboration interprofessionnelle vue comme processus pour générer un bien collectif devrait s'appuyer sur des mises en commun de territoires plutôt qu'exclusivement sur des territoires hautement spécialisés.

8.4 La conscience de la délégation et de ses effets

La délégation des responsabilités de la régulation du travail interprofessionnel a un caractère plus ou moins explicite et elle est partiellement endogène et exogène, c'est-à-dire qu'elle est en même temps confiée à des instances internes et à des

instances externes. Il est important pour les professionnels de prendre conscience des diverses facettes de cette délégation. Le caractère exogène prédomine-t-il sur le caractère endogène? Il s'agit là d'une question légitime en regard de l'omniprésence du système professionnel. Nos résultats confirment la nécessité de reconnaître les acteurs internes et externes de ce système d'action mais ils soulignent surtout la nécessité d'aller plus loin et de reconnaître les différents effets de cette délégation en terme de différenciation et d'intégration.

Le tableau 8.2 présente les effets d'intégration et de différenciation des différentes instances internes et externes auxquelles on a délégué de façon plus ou moins explicite la responsabilité de réguler la collaboration interprofessionnelle. Bien sûr, cette liste ne peut être exhaustive, seules les principales instances qui marquent le quotidien des professionnels tel que décrit par les participants à l'étude sont traitées. Les effets de la délégation apparaissent quelquefois clairement mais ils sont parfois paradoxaux.

Les principales instances identifiées qui ressortent de l'analyse sont 1) la structure du programme (délégation endogène), 2) les tiers garant soit le système professionnel et législatif (délégation exogène) et 3) le client.

Tableau 8.4: Les effets de différenciation et d'intégration de la délégation exogène et endogène

	OLO	MAD	S.C.
Effet d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Comité OLO (En)* • Fondation OLO (Ex)* • Groupes communautaires (Ex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité d'allocation (En) • Régie régionale (Ex) 	
Effet de différenciation	<ul style="list-style-type: none"> • Structure du programme (adj. sup. imm.) (En) • Loi 120** (Ex) • Système professionnel (Ex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Structure du programme (mini-équipe de gestion) (En) • Loi 120 (Ex) • Système professionnel (Ex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Structure du programme (structure à deux têtes) (En) • Loi 120 (Ex) • Système professionnel (Ex)

* (En): Endogène (Ex): Exogène

** Loi 120: Création du CM, CII et fonction de RSI.

8.4.1 La structure des programmes

De façon générale, dans les trois cas à l'étude, il apparaît que la délégation endogène de la régulation du travail interprofessionnel soit confiée à deux instances internes. D'une part, on confie à une structure multiprofessionnelle (comité OLO, comité d'allocation de services) la responsabilité de coordonner certaines activités pour une plus grande intégration des pratiques et d'autre part, on instaure une structure hiérarchique par groupe professionnel. Or, ces deux instances de délégation à l'interne semblent avoir des effets adverses, en opposition.

La structure multiprofessionnelle tend en effet, vers une intégration des pratiques même si les résultats n'ont pas toujours l'effet attendu alors que la structure hiérarchique mise en place reconduit la structure fonctionnelle par groupes professionnels. On y reproduit ainsi le modèle traditionnel de structure fonctionnelle

qui exerce un effet de différenciation sur les pratiques car les professionnels, divisés en groupes professionnels, développent une pratique singulière.

Au projet OLO, la situation est complexifiée du fait que le supérieur immédiat joue le rôle d'agent intégrateur entre les groupes professionnels mais il est en même temps responsable du développement d'un groupe professionnel spécifique. Son rôle d'agent intégrateur l'amène à tenter de trouver les ajustements, les équilibrages et à jouer le rôle d'arbitre. Mais son implication auprès d'un groupe professionnel spécifique nuit à sa crédibilité en tant qu'arbitre et qu'agent d'intégrateur. Il y a méfiance quant à sa neutralité. Le rôle de l'agent intégrateur est ainsi imbriqué au rôle d'agent de différenciation qui défend les intérêts d'un groupe professionnel. Au MAD, sans reconnaître officiellement l'existence d'une mini-équipe de gestion, cette structure est tout de même bien en place. L'équipe comptant plus de 60 professionnels, le gestionnaire a mis en place des responsables de chacun des groupes professionnels, ce qui fait en sorte de reconduire la structure fonctionnelle. Aux services courants, la structure hiérarchique impose clairement une gestion par groupe professionnel, les services courants sont en effet composés de deux entités distinctes dont les supérieurs relèvent tous deux de la direction générale.

Il semble que l'on soit passé d'une véritable structure par programme, permettant de gérer des équipes multiprofessionnelles, pour retourner progressivement vers une structure par groupe professionnel tout comme dans les milieux hospitaliers. Cette structure fonctionnelle qui reproduit le modèle professionnel a un caractère particulier, plus ou moins reconnu, « officieux » dans ce sens que la délégation est confiée à des personnes qui ne détiennent pas le statut de cadre, mais à qui le coordonnateur du programme confie des fonctions d'encadrement. Cette situation illustre bien l'écart entre le discours officiel et la réalité telle que construite par les acteurs en action. Une telle délégation à la structure a des effets importants de différenciation sur la collaboration interprofessionnelle.

8.4.2 Les tiers garants

La délégation explicite de la régulation est aussi exogène à savoir qu'elle est explicitement confiée à des instances externes par qui les acteurs acceptent d'être régulés. Un exemple de cette délégation explicite externe est le fait que le programme de MAD utilise les dispositifs préconisés par la Régie dans les processus cliniques. Ces dispositifs sont en fait des outils multiprofessionnels utilisés par tous les professionnels, ce qui exerce un effet d'intégration important.

Une autre instance de délégation exogène utilisée fréquemment est le système professionnel. Cette constatation nous ramène une fois de plus au débat sur la conception de l'acteur soit une conception de l'acteur social dont les comportements sont déterminés par les structures sociales ou une conception de l'acteur comme un être libre capable de décision dans l'action. Nous n'entrons pas dans ce débat sociologique, nous voulons seulement souligner l'influence du système professionnel qui ne peut être excisée car elle est en même temps internalisée, appartenant à l'historicité de l'individu, et en même temps extérieure à celui-ci. Lorsqu'il y a conflit ou menace de conflit, on recourt de façon spontanée au système professionnel pour régler les conflits. Même lorsque les professionnels d'un milieu s'entendent sur un repartage des territoires comme aux services courants, le système professionnel se fait sentir sous la menace de réprobation des pairs. L'influence du système professionnel est très profonde et pas toujours explicite, elle fragilise les négociations entre les professionnels. L'omniprésence du système professionnel a un effet de différenciation important puisque les joutes du système professionnel se passent au niveau du partage des territoires et plus spécifiquement de l'exclusivité mutuelle des territoires.

L'état et plus spécifiquement les instances politiques, tel le ministère de la santé et des services sociaux du Québec, exercent une influence certaine. La loi sur

les services de santé et les services sociaux (Loi 120), adoptée en 1991, fait en sorte de créer, dans tous les établissements de santé du Québec, des comités qui ont pour fonctions entre autre, de s'assurer de la qualité des soins et services dispensés par les groupes professionnels. Ce sont des comités constitués sur la base des groupes professionnels (CMDP, CII et CM) dont le mandat est de s'assurer de la qualité des soins et des services dispensés par les professionnels qui les concernent. Dans l'établissement à l'étude, chacun de ces comités oeuvre indépendamment. Or la nature des services et la structure des CLSC, basée à prime abord sur une gestion par programme et sur le travail d'équipes interprofessionnelles, exigent une démarche interprofessionnelle d'évaluation de la qualité des soins et des services (Chagnon, 1996). Ces instances exercent ainsi un effet important de différenciation professionnelle. On ne met pas en question la nécessité d'évaluer la qualité des soins offerts par les divers groupes professionnels, mais la création de ces structures semblent engendrer une dynamique où l'évaluation de la qualité des soins par groupe professionnel est priorisée au détriment d'une vision plus collective de la qualité des soins.

8.4.3 Le client

La place du client a été abordé à la dimension de la formalisation. Nous nous demandions alors si l'absence du client dans l'équipe multiprofessionnelle ne pouvait être un élément empêchant ces équipes de véritablement travailler en collaboration. Nous nous questionnions alors sur la pertinence d'intégrer le client à l'équipe multiprofessionnelle. Nous pourrions également considérer le client comme un tiers garant à qui on confie de façon plus ou moins explicite et directe, le soin de réguler le travail interprofessionnel. Actuellement, le client est considéré comme devant faire partie de l'équipe mais on y arrive difficilement. Le client pourrait aussi être perçu comme une instance externe à qui on délègue le soin de coordonner le travail

interprofessionnel. C'est alors que la notion de client prendrait son véritable sens à savoir que celui-ci disposerait du pouvoir de négocier les modalités de services. Mais on est encore loin de cette délégation. Au projet OLO par exemple, certains groupes communautaires ont demandé de recevoir une certaine délégation quant à la distribution des suppléments alimentaires. Les professionnels ne sont pas arrivés à une entente avec ces derniers pour différentes raisons entre autre la confidentialité. Le recours au client comme tiers garant peut-il avoir un effet d'intégration? Au lieu d'être au centre de l'équipe, il serait à l'extérieur mais disposerait d'un pouvoir de négociation tout comme les membres de l'équipe?

Il semble primordial pour les professionnels qui désirent véritablement instaurer des mécanismes de collaboration interprofessionnelle de prendre conscience de la délégation endogène et exogène mais surtout des influences de cette délégation sur le travail interprofessionnel soit dans le sens de la différenciation ou de l'intégration.

Conclusion

L'analyse transversale a porté sur les problèmes reliés à la collaboration interprofessionnelle tels que nous les avons décodés à travers les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Cette analyse a permis d'enrichir notre compréhension de la collaboration interprofessionnelle et du rapport entre les dimensions. Nous avons compris les contraintes reliées à la construction de cette action collective. Au chapitre suivant, nous tentons de poursuivre notre réflexion. En partant du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, nous proposons un processus qui en faciliterait l'émergence et l'évolution au sein d'équipes interprofessionnelles.

9. PROPOSITION D'UN PROCESSUS D'ÉMERGENCE ET D'ÉVOLUTION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Le chapitre précédent a mis en évidence les difficultés d'instauration de la collaboration interprofessionnelle. Est-ce utopique de parler de collaboration interprofessionnelle, de partage dans les décisions, sans toutefois nier l'expertise de chacun? Est-ce une vision du passé ou une vision encore à venir? De nombreuses transformations du système de soins (Contandriopoulos, 1996), du système éducationnel et surtout du système professionnel devront être apportées. Des changements de valeurs et de mentalités devront les précéder. Ces changements ne sont pas pour demain. Il faut imaginer un long cheminement qui peut être amorcé, en partie, par les acteurs qui vivent les situations d'interdépendance au quotidien. Ce sont eux qui peuvent le mieux réconcilier les différentes logiques en présence, la logique du système professionnel et la logique de la collaboration (voir tableau 2.1).

Les nombreuses difficultés à réconcilier les intérêts divergents des acteurs sur l'aire de travail alimentent la thèse utopique. Ces difficultés se traduisent à nombre d'égards: problèmes relatifs à l'hétérogénéité des visions de la collaboration interprofessionnelle qui entraînent des attentes diversifiées; un non alignement des finalités; une faible intériorisation de la régulation; le recours à des règles formelles non consensuelles; le peu de conscience des effets de certaines formes de délégation, etc.

Depuis leur création, les CLSC du Québec propose un mode d'organisation du travail basé sur l'équipe multidisciplinaire. A-t-on donné à ces équipes les outils nécessaires pour façonner la collaboration interprofessionnelle? On a, la plupart du

temps, réuni des professionnels en se disant qu'ils trouveraient bien le moyen de collaborer. Rares sont les CLSC qui ont entrepris une réflexion commune à cet effet, qui se sont dotés d'un cadre de référence interprofessionnel. Ces démarches demandent une remise en question importante du modèle traditionnel, elles demandent aussi temps et énergie. En l'absence de cadre commun, les gestionnaires ont plutôt tendance à recourir à la formalisation pour encadrer la collaboration, avec les conséquences que cela comporte, soit le recours par les acteurs à un ensemble de stratégies pour contourner ces règles.

Le système professionnel est un acteur de premier plan dans la régulation de la collaboration interprofessionnelle. Tel que nous avons pu l'observer dans cette étude, ses effets sont de différenciation plutôt que d'intégration. Le système professionnel tente de rendre explicite les responsabilités de chacun et veut, de ce fait, assurer que les professionnels, qui assument certaines responsabilités, possèdent la compétence de le faire. Ceci contribue à assurer la qualité des soins dispensés à la clientèle.

Par contre, en santé communautaire, nombre de responsabilités cliniques ne peuvent être assumées par un seul type de professionnel. Comme nous l'avons vu, l'éducation à la santé, la relation d'aide, l'empowerment, la mobilisation communautaire constituent des outils importants d'intervention en santé communautaire qui demandent à être non seulement partagés mais développés en commun. Afin de ne pas contrer le système professionnel et dans un souci de faciliter la gestion du travail interprofessionnel, les gestionnaires cherchent à créer des règles qui établissent des zones de responsabilités mutuellement exclusives. Cette orientation vers la création de zones de responsabilités mutuellement exclusives, issue de la logique du système professionnel, va à l'encontre d'une démarche de négociation visant à développer des pratiques conjointes qui deviendraient un bien collectif. Nous croyons que c'est à travers une démarche organisationnelle qui délègue moins aux structures professionnelles la responsabilité de réguler seules la

collaboration interprofessionnelle que nous pouvons penser constituer une véritable action collective. Une telle démarche organisationnelle doit se baser sur la négociation d'ordres locaux qui intègrent les règles du système professionnel mais ne leur confient pas en exclusivité la régulation de l'action collective.

Nous pensons qu'une conception de la règle, en tant qu'heuristique au sein d'un processus d'apprentissage, favoriserait l'émergence de la collaboration en s'opposant à la tendance actuelle de différenciation. La notion de bien collectif nous semble fort importante à cet égard. Les résultats de la recherche nous conduisent à proposer un processus qui vise la constitution de cette action collective, c'est-à-dire un processus qui suscite l'émergence et l'évolution de la collaboration interprofessionnelle.

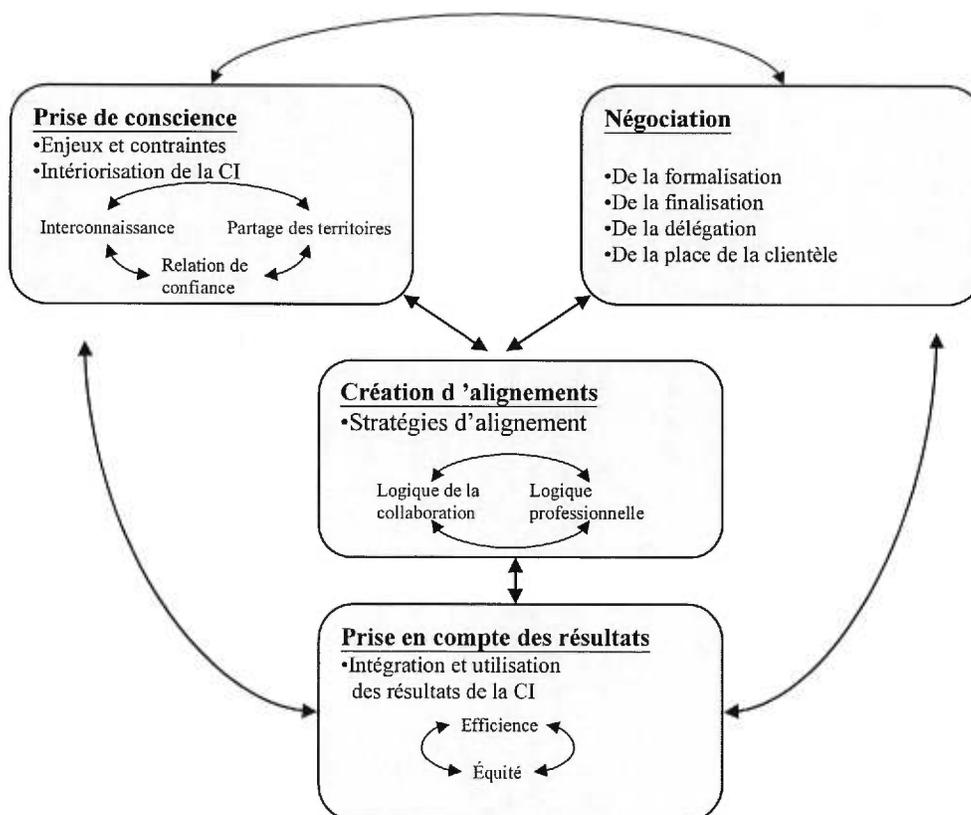
Selon J.D. Reynaud (1989), ceux qui prennent conscience et agissent en commun constituent bien un acteur collectif. On entre dans une collectivité et on en accepte les règles, dès lors, cette acceptation est rationnelle (elle lie de manière cohérente des moyens à des fins) et chargée d'affectivité (elle équivaut à l'engagement dans une action commune). «Ce n'est pas la communauté de sang, mais la communauté sociale qui crée l'obligation et en fait la valeur affective. Ce n'est pas l'objectif économique, mais l'orientation de l'action collective vers une fin qui en fait la rationalité » (Reynaud, 1989, p. 87).

Le processus d'émergence de la collaboration interprofessionnelle proposé s'inscrit dans cette ligne de pensée, à savoir de stimuler la conscience des interdépendances et la négociation pour produire une collaboration efficiente et équitable pour les différents acteurs. Nous proposons un processus en regard de quatre phases soit: la prise de conscience de la constitution de la règle; la négociation autour des quatre dimensions de la structuration de la collaboration interprofessionnelle; l'alignement des stratégies des acteurs; et la prise en compte des

résultats de la collaboration (figure 9.1). Il s'agit d'un processus qui concerne l'émergence et l'évolution de la collaboration interprofessionnelle, donc un processus où les séquences sont répétitives, parfois simultanées et variables dans le temps. De même, ces séquences sont influencées par des événements extérieurs au contexte d'action.

Nous présentons ce processus comme un outil de gestion qui intègre les quatre dimensions du modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle. Il les insère dans un processus qui propose aux acteurs une approche de gestion basée sur un système d'acteurs et non seulement sur des mesures structurelles (professionnelles ou autres) et techniques.

Figure 9.1: Processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle



9.1 La prise de conscience de la constitution de la règle

Plusieurs auteurs en sociologie et en économie ont traité de la question de la règle comme constitutive de l'action collective. Akrich, Callon et Latour (1988), Favereau (1994), Livet et Thévenot (1994) et Eymard-Duvernay et Marchal (1994) suggèrent de renouveler l'approche de la règle. Favereau (1994) propose que la règle soit considérée en tant que dispositif cognitif. Selon cet auteur, une règle doit être lue comme une technique de résolution de problème et non comme un répertoire exhaustif de gestes mécaniques à appliquer les uns après les autres. « Une règle n'est jamais une solution toute faite - c'est toujours une heuristique » (Favereau, 1994, p. 132). Selon cet auteur, plus il y a d'organisation, plus les règles sont intimement liées à une dynamique d'apprentissage collectif et moins il y a d'organisation, moins forte est cette dynamique, se figeant en un savoir collectif répétitif.

Eymard-Duvernay et Marchal (1994) contribuent à cette réflexion pour renouveler l'approche des règles en insistant sur l'incomplétude de celles-ci. En se basant sur les travaux de Akrich, Callon et Latour (1988), ces auteurs soulignent que les individus qui cherchent à s'accorder ne peuvent se contenter d'interpréter des règles pré-établies et sont amenés à construire un espace commun, en manifestant des capacités d'intercompréhension. Ils nous invitent donc à repérer les dispositifs sur lesquels s'appuient les acteurs pour se coordonner. Livet et Thévenot (1994) traitent, entre autre, du passage de régime de l'action à plusieurs à celui de l'action commune. Ce passage repose sur la possibilité d'un bien commun local plus large qu'un intérêt particulier mais qui n'exige pas pour autant une visée exclusivement altruiste. Son questionnement porte sur la constitution de ce bien collectif qui, selon lui, est impossible à construire « par une simple action à plusieurs qui ne permet ni la correction mutuelle, ni le débat et l'épreuve critique » (Livet et Thévenot, p. 163).

Cette conception de la règle souligne l'importance que les acteurs aient le loisir de construire ensemble leur règle afin qu'elle devienne en quelque sorte un bien collectif.

En transposant cette conception au champ de la collaboration interprofessionnelle, nous pensons que les professionnels se ménageront toujours un champ exclusif dans lequel ils auront une liberté d'action, condition essentielle à leur engagement. Toutefois, les difficultés observées autour de la formalisation de la collaboration interprofessionnelle et une conception renouvelée de la règle nous amènent à proposer de faire en sorte que les professionnels prennent conscience des enjeux créés autour des règles explicites et implicites de collaboration et qu'ils négocient autour de ces enjeux des modalités de collaboration acceptables et intégrées dont la formalisation se fera au fur et à mesure de la structuration du système d'action concret.

Par exemple, un processus de gestion visant une prise de conscience et d'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle amènerait les professionnels à se pencher sur la connaissance qu'ils ont les uns des autres, à possiblement décider de développer cette interconnaissance, si nécessaire à toute collaboration. L'élaboration de cadres de référence interprofessionnels serait un moyen de constituer un bien collectif. Les professionnels pourraient également décider de régler certains contentieux les empêchant d'établir une relation de confiance. Ces démarches d'intériorisation de la collaboration conduiraient éventuellement à une négociation de responsabilités davantage partagées ou à tout le moins à rendre les professionnels plus aptes à en discuter. Cette prise de conscience contribuerait à une plus grande intériorisation de la collaboration interprofessionnelle en tant qu'action collective.

9.2 La négociation

Partant du fait que les acteurs portent des intérêts divergents et qu'ils sont en situation d'interdépendance, la collaboration interprofessionnelle est conceptualisée comme médiatisée par un ensemble de jeux dont les mécanismes de régulation, c'est-à-dire d'échange et de négociation, structurent les processus d'interaction. Strauss (1978) a bien démontré l'importance de prendre en compte la négociation à l'intérieur de tout ordre social. Pour cet auteur, la négociation est inéluctablement attachée à l'action commune à plusieurs personnes, groupes ou organisations.

Dans tous les cas, nous avons observé que les relations d'échange étaient au coeur de la collaboration interprofessionnelle. À la question, comment les acteurs parviennent-ils à intégrer leurs différences pour permettre la réalisation des finalités de l'organisation? On constate que la collaboration interprofessionnelle ne parvient pas à générer des règles et des finalités acceptées de tous. Les acteurs ont recours à une dynamique de négociation à laquelle on ne prête pas suffisamment attention. Dans les trois cas à l'étude, nous avons identifié les enjeux autour desquels se sont négociés les échanges; l'engagement des professionnels constitue un de ces enjeux et fait partie de ces échanges.

Deux types d'échange ressortent soit l'échange basé sur l'engagement et l'échange de nature marchande. Dans le premier type, la relation d'échange est basée sur une réciprocité alternée en ce sens qu'il y a un moment pour donner, un moment pour recevoir et un moment pour rendre (Gauvreau, 1994). Le deuxième type d'échange vise à négocier l'échange de services et d'expertise.

Un processus de gestion basé sur un système d'acteurs encouragerait la négociation et les différentes formes d'échanges. Le rôle réel des caractéristiques formelles de la collaboration interprofessionnelle n'est plus de déterminer directement

les comportements des professionnels mais de constituer des espaces de négociation. Ainsi, ce sont les intervenants directement impliqués dans une équipe interprofessionnelle qui négocient leurs règles de fonctionnement. Par exemple, il semble très difficile de trouver une règle consensuelle quant à la coordination de l'intervention clinique dans des équipes constamment remodelées par les besoins de la clientèle. Une plus grande intériorisation de l'équipe amènerait possiblement des solutions quant à la constitution d'équipes plus stables qui se doteraient de règles consensuelles et de mécanismes novateurs d'ajustement de cas à cas.

Ainsi la négociation aboutit à des règles et mécanismes formels provisoires qui structurent/restructurent la collaboration. Les finalités sont négociées pour prendre en compte les intérêts des systèmes d'acteurs locaux, individuels ou collectifs. Le degré et les instances de délégation sont négociées entre autre la délégation exogène, à savoir dans quelle mesure intègre-t-on, par choix ou par obligation, l'influence de tel dispositif professionnel. Et finalement la place de la clientèle dans l'équipe pourrait devenir un élément explicite de négociation. La dernière décennie a vu naître un intérêt poussé pour la place de la clientèle dans les décisions concernant sa santé, ce que l'on nomme « empowerment » (Anderson, 1996; Gilbert, 1994). Cette notion d'habilitation de la clientèle dans les décisions concernant sa santé pourrait être un élément important d'intégration du travail interprofessionnel. Remettre à la clientèle les décisions concernant sa santé vient donner une nouvelle dimension au travail interprofessionnel. Ainsi, ce sont les besoins et les décisions de la clientèle qui régulent l'action. Cette notion d'empowerment modifie les relations professionnels-clients, qui au lieu d'être établies sur l'expertise unique des professionnels se base sur l'expertise de la clientèle à régler ses problèmes. Cette notion transforme également les relations professionnels-professionnels; une vision externe, celle du client, vient ainsi questionner les champs de juridiction traditionnelle. Une relation d'empowerment

modifie profondément les relations de pouvoir et influe sur la logique du système professionnel dans le sens d'une logique de la collaboration.

9.3 Création d'alignements

Les professionnels sur l'aire de travail sont soumis à diverses influences, entre autres, celles des deux logiques en présence: la logique professionnelle et la logique de la collaboration. La notion d'alignement peut nous aider à articuler ces deux logiques.

Fujimura (1987) s'est inspirée des travaux de Strauss pour proposer la notion d'alignement. Elle conçoit l'alignement comme le résultat d'un travail d'articulation entre différents niveaux d'organisation du travail. Selon Fujimura (1987), pour que le travail soit réalisable (*doable*), il doit y avoir articulation entre les différents niveaux. Cette notion d'alignement paraît pertinente à la collaboration interprofessionnelle. Les professionnels ont des tâches à accomplir en interdépendance pour les services aux clients (premier niveau); ils appartiennent à une organisation qui régit en partie la division du travail (deuxième niveau), l'autre partie étant commandée, entre autre, par le système professionnel (troisième niveau). Nous présentons au tableau 2.1 les pôles structurants de la logique professionnelle et de la logique de la collaboration. Pour qu'émerge la collaboration, il doit y avoir de nouveaux alignements entre ces deux pôles et entre les trois niveaux: alignement entre les professionnels eux-mêmes, alignement entre les professionnels et les gestionnaires et alignement entre l'organisation et les structurations englobantes. Ces nouveaux alignements permettraient d'assouplir les règles provenant des seuls gestionnaires

Diverses stratégies d'alignement sont utilisées par les acteurs. Crozier et Friedberg (1977) proposent la notion de relais où l'individu agit en tant qu'agent

harmonisateur entre les forces de l'environnement externe et les finalités de l'organisation et ses propres finalités. Callon (1986) expose la notion d'enrôlement comme étant un mécanisme par lequel certains acteurs arrivent à rallier les membres de l'organisation à leurs finalités. Ces stratégies des acteurs peuvent faire en sorte que l'articulation se fasse entre les groupes professionnels ou au contraire que les processus de travail soient brisés et qu'il y ait peu ou prou d'articulation. Les effets de ces stratégies conduisent, dans ce dernier cas, à une différenciation professionnelle. Ces stratégies d'alignement comportent habituellement les deux premiers niveaux mais remettent peu en question le système professionnel comme contrainte à l'action collective. Un travail d'articulation entre les trois niveaux est nécessaire à la collaboration interprofessionnelle.

9.4 Prise en compte des résultats

La prise en compte des résultats de la collaboration réfère à l'intégration des résultats de la collaboration en passant par la compréhension de l'utilisation que font les acteurs de ces résultats. Chaque phase de ce processus, soit la prise de conscience, la négociation et l'alignement, est évaluée en terme de son efficience et de son équité pour les partenaires d'interaction. Les notions d'efficience et d'équité dans l'échange ont été traitées par divers auteurs dont Favereau (1994) et Ring et Van de Ven (1994) et sont issues de la littérature sur les théories de l'échange (Blau, 1964). La notion d'efficience a trait à l'atteinte d'objectifs que l'on s'est fixés tout en utilisant le moins de ressources possibles. La notion d'équité a trait à la réciprocité dans les échanges (Ring et Van de Ven, 1994). Cette réciprocité est alternée en ce sens que les partenaires d'interaction recevront plus à certains moments et moins à d'autres. Ces deux notions sont imbriquées en ce sens que l'échange est présenté comme équitable du point de vue des divers partenaires et qu'il entraîne, en parallèle, une augmentation des capacités de production.

Transposée à la collaboration interprofessionnelle, conçue comme une action collective, cela signifie que la collaboration sera maintenue, en autant que des solutions efficaces et justes seront fournies en regard des contraintes de l'organisation. Cette phase de prise en compte des résultats est d'autant importante que peu d'études ont été menées sur la valeur ajoutée de la collaboration interprofessionnelle. On a plutôt tendance à la concevoir comme une activité qui consomme temps et énergie sans nécessairement produire les dividendes escomptés. La collaboration interprofessionnelle ne peut facilement être évaluée en terme d'actions posées ou même associée de façon immédiate à l'amélioration de la qualité des services. La collaboration interprofessionnelle vise une approche globale et intégrée qui contribue à la qualité des soins et des services. Par contre, peu de mesures existent à cet égard; et plus encore, peu de mesures de la qualité des services en milieu communautaire existent.

Il nous semble que la collaboration interprofessionnelle doit plutôt être appréciée en terme de constitution d'une action collective dont les retombées s'expriment notamment dans l'identification de solutions justes et efficaces pour les différents acteurs de l'organisation et se traduisent par des services de qualité, la pérennité et la satisfaction des équipes. La phase de prise en compte des résultats de la collaboration est nécessaire pour maintenir les motivations et l'engagement à poursuivre la collaboration. Elle est également nécessaire pour réagir aux influences externes et ainsi articuler la régulation interne et la régulation externe.

Nous pensons qu'un processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle est un outil important pour susciter la production d'une connaissance commune, concrète et spécifique du système dans lequel les professionnels sont mis en situation d'interdépendance et pour lequel ils doivent développer une collaboration qui soit, non seulement la moins conflictuelle possible, mais qui se transforme en un bien collectif.

CONCLUSION

Au terme de cette recherche sur la collaboration interprofessionnelle en CLSC, nous sommes mieux en mesure de répondre à notre question de recherche soit: quelle est la nature de la collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes multiprofessionnelles dans le domaine des soins de santé de première ligne au Québec? Nous avons traité des dynamiques de structuration de la collaboration interprofessionnelle ainsi que des éléments qui l'influencent.

Dans le but de mettre nos résultats en perspective, revenons à l'étude de Brunet et Vinet (1978) menée il y a vingt ans auprès d'équipes multidisciplinaires en CLSC. Ces chercheurs désiraient vérifier si l'équipe multidisciplinaire constituait un mode organisationnel susceptible de favoriser la mise en pratique du concept de médecine globale. Ils ont également voulu vérifier si les différents modèles de fonctionnement de l'équipe permettaient une meilleure continuité et accessibilité des services. Au terme de leur recherche, ils ont identifié trois modes d'organisation du travail; le mode de la subordination, le mode du parallélisme disciplinaire et le mode de la collaboration globale. Une nette prédominance des deux premiers modes est ressortie, le mode de la collaboration globale étant resté au niveau de la déclaration de principe sans jamais s'imposer comme mode d'organisation du travail. Ces auteurs concluaient que les considérations professionnelles structuraient l'organisation du travail plutôt que les besoins de la clientèle. Le professionnalisme leur apparaissait le principal obstacle à l'implantation souhaitée d'un modèle social nouveau dans le domaine de la santé.

Vingt ans plus tard, nous avons posé comme prémisse que les professionnels en CLSC avaient poursuivi une démarche de socialisation en regard de la logique de la collaboration interprofessionnelle au détriment de la logique du modèle

professionnel. Nous avons donc développé une méthodologie visant à étudier l'articulation de ce mode spécifique du travail qu'est la collaboration interprofessionnelle, tout en étant consciente de l'immense défi que cela représente dans le contexte professionnel québécois car, fait à noter, nous sommes au Québec l'une des sociétés au monde où le système professionnel est le plus fortement régi par un cadre législatif.

La pertinence de cette recherche réside dans le fait que l'approche de l'équipe multidisciplinaire constitue une spécificité des organisations que sont les CLSC. En effet, c'est entre autre sur la base du concept de travail interprofessionnel que l'on a restructuré, il y a vingt-cinq ans, les services de santé de première ligne au Québec. Aujourd'hui, le discours sur la collaboration interprofessionnelle est devenu une sorte d'idéal que l'on persiste à promouvoir mais qui, pour plusieurs, s'avère difficile voire impossible à atteindre. La pertinence de la collaboration interprofessionnelle ne peut toutefois être niée dans la prestation de services complexes qui *de facto* place les professionnels en situation d'interdépendance. Il nous semble que la pertinence de la collaboration interprofessionnelle est toujours présente malgré les obstacles. Les besoins de santé de la clientèle en CLSC sont de plus en plus complexes, les problèmes sont souvent chroniques et comportent des dimensions socio-économiques importantes. Un professionnel ne possède pas l'expertise à lui seul. L'importance d'une interaction et d'une plus grande proximité de pensée des professionnels est rendue nécessaire par leur travail en interdépendance.

Force est de reconnaître que les problèmes de collaboration interprofessionnelle sont importants en CLSC. Les professionnels investissent beaucoup de leur affectivité dans le travail en collaboration et les gestionnaires mettent de l'énergie à en formaliser les contours. Malgré ces efforts, l'étude montre que dans deux des cas, les modalités de collaboration mises en place ont pris fin. Dans l'un de ces cas, il y a eu une brusque cassure dans le conflit et la revendication.

Dans l'autre cas, on a laissé les modalités de collaboration s'étioler pour les remplacer par une règle plus souple laissant aux acteurs la liberté de partager ou non leurs informations et les décisions cliniques. Le troisième cas diffère des deux autres. On y exprime nettement des réserves quant au modèle de la collaboration interprofessionnelle surtout à cause de la nature des services qui souvent sont ponctuels, ceci fait en sorte que l'on n'y a pas développé les outils et réflexes de la collaboration interprofessionnelle même dans les situations qui le prescriraient. On a plutôt adopté le mode du parallélisme disciplinaire tout en négociant un nouveau partage des responsabilités entre deux groupes de professionnels.

De nombreuses barrières freinent les possibilités de collaboration interprofessionnelle. Les résultats montrent que la collaboration est influencée par les dynamiques de l'aire de travail, par le système professionnel et par le système éducationnel. Le premier cycle des études universitaires, là où se forme chez les étudiants le sens d'appartenance à une profession, ne prépare pas ces futurs professionnels à travailler avec d'autres professionnels. Il est organisé de telle sorte que les étudiants sont orientés exclusivement vers leur propre développement disciplinaire, ils ne sont pas placés en situation d'apprentissage théorique avec d'autres disciplines. L'opportunité d'étudier en interdisciplinarité est, à toutes fins utiles, absente dans les études de premier cycle. Les étudiants n'ont pas l'occasion de partager leurs modes de connaissances, leurs modèles théoriques et leurs pratiques. Une fois arrivés en milieu de travail, ils conservent ce réflexe et se cantonnent dans leur propre cadre théorique et démontrent peu d'intérêt à partager leurs connaissances avec d'autres professionnels. Les situations d'apprentissage pratique viennent renforcer ce réflexe, car les étudiants sont alors immergés dans les valeurs du système professionnel dont ils découvrent rapidement les tiraillements. Les restrictions budgétaires dans les universités font en sorte que certaines d'entre elles, pour des raisons de rationalisation, prônent le partage de cours entre facultés, on pourrait y

retrouver des enseignements pluriprofessionnels au premier cycle. Ce sont des opportunités de changement, mais les transformations du système éducationnel devront être plus profondes pour qu'une véritable ouverture se crée entre professions et ainsi créer un alignement entre les impératifs du travail en interdépendance et la formation des professionnels.

Quant au système professionnel, on a vu les barrières importantes qu'il pose à la collaboration interprofessionnelle. Les professionnels sont en quelque sorte pris en otage par le système professionnel qui leur laisse peu de liberté d'action. Le discours des ordres professionnels est omniprésent socialement et sur les lieux de travail. Il vise à ce que les professionnels suivent les prescriptions du système professionnel plutôt que de négocier des modalités de travail spécifiques à leur contexte. Les réflexes territorialistes sont facilement exacerbés. Rappelons qu'il existe, en santé communautaire, de nombreuses zones grises où il pourrait y avoir négociation d'un ordre local. Si certains arrangements locaux prennent place, les ordres professionnels sont prompts à les dénoncer. La Commission sur les services de santé et les services sociaux demandait en 1985, une révision complète du système professionnel. L'Office des professions déposait, en 1996, un document qui milite en faveur d'un assouplissement de la réglementation et propose des actes partagés. Par contre, les ordres professionnels réagissent vivement à cette ouverture des lois professionnelles. La réflexion est amorcée, mais les enjeux sont importants.

Malgré notre constat plutôt sombre quant à la collaboration interprofessionnelle, nous pensons qu'il est impératif de comprendre les dynamiques de l'aire de travail afin d'aménager les efforts vers la constitution d'une action collective.

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle que nous proposons traite de cette action collective. Autant les dimensions des rapports

humains que la dimension de la structure formelle doivent être prises en compte. C'est ainsi que nous proposons quatre dimensions à notre modèle soit: 1) la dimension de la formalisation regroupe les règles formelles qui régissent la coordination et les modalités d'interaction des professionnels; 2) la dimension de la finalisation traite des finalités divergentes et des acteurs qui mettent leurs transactions aux services de leurs finalités; 3) la dimension de la prise de conscience et de l'intériorisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle aborde la question de l'adhésion à un processus d'interconnaissance, à l'établissement d'une relation de confiance et au partage de territoires professionnels; et 4) la dimension de la délégation, c'est-à-dire dans quelle mesure les acteurs délèguent à des agents internes et externes le soin de réguler leur collaboration ainsi que les effets de cette délégation en terme d'intégration et de différenciation professionnelle.

L'approche organisationnelle de Friedberg a été une source d'inspiration précieuse à l'origine de notre modèle, nous en avons conservé les quatre dimensions. Friedberg propose, quel que soit le contexte d'action, de traiter ces quatre dimensions sur un continuum, un pour chacune des dimensions. Nous n'avons pas trouvé pertinent de conserver cette notion de degré pour deux des quatre dimensions, soit celle de la formalisation et celle de la délégation. Cela nous apparaissait peu pertinent dans un contexte d'action formalisée. Nous proposons plutôt l'analyse des effets quant à ces deux dimensions. Pour la formalisation, les effets des règles de coordination et d'interaction et pour la délégation, les effets de différenciation et d'intégration. D'ailleurs cette notion de degré comporte une part de danger si les dimensions sont prises séparément. La prémisse de Friedberg, à savoir que plus le degré de formalisation est élevé plus le système d'action est concret, peut être remise en question par l'effet compensatoire des autres dimensions. Les dimensions ne peuvent être prises séparément mais bien traitées constamment en interaction.

Friedberg élabore peu chacune des dimensions, à l'exception de la dimension de la formalisation. Un apport de notre étude a été de rendre plus explicite le modèle de Friedberg et de développer plus profondément la signification de ces quatre dimensions dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle.

Notre réflexion nous a, par la suite, conduit à la proposition d'un processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle qui intègre les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle.

Limites de l'étude

Une des premières limites de notre étude est en soi la définition que nous avons donnée à la collaboration interprofessionnelle. Nous avons volontairement limité son étude aux processus cliniques tout en étant consciente que des comportements de collaboration prennent place à différents niveaux aussi bien interpersonnels qu'à des niveaux organisationnels et administratifs. De plus, nous voulions au départ observer la collaboration interprofessionnelle non seulement dans les activités auprès d'individus-clients mais auprès de groupes ou de communautés, ce qui n'a pas été possible car les professionnels n'avaient pas mis en place, ou ne dispensaient plus ce type d'activités lorsque nous avons procédé à l'étude.

La deuxième limite provient de la focalisation sur une seule organisation. Il est évident que cette organisation n'est en rien représentative de quoi que ce soit, elle pourrait même être un cas limite, en ce sens que dans les trois cas à l'étude la collaboration était peu présente. Dans quelle mesure, cette situation reflète-t-elle la situation de l'ensemble des CLSC, nous ne pouvons le dire. Pour nous, il s'agissait plutôt de comprendre le phénomène et de proposer une lecture de ce phénomène. Par contre, les trois cas à l'étude représentent des modes de collaboration différents, on a pu se servir de cette caractéristique pour mettre en lumière divers enjeux stratégiques.

Une troisième limitation est le pendant temporel de la précédente, à savoir que nous avons étudié un phénomène particulièrement dépendant du moment et des événements. On a vu que certains événements marquants venaient de se passer ou même ont eu lieu au moment du terrain, marquant une discontinuité. La même attitude que ci-dessus a prévalu en ce sens que l'on a cherché à exploiter le caractère spécifique du moment de l'étude plutôt que de le relativiser.

Une constatation, peut-être un regret, touche au fait que les professionnels ont participé à la recherche et n'ont pas co-construit avec le chercheur les étapes et les éléments de la recherche. Ce type de démarche, qui reconstruit les logiques des acteurs individuels et collectifs et met en lumière les stratégies de ces acteurs, s'avère extrêmement délicate et à la rigueur pose des questions d'éthique. La conduite d'une telle démarche doit se faire avec et non sur les acteurs, dans le cadre d'une recherche-action où les acteurs ne sont pas que spectateurs. Ceci nous est apparu encore plus clairement du fait que nous étions sur le terrain au moment où une des équipes à l'étude s'est dissoute. La restitution des données (histoires de cas) a pu occasionner un stress supplémentaire aux professionnels qui vivaient déjà ces moments difficilement. Une telle démarche doit être accompagnée d'un objectif de changement dans l'organisation et demande une implication des participants et non seulement une participation extérieure à la recherche.

Recommandations

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle devrait être repris afin d'en poursuivre le développement. Le modèle pourrait être testé auprès de groupes interprofessionnels qui ont instauré une véritable collaboration afin de valider les dimensions du modèle et le compléter.

De plus, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux tentent d'instaurer ce qu'ils appellent un réseau interactif, c'est-à-dire un réseau où les murs

entre établissements sont virtuellement abolis. Ce réseau interactif fait appel à la notion de collaboration intersectorielle. Les décisions prises actuellement par les technocrates sont de nature structurelle, ce sont pourtant des acteurs qui mettront en oeuvre ce réseau interactif avec tous les enjeux et les contraintes que l'on peut imaginer. Nous pensons que le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle pourrait aussi être testé dans un contexte intersectoriel, car ce réseau prend la forme d'une action collective.

La gestion en CLSC doit tenir compte de la culture organisationnelle propre à ce type d'établissement. Les rapports avec la clientèle et les communautés à desservir prônent le mode de la participation. Les CLSC ont été créés dans une dynamique de gestion participative qui devait aller de pair avec les principes de l'approche communautaire. Or, Larivière (1994) dans une étude menée dans onze CLSC, montre que deux CLSC seulement intègrent des éléments d'une gestion dite de la contingence où les gestionnaires concèdent aux employés une part plus grande d'appropriation de leur travail et des décisions s'y rattachant. Le travail de collaboration interprofessionnelle exige une marge de manoeuvre pour rendre les acteurs responsables de la structuration de leur action collective. Les gestionnaires ont surtout recours à la formalisation pour réguler les équipes, il y a lieu de revoir l'utilisation de la formalisation comme outil principal de régulation. Il semble que ce ne soit pas tant le degré de formalisation que la nature des règles qui doivent faire l'objet de négociation. Les dimensions de la finalisation et de la prise de conscience de la régulation pourraient davantage être prises en compte dans la gestion d'un ordre négocié. Les professionnels ont à se pencher sur leur action collective pour faire en sorte que la régulation soit davantage intériorisée. De plus, en déléguant au système professionnel une part importante de leur régulation, ils doivent réaliser les effets de cette délégation.

Les professionnels devraient se pencher sur la place du client au sein d'équipes interprofessionnelles. Plusieurs études ont été menées sur la relation professionnel-client de sorte que les professionnels ont à leur disposition des modèles d'interaction professionnelle (St-Arnaud, 1995). Par contre, il n'existe pas à notre connaissance d'étude sur la place du client au sein d'équipes interprofessionnelles. Quels sont les modes d'intégration, comment établir le partenariat entre un individu et un groupe de professionnels? L'absence du client dans les équipes fait en sorte que les professionnels peuvent se retrouver dans une position où ils remettent en question les décisions prises par un professionnel et un client. Comment gérer ces situations? La place du client dans les équipes, son pouvoir en regard des professionnels doit faire l'objet d'une réflexion.

Qu'il soit bien entendu que nous ne remettons pas en question la qualité des services offerts par les professionnels, ni leur pertinence. Nous concluons que les nombreuses difficultés de collaboration ne permettent pas de constituer une action collective où les professionnels peuvent, lorsque rendu nécessaire par les besoins de la clientèle, mettre leur interdépendance au service de la clientèle.

Liste de références

- Abbott, A. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Akrich, M., M. Callon et B. Latour. 1987. « À qui tient le succès des innovations? ». *Gérer et Comprendre*, 11, p. 4-17.
- Akrich, M., M. Callon et B. Latour. 1988. « À quoi tient le succès des innovations? ». *Gérer et comprendre*, 12, p. 14-29
- Allard-Breton, N., L.H. Trottier, R. Pineault, J-M. Brodeur et F. Champagne. 1981. « La multidisciplinarité: Un instrument de pouvoir des professions » . In Grémy et al. (éd.) *Medical Informatics Europe 81*, vol. 2 *Lectures Notes in Medical Informatics*, p. 298-311, Berlin: Springer-Verlag.
- Anderson, J. (1996). « Empowering Patients: Issues and Strategies ». *Social Science and Medecine*, vol.43, no 5, p. 697-705.
- Apostel, L. et al. 1983. *Interdisciplinarité et sciences humaines*. vol. 1, UNESCO, Paris: Presses Universitaires de France.
- Argyle, M. 1991. *Cooperation: The Basis of Sociability*. Londres: Routledge
- Atkinson, P. et M. Hammersley. 1994. « Ethnography and Participant Observation ». In N.K. Denzin et Y.S. Lincoln . *Handbook of Qualitative research*, p. 248-261. Thousands Oaks: Sage Publications.
- Baggs, J. et M. Schmitt. 1988. « Collaboration Between Nurses and Physicians ». *Image Journal of Nursing Scholarship*, vol. 20, no 3, p. 145-149.
- Barker, J. R. 1993. « Tightening the Iron Cage : Concertive Control in Self-Managing Team ». *Administrative Science Quaterly*, vol. 38, (septembre), p. 408-437.
- Beaudry, B. 1994. « De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance ». *Sociologie du travail*, vol. 36, no 1, p. 43-61.

- Beaudry, B. 1992. « Contrat, autorité et confiance: la relation de sous-traitance est-elle assimilable à la relation d'emploi? ». *Revue économique*, vol. 43, no 5, (septembre), p. 871-894.
- Beer, M., R. Eisenstat et B.A. Spector. 1990. *The Critical Path to Corporate Renewal*. Boston : Harvard Business School Press.
- Benson, J. K. 1973. « The Analysis of Bureaucratic-Professional Conflict: Functional Versus Dialectical Approaches ». *The Sociological Quarterly*, vol. 14, p. 376-394.
- Bernoux, P. 1989. « La sociologie des organisations ». In J.P. Durand et R. Weil. *Sociologie contemporaine*, p. 375-394. Paris: Éditions Vigot .
- Bettenhausen, K. L. 1991. « Five Years of Groups Research: What we Have Learned and What Needs to Be Addressed ». *Journal of Management*, vol. 17, no 2, p. 345-381.
- Blau, P.M. 1964. *Exchange and Power in Social Life*. New York: Wiley.
- Bloom, B. et H. Parad. 1976. « Interdisciplinary Training and Interdisciplinary Functioning ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 46, p. 669-677.
- Boudon, R. 1977. *Effets pervers et ordre social*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boudon, R. 1988. « Rationalité et théorie de l'action sociale ». In E. Guibert-Sledziewski et J.L. Vieillard-Baron (éd.) *Penser le sujet aujourd'hui*, p. 139-163. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Boudon, R. 1992. « Action » . In *Traité de sociologie*, p. 21-55. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boudon, R. 1992. *Traité de sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bouthat, C. 1993. *Guide de présentation des mémoires et thèses*. Montréal: Université du Québec.
- Brill, N. 1976. *Teamwork: Working Together in the Human Service*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Brunet, M. et A. Vinet. 1978. *Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC: 1973-1976*. Rapport de recherche, Québec: Université Laval.

- Brunet, M. 1978. « Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type: l'équipe multidisciplinaire de santé ». *Recherche sociologique*, vol. 19, no 2 (mai-août), p. 261-269.
- Butterill, D., O. Hanlon et J. H. Book. 1992. « When the System is the Problem, Don't Blame the Patient: Problems Inherent to Interdisciplinary Inpatient Team ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 37, (avril), p. 168-172.
- Callon, M. 1986. « Éléments pour une sociologie de la traduction ». *L'Année sociologique*, vol. 36, p.169-208.
- Campbell, D. 1969. « Ethnocentrism of Disciplines and the Fish-Scale Model of Omniscience ». In Muzfer and Sherif (éd.). *Interdisciplinary Relationships in the Social Sciences*. Chicago: Aldine.
- Chagnon, M. 1996. « La qualité des soins à l'heure des changements: un défi qu'il faut relever ». *Gésiqualité*, vol.13, no 3, p. 2-7.
- Chanlat, J.F. et F. Séguin. 1987. *L'analyse des organisations: une anthologie sociologique*. Tome II. Les composantes de l'organisation. Montréal: Gaétan Morin.
- Chauvenet, A. 1988. « Les professions de santé publique de l'enfance: entre police administrative et éthique communicationnelle ». *Sociologie et Sociétés*, vol. 20, no 2, p. 41-54.
- Chazel, F., O. Favereau et E. Frieberg. 1994. « Symposium sur *Le Pouvoir et la Règle* ». *Sociologie du Travail*, vol. 36, no 1, p. 85-111.
- Chua, W.F. et S. Clegg. 1989. « Contradictory Couplings: Professional Ideology in the Organizational Locales of Nurses Training ». *Journal of Management Studies*, vol. 26, no 2 (mars), p. 103-127.
- Cohen, S.G. et D.E. Bailey. 1997. « What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite ». *Journal of Management*, vol. 23, no 3, p.239-290.
- Contandriopoulos, A.-P. 1996. « Transformer le système de santé ». *Ruptures*, vol. 3, no 1, p. 10-17.
- Couture, D. 1978. « La division du travail en CLSC ». *Recherches sociographiques*, vol. 19, p. 271-280.

- Crozier, M. 1964. *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Crozier, M. et E. Friedberg. 1977. *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- Crozier, M. 1990. « Concept de système comme outil heuristique et comme paradigme du système social ». In J.D. Reynaud, F. Eyraud, C. Paradeise et J. Saglio (éd.). *Les systèmes de relations professionnelles*, p. 311-317. Paris: Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique.
- Crozier, M. et E. Friedberg. 1995. « Organizations and Collective Action: Our Contribution to Organizational Analysis ». *Research in the Sociology of Organizations*, vol. 13, p. 71-92.
- Dahl, R. A. 1957. « The Concept of Power ». *Behavioral Science*, vol. 2, no 3, p. 201-215.
- Daunais, J.-P. 1993. « L'entretien non directif ». In B. Gauthier. *Recherche sociale*, p.273-294. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Davies, C. 1983. « Professionals in Bureaucracies: The Conflict Thesis Revisited ». In R. Dingwall et P. Lewis (éd.), chap. 8, p. 177-195. *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors, and Others*. Houndmills: MacMillan.
- Denis, J.-L., A. Langley et L. Cazale. 1995. « Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital ». *Ruptures*, vol. 2, no 2, p. 165-189.
- Denzin N. K. et Y. S. Lincoln (éd.). 1994. *Handbook of Qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Deslauriers, J. P. 1991. *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Dimock, H.G. 1993. *How to Observe a Group*, 3ième édition. North York (On.): Captus Press.
- Donabedian, A. 1973. *Aspects of medical administration*. Cambridge: Harvard University Press.

- Dorais, P. 1981. « L'élite dirigeante québécoise et le nouvel ordre technocratique: le cas des centres locaux de services communautaires de 1976 à 1980 ». Mémoire de maîtrise, Montréal: Université de Montréal.
- Dubar, C. 1992. « Formes identitaires et socialisation professionnelle ». *Revue française de sociologie*, vol. 33, p. 505-529.
- Dubet, F. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ducanis, A. et A. Golin. 1979. *The Interdisciplinary Health Care Team*, Rockville: Aspen Publication.
- Dumais, A. 1991. *Les CLSC et les groupes communautaires: un aperçu de leur collaboration*. Rapport de recherche. Centre de recherche sur les services communautaires. Québec: Université Laval.
- Durand, J.P. et R. Weil. 1989. *Sociologie contemporaine*. Paris: Éditions Vigot.
- Eisenhardt, K.M. 1989. « Building Theories from Case-Study Research ». *Academy of Management Review*, vol. 14, no 4, p. 532-530.
- Eymard-Duvernay, F. et E. Marchal. 1994. « Les règles en action: entre une organisation et ses usagers ». *Revue française de sociologie*, vol. 35, p. 5-36.
- Favereau, O. 1994. « Règle, organisation et apprentissage collectif: un paradigme non standard pour trois théories hétérodoxes ». In A. Orléan. *Analyse économique des conventions*, p. 113-137. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fayol, H. 1956. *Principes généraux d'administration*. Administration industrielle et générale, Paris: Dunod.
- Fédération des CLSC. 1977. *Rôles et fonctions des CLSC*. Montréal: FCLSC.
- _____ 1992. *Cadre de référence Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC*. Document de réflexion. Montréal: FCLSC.
- _____ 1994. *Annuaire des CLSC et des Centres de santé du Québec*. Montréal: FCLSC.

- Feiger, S.M. et M.H. Schmitt. 1979. « Collegiality in Interdisciplinary Health Teams: Its Measurement and its Effects. *Social Science and Medicine*, vol. 13A, p. 217-229.
- Feroni, I. et A. Kober. 1995. « L'autonomie des infirmières: une comparaison France/Grande-Bretagne ». *Sciences sociales et santé*, vol. 13, no 3, p. 35-67.
- Forbes, E.J. et V. Fitzsimons. 1993. « Education: The Key for Holistic Interdisciplinary Collaboration ». *Holistic Nurse Practitioner*, vol. 7, no 4, p. 1-10.
- Fourez, G. 1992. *La construction des sciences*. 2ième édition. Bruxelles: ERPI Science.
- Freidson, E. 1970a. *Professional Dominance*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. 1970b. *Profession of Medicine*. New York: Harper and Row.
- Freidson, E. 1983. « The Theory of Professions: State of the Art ». In R. Dingwall et P. Lewis (éd.). *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others*. Chap. 1, p. 19-37. Houndmills: MacMillan Press.
- Freidson, E. 1985. « The Reorganization of the Medical Profession ». *Medical Care Review*, vol. 42, no 1, p. 11-35.
- Freidson, E. 1986. *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- French, J.R. et B. Raven 1959. « Les bases du pouvoir social ». Dans A. Lévy (éd.) *Psychologie sociale: textes fondamentaux anglais et américains*, p. 359-375. Paris: Dunod.
- Friedberg, E. 1988. *L'analyse sociologique des organisations*, Paris: Cahiers de la revue POUR, (nouvelle édition remise à jour). GREP.
- Friedberg, E. 1992. « Organisation ». In R. Boudon (éd.) *Traité de sociologie*, p. 351- 387. Paris: Presses Universitaires de France.
- Friedberg, E. 1992. « Les quatre dimensions de l'action organisée ». *Revue française de sociologie*, vol. 33, p. 531-557.

- Friedberg, E. 1993. *Le pouvoir et la règle: Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Friedberg, E. 1993. « From Organizations to Concrete Systems of Action ». Dans S.M. Lidenberg and H. Schreuder (éd.). *Interdisciplinary Perspectives on Organization Studies*, p. 153-169. Oxford: Pergamon Press.
- Fujimura, J.H. 1987. « Constructing 'Do-able' Problems in Cancer Research: Articulating Alignment ». *Social Studies of Science*, vol. 17, p. 257-293.
- Gauthier, H. 1987. *Naissance et enfance d'une organisation participative, monographie des dix premières années d'un CLSC*. Thèse de doctorat. Québec: Université Laval.
- Gauvreau, M.-C. 1994. *La notion d'échange et le sens de l'engagement dans les organisations publiques*. Rapport d'intervention. Chicoutimi: ÉNAP.
- Giddens, A. 1987. *La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gilbert, T. 1994. « Nursing: Empowerment and the Problem of Power ». *Journal of Advanced Nursing*, vol 21, p. 865-871.
- Gingras, P. 1991. *Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire*. Montréal: Fédération des CLSC.
- Girin, J. 1990. « L'analyse empirique des situations de gestion: éléments de théorie et de méthode ». In A.C. Martinet. *Épistémologies et sciences de gestion*, chap. 4, p. 141-182. Collection Gestion. Paris: Economica..
- Gladstein, D. 1984. « Groups in Context: A Model of Task Group Effectiveness ». *Administrative Science Quarterly*, vol. 29, p. 499-517.
- Godbout, J. 1979. « La distribution du pouvoir et les changements suscités par les CLSC ». In G. Divay. *La décentralisation en pratique, quelques expériences montréalaises, 1970-1977*, p. 169-238. Montréal: INRS.
- Golin, A. et A. Ducanis. 1981. *The Interdisciplinary Team*. Rockville: Aspen Publication.

- Goodman, P., E. Ravlin et L. Argote. 1986. « Current Thinking About Groups: Setting the Stage for New Ideas ». In P. Goodman (éd.) *Designing Effective Work Groups*, p. 1-33. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goodman, P., E. Ravlin et M. Schminke. 1987. « Understanding Groups in Organizations ». In B.M. Staw et L.L. Cummings (éd.). *Research in Organizational Behavior*, p. 121-173. Greenwich: JAI Press.
- Gottlieb, L. et K. Rowatt. 1987. « The McGill Model of Nursing: A Practice-Derived Model ». *Advances in Nursing Science*, vol 9, no 4, p. 51-61.
- Gratton, F. 1995. *Les suicides d' « être » de jeunes québécois*. Tome I et II. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Guba, E. et Y. Lincoln. 1989. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Gupta, P.P., M.W. Dirsmith et T.J. Fogarty. 1994. « Coordination and Control in Government Agency: Contingency and Institutional Theory Perspectives on GAO Audits ». *Administrative Science Quarterly*, vol. 39 (juin), p. 264-284.
- Gusdorf, G. 1983. « Passé, présent, avenir de la recherche interdisciplinaire ». In Apostel et al. *Interdisciplinarité et sciences humaines*, vol. 1, p. 31-52, UNESCO, Paris: Presses Universitaires de France.
- Gusdorf, G. 1990. « Réflexions sur l'interdisciplinarité ». *Bulletins de psychologie*, vol. 43 (397), p. 869-885.
- Hackman, J. R. 1990. *Groups That Work (and those that don't): Creating Conditions for Effective Teamwork*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hetherington, R.W. 1991. « The Effects of Formalization on Departments of a Multi-Hospital System ». *Journal of Management Studies*, vol. 28, no 2 (mars) p. 104-124.
- Hinds, P., D. Chaves et S. Cypess. 1992. « Context as a Source of Meaning and Understanding ». *Qualitative Health Research*, vol. 2, no 1, p. 61-75.
- Hodder, I. 1994. « The Interpretation of Documents and Material Culture ». In N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (éd.). *Handbook of Qualitative Research*, p. 393-402. Thousands Oaks: Sage.

- Ivey, S., K.S. Brown, Y. Teske et D. Silverman. 1988. « A Model for Teaching About Interdisciplinary Practice in Health Care Settings ». *Journal of Allied Health*, (août), p. 189-195.
- Janesick, V.J. 1994. « The Dance of Qualitative Research Design: Metaphor, Methodolatry, and Meaning ». In N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (éd.). *Handbook of Qualitative Research*, p. 209-219. Thousands Oaks: Sage.
- Johnson-George, C. et W. Swapp. 1982. « Measuring of Specific Interpersonal Trust: Construction and Validation of a Scale to Assess Trust in a Specific Other ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 43, p. 1306-1317.
- Junker, B.H. 1960. *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Keyton, J. et J. Springston. 1990. « Redefining Cohesiveness in Groups ». *Small Group Research*, vol. 21, p. 234-254.
- Khun, T. 1970. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion.
- Kilmann, R. et K. Thomas. 1977. « Developing a Forced-Choice Measure of Conflict-Handling Behavior: The "MODE" Instrument ». *Educational and Psychological Measurement*, vol. 37, p. 309-325.
- Klein, J.T. 1990. *Interdisciplinarity: History, Theory and Practice*, Detroit: Wayne State University Press.
- Knauss, W., E. Draper, D. Wagner et J. Zimmerman. 1986. « An Evaluation of Outcome from Intensive Care in Major Medical Centers », *Annals of Internal Medicine*, vol. 104, p. 410-418.
- Kockelmans, J. 1979. *Interdisciplinarity and Higher Education*, University Park: Pennsylvania State University Press.
- Koerner, B., J. Cohen et D. Armstrong. 1985. « Collaborative Practice and Patient Satisfaction ». *Evaluation and the Health Professions*, vol. 28, no 3, p. 299-321.
- Koorsgaard, M.A., D.M. Schweiger et H.J. Sapienza. 1995. « Building Commitment, Attachment, and Trust in Strategic Decision-Making Teams: The Role of Procedural Justice ». *Academy of Management Journal*, vol. 38, no 1, p.60-84.

- Kuty, O. 1991. « Les problématiques de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne ». *Sciences Sociales et Santé*, vol. 9, no 2, (juin), p. 5-30.
- Labourdette, A. 1992. *Théories des organisations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lalande, A. 1992. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Volume I. Paris: Quadrige / Presses Universitaires de France.
- Lamb, G. et R. Napadano. 1984. « Physician-Nurse Practitioner Interaction Patterns in Primary Care Practices ». *American Journal of Public Health*, vol. 74, p. 26-29.
- Landry, R., M. Pesant et P. Duchesneau. 1994. « Évaluation des limites du contrôle par les règles comme instrument de gestion: comparaison des centres publics et privés d'accueil d'hébergement pour personnes âgées ». *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 9, no 1, p. 69-96.
- Lang, N. et J. Krejci. 1991. « Standards and Holism: A Reframing ». *Holistic Nursing Practice*, vol. 5, no 3, p. 14-21.
- Larivière, C. 1994. *Styles de gestion, satisfaction au travail et efficacité organisationnelle dans les CLSC*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal.
- Lawrence, P.R. et J.W. Lorsch. 1969. *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Homewood (Il): Irwin.
- Lazega, E. 1994. « Analyse de réseaux et sociologie des organisations ». *Revue française de sociologie*, vol. 35, p. 293-320.
- Lecca, P. et J. McNeil. 1985. *Interdisciplinary Team Practice*. New York: Praenger.
- Leininger, M. 1992. « Current Issues, Problems, and Trends to Advance Qualitative Paradigmatic Research Methods for the Future ». *Qualitative Health Research*, vol. 2, no 4, p. 392- 415.
- Levy, R. 1993. « Believability and Doubtfulness: A Paradigmatic View of Qualitative Methods ». *Canadian Journal on Aging*, vol. 12, no 2, p. 233-243.
- Lincoln, Y.S. 1985. *Organizational Theory and Inquiry: The Paradigm Revolution*. Beverly Hills: Sage.

- Lincoln, Y.S. et E.G. Guba. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Livet, P. et L. Thévenot. 1994. « Les catégories de l'action collective ». In A. Orléan. *Analyse économique des conventions*, chap. 8, p. 139-167. Paris: Presses Universitaires de France.
- March, J. G. 1978. « Rationalité limitée, ambiguïté et mécanique du choix ». In F. Séguin, et J.-F.Chanlat. 1983. *L'analyse des organisations: une anthologie sociologique. Tome I - Les théories de l'organisation*. p. 227-260. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- March, J.G. et J. Olsen. 1976. *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Mariano, C. 1989. « The Case for Interdisciplinary Collaboration ». *Nursing Outlook*, vol. 37, no 6, p. 285-288.
- Martinet, A.C. 1990. *Épistémologies et sciences de gestion*. Collection Gestion. Paris: Economica.
- Mayer, R.C., J.H. Davis et F.D. Schoorman. 1995. « An Integrative Model of Organizational Trust ». *Academy of Management Review*, vol. 20, no 3, p. 709-734.
- Maznevski, M.L. 1994. « Understanding our Differences: Performance in Decision-Making Groups with Diverse Members. *Human Relations*, vol. 47, no 5, p. 531-553.
- Massicotte, G. 1995. « La planification en milieu universitaire: entre une logique de système et une logique d'action ». Les cahiers de la recherche sur l'enseignement supérieur , vol. 95, no 3. Texte publié sur Internet, 21 juin 1996.
- McAllister, D. J. 1995. « Affect- and Cognition- Based Trust as Foundations for Interpersonal Cooperation in Organizations. *Academy of Management Journal*, vol. 38, no 1, p. 24-59.
- McClelland, M. et R. Sands. 1993. « The Missing Voice in Interdisciplinary Communication ». *Qualitative Health Research*, vol. 3, no 1, p. 74-90.
- Merwin, E. et J. Fox. 1992. « Cost-Effective Integration of Mental Health Professions ». *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 13, no 2, p. 139-148.

- Michaud, Y., N. St-Amand et H. Clavette. 1985. « *Multidisciplinarité: nouvelle gestion du social?* ». Moncton: Université de Moncton.
- Miles, M.B et A.M. Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis*, 2ième éd. Beverly Hills: Sage.
- Morin, E. et M. Piattelli-Palmarini. 1983. « L'unité de l'homme comme fondement et approche interdisciplinaire ». In L. Apostel et al. (éd.) *Interdisciplinarité et sciences humaines*, vol. 1, p. 191-215. UNESCO, France: Presses Universitaires de France.
- Mintzberg, H. 1994. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris: Dunod.
- Mitchell, G. 1995. « Nursing Diagnosis: An Obstacle of Caring Ways ». In A. Boykin (éd.). *Power, Politics & Public Policy: A Matter of Caring*. p. 11-23. New York: National League for Nursing.
- Morse, J.M. 1991. *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue*. Newbury Park: Sage.
- Mullen, B., C. Symons, L. Hu et J. Salas. 1989. « Group Size, Leadership Behavior, and Subordinate Satisfaction ». *Journal of General Psychology*, vol. 116, p. 155-170.
- Murdack, P.E. 1989. « Defining Group Cohesiveness: A Legacy of Confusion? ». *Small Group Behavior*, vol. 20, p. 37-49.
- Murnighan, J.K. et D.E. Conlon. 1991. « The Dynamics of Intense Work Groups: A Study of British String Quartets ». *Administrative Science Quarterly*, vol. 36, (juin), p. 165-186.
- Murnighan, J.K. 1994. « Game Theory and Organizational Behavior ». In B.M. Staw et L.L. Cummings (éd.). *Research in Organizational Behavior*, chap. 16, p. 83-124. Greenwich (CT): JAI Press.
- Nagi, S. 1975. « Teamwork in the Health Care in the U.S.: A Sociological Perspective ». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 53, p. 75-91.
- Office des professions du Québec. 1996. *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels*. Montréal: OPQ.

- Organ, D. et W.C. Hammer. 1950. *Organizational Behavior*. Plano: Business Publications.
- O'Toole, M. 1992. « The Interdisciplinary Team: Research and Education ». *Holistic Nurse Practitioner*, vol. 6, no 2, p. 76-83.
- Ouellet, J.-P., R. Poupart et J.-J. Simard. 1988. « Bureaucratization of culture and enculturation of the bureaucracy: the experience of CLSC ». In G. Symons, (éd.). *La culture des organisations*, chap. 6, p. 174-216. Montréal: Institut québécois de la recherche sur la culture.
- Palmade, G. 1977. *Interdisciplinarité et idéologies*. Paris: Éditions Anthropos.
- Pepin, J. 1995. « Adult Children's Understanding of their Parent-Caring Experience ». Thèse de doctorat. Rochester: University of Rochester
- Peters, T.J. 1988. *Thriving on Chaos*. New York: Knopf.
- Pfeffer, J. et G.R. Salancik. 1978. *The External Control of Organizations*. New York: Harper and Row.
- Poupart, R., J.J. Simard et J.-P. Ouellet. 1986. *La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC*. Montréal: Centre de recherche en gestion, UQAM et Fédération des CLSC.
- Pourtois, J.P. et H. Desmet. 1988. *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège: Pierre Mardaga, Éditeur.
- Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. 1967. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social: la santé*, vol. 4. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Québec, Ministère des affaires sociales. 1972. *Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)*. Document no. 4, (juin). Québec: MAS.
- Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. 1986. *Historique, actualité et avenir des CLSC*. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Direction des services communautaires. Québec: MSSS.
- Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. 1987. *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés en CLSC*, (Rapport Brunet). Québec: MSSS.

- Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). 1988. *Rapport*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Québec, Gouvernement du Québec. 1989. *Code des professions*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Québec, Assemblée nationale. 1991. Projet de loi 120. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Racine, L. 1979. *Théories de l'échange et circulation des produits sociaux*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 1994. *Programme de services à domicile: plan d'intervention et d'allocation de services*. Montréal: RSSMM.
- Reinharz, S. 1981. « Implementing New Paradigm Research: A Model for Training and Practice ». In P. Reason et J. Rowan (éd.). *Human Inquiry*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Reynaud, J.D. 1989. *Les règles du jeu: l'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Reynaud, J.D., F. Eyraud, C. Paradeise et J. Saglio. 1990. *Les systèmes de relations professionnelles*. Paris: Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique.
- Reynaud, J.D. 1990. « Un paradigme du système social ». In J.D. Reynaud, F. Eyraud, C. Paradeise et J. Saglio. *Les systèmes de relations professionnelles*, p. 279-290. Paris: Éditions du CNRS.
- Ring, P.S. et A. Van de Ven. 1994. « Developmental Processes of Cooperative Interorganizational Relationships ». *Academy of Management Review*, vol. 19, no 1, p. 90-118.
- Rothberg, J. 1981. « The Rehabilitation Team: Future Direction ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 62, p. 407-411.
- Rubenstein, L., K. Josephson, G. Weilan, P. English, J. Sayre et R. Kane. 1984. « Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit ». *New England Journal of Medicine*, vol. 311, p. 1664-1670.

- Salais, R. 1989. « L'analyse économique des conventions du travail ». *Revue économique*, vol. 40, no 2, (mars), p. 199-240.
- Sandelowski, M., 1986. « The Problem of Rigor in Qualitative Research ». *Advances in Nursing Science*, vol. 8, no 3, p. 27-37.
- Sands, R.G., J. Stafford et M. McClelland. 1990. « « I Beg to Differ »: Conflict in the Interdisciplinary Team ». *Social Work in Health Care*, vol. 14, no 3, p. 55-73.
- Sarfatti-Larson, M. 1988. « À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire ». *Sociologie et Sociétés*, vol. 20, no 2, p. 23-40.
- Sarfatti-Larson, M. 1980. « Proletarianization and Educated Labor ». *Theory and Society*, vol. 9, no 1, p. 131-175.
- Sarfatti-Larson, M. 1977. *The Rise of Professionalism*, Berkeley: University of California Press.
- Schein, E.H. 1985. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schmitt, M. 1982. « Working Together in Health Care Teams ». In E. Janosik and E. Phipps (éd.). *Life Cycle Group Work in Nursing*. Monterey: Wadsworth Health Sciences Division.
- Schwandt, T.A. 1994. « Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry ». IN N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (éd.). *Handbook of Qualitative Research*, p. 118-137. Thousands Oak: Sage Publications.
- Segrestin, D. 1992. *Sociologie de l'entreprise*. Paris: Armand Colin Éditeur.
- Séguin, F. et J.F. Chanlat. 1983. *L'analyse des organisations: une anthologie sociologique. Tome 1. Les théories de l'organisation*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Sinaceur, M.-A. 1983. « Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ». In L. Apostel et al. (éd.). *Interdisciplinarité et sciences humaines* vol. 1, p. 21-30, UNESCO, Paris: Presses Universitaires de France.

- Smith, K.G., S.J. Carroll et S.J. Ashford. 1995. « Intra-And Interorganizational Cooperation: Toward a Research Agenda ». *Academy of Management Journal*, vol. 38, no 1, p. 7-23.
- Smith, K.G. et D. Berg. 1987. *Paradoxes of Group Life*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, L.M. et P.G. Kleine. 1986. « Qualitative Research and Evaluation: Triangulation and Multi-Methods Reconsidered ». In D.D. Williams (éd.). *Naturalistic Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, M.L. 1986. « The Whole is greater: Combining Qualitative and Quantitative Approaches in Evaluation Studies ». In D.D. Williams (éd.). *Naturalistic Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stake, R. 1994. « Case Studies ». In N. Denzin et Y. Lincoln. *Handbook of Qualitative research*, chap. 14, p. 236-247. Thousand Oaks: Sage Publications.
- St-Arnaud, Y. 1995. *L'interaction professionnelle: efficacité et coopération*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Stoeker, R. « Evaluating and Rethinking the Case Study ». *The Sociological Review*, vol. 39, no 1 (février), p. 88-112.
- Strauss, A.S. 1978. *Negotiations: Varieties, Processes, Contexts, and Social Order*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suczek et C. Wiener. 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Strauss, A. 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: University Press.
- Strauss, A. et J. Corbin. 1990. *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Strauss, A. 1992. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Bazinger. Paris: Éditions de L'Harmattan.
- Tesch, R. 1990. *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. New York: The Falmer Press.

- Thévenot, L. 1990. « Les entreprises entre plusieurs formes de coordination ». In J.D. Reynaud, F. Eyraud, C. Paradeise et J. Saglio (éd.) *Les systèmes de relations professionnelles*. p. 347-370. Paris: Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique.
- Thomas, K.W. 1992. « Conflict and Negotiation Processes in Organizations ». In M.D. Dunnette et L.M. Hough (éd.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, p. 651-717. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Thompson, J.D. 1967. *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill.
- Tjosvold D. et M. Tjosvold. 1995. « Cross-Functional Teamwork: The Challenge of Involving Professionals ». *Advances in Interdisciplinary Studies on Work Teams*, vol.2, p. 1-34.
- Vaughan, D. 1992. « Theory Elaboration: The Heuristics of Case Analysis ». In C. Ragin et H. Becker. *What is a Case: Exploring the Foundations of Social Inquiry*, p. 173-202. Cambridge: University Press.
- Wagner, J.A. 1995. « Studies of Individualism - Collectivism: Effects on Cooperation in Groups ». *Academy of Management Journal*, vol. 38, no 1, p.152-172.
- Walton, R. et R. Hackman. 1986. « Groups Under Contrasting Management Strategies ». In P.Goodman (éd.). *Designing Effective Work Groups*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Weiss, S. et Davis. 1985. « Validity and Reliability of the Collaborative Practice Scales ». *Nursing Research*, vol. 34, p. 299-305.
- Yin, R. K. 1984/1989. *Case Study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Yin, R. K. 1993. *Applications of Case Study Research*. Newbury Park: Sage Publications.

Université de Montréal

**STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC**

TOME 2

par

Danielle D'Amour

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en santé publique
Option: Organisation des soins de santé

Décembre 1997

© Danielle D'Amour, 1997



WA
5
U58
1998
V.001
t.2

Université de Montréal

STRUCURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC

TOME 2

par
Dorothée D'Aumont

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Ph.D. (Doctorat) en santé publique
Édition Également des copies de la thèse

1998

Dorothée D'Aumont, Ph.D.



Liste des annexes

Annexe 1	Critères identifiés par la technique Delphi.....	1
Annexe 2	Base de données relationnelle.....	6
Annexe 3	Liens entre les codes, les catégories et les thèmes.....	8
Annexe 4	Questions formulées pour raconter les histoires de cas.....	9
Annexe 5	Le projet OLO.....	14
Annexe 6	Le programme de maintien à domicile	63
Annexe 7	Le programme des services de santé et des services sociaux courants	121

Annexe 1

Critères identifiés par la technique Delphi

Critères identifiés par la technique Delphi pour le modèle novateur et pour le modèle traditionnel de collaboration

MODÈLE NOVATEUR DE COLLABORATION

Voici une énumération de critères qui, selon les participants de la présente étude, permettent de dire qu'un CLSC possède un mode d'organisation du travail novateur basé sur la collaboration interprofessionnelle.

Au niveau du contexte organisationnel

- 1- Un plan d'organisation qui priorise le travail multidisciplinaire
(ex. par programme ou clientèle plutôt que par discipline, par thème plutôt que par services)
- 2- Des équipes multidisciplinaires formellement constituées (présence de politiques et de procédures qui reconnaissent l'existence de l'équipe)
- 3- Mécanismes formels de coordination de l'équipe (comité d'admission, discussion de cas...)
 - objectifs clairs et valorisés par chaque membre de l'équipe
 - mécanismes écrits, connus et appliqués
 - prévision de plages horaires et de lieux pour des sessions de travail interprofessionnel
- 4- Planification- programmation
 - Modalités d'analyse et de priorisation des problèmes de façon globale
 - Démarche de programmation avec les équipes
- 5- Autorité et leadership souple et participatif qui confère un pouvoir décisionnel à l'équipe
- 6- Mécanismes de développement disciplinaire qui font en sorte que tous les professionnels aient les mêmes privilèges, les mêmes possibilités
- 7- Mécanismes d'évaluation et d'ajustement des modes de fonctionnement en cours de route (ex. résolution de conflits)

8- Mécanismes pour clarifier les niveaux de collaboration, le partage des responsabilités cliniques et les "zones grises" entre professionnels

Au niveau de l'orientation des acteurs (valeurs, croyances)

9- La collaboration interprofessionnelle est une valeur de l'organisation inscrite dans sa mission, dans sa philosophie de gestion et appuyée sur une réflexion interne

10- Perspective globale des problèmes

11- Approche selon laquelle la contribution de chaque discipline est en fonction des besoins du client et du plan d'intervention interdisciplinaire plutôt qu'en fonction des champs disciplinaires.

12- Adhésion d'une forte majorité à la collaboration interprofessionnelle

13- On retrouve les valeurs associées à la collaboration interprofessionnelle lors de l'embauche, de l'orientation du nouveau personnel et de l'évaluation annuelle

14- Embauche de professionnels:

- compétents dans leur propre champ de pratique
- qui respectent la spécificité de chaque profession
- dotés de qualité telles que souplesse, maturité, capacité de remise en question

15- Reconnaissance et respect réciproque des compétences professionnelles, voire même valorisation des différences et de la spécificité

16- Rapports de collégialité

17- Équilibre du partage des zones de pouvoir: chaque professionnel prend sa place, leadership partagé

18- Disposition des membres de l'équipe:

- Capacité à se définir: niveau de sécurité rattaché à l'identité professionnelle
- Habileté au travail en équipe
- Satisfaction face au travail en équipe et impression d'utiliser son potentiel
- Motivation élevée

Au niveau du partage des responsabilités cliniques

- 19- Projets d'intervention collective ou d'approche communautaire planifiés conjointement, les professionnels concernés étant impliqués à toutes les étapes du processus
- 20- Discussion de cas en vue d'une planification conjointe des objectifs- interventions-évaluation (plan d'intervention interdisciplinaire)
- 21- Dossier unique du bénéficiaire
- 22- Disponibilité interprofessionnelle pour consultation, support

MODÈLE TRADITIONNEL DE COLLABORATION

Voici une énumération de critères qui, selon les répondants de la présente étude permettent de dire qu'un CLSC possède une organisation du travail basée sur un mode traditionnel de prestation de services.

Au niveau du contexte organisationnel

- 1- Structure de l'organisation est plutôt de type fonctionnel, c'est-à-dire regroupement par discipline
- 2- Organisation du travail basée sur une nette division des tâches entre les professionnels de la santé et ceux des services sociaux
- 3- Peu de mécanismes formels de coordination, ceux existant sont orientés vers l'échange d'information, la référence ou la consultation

Au niveau de l'orientation des acteurs (valeurs, croyances...)

- 4- Davantage centré sur l'intervention individuelle
- 5- Valorisation de certaines disciplines au détriment d'autres disciplines
- 6- Sous utilisation des compétences respectives

Au niveau du partage des responsabilités cliniques

- 7- Dossier du bénéficiaire morcelé en médical et social
- 8- Orientée vers la référence, le partage d'information, ou la sollicitation d'un avis/ conseil, le professionnel demeure seul à décider du besoin du client après consultation
- 9- Rôles et tâches définies de façon restrictive, vision stéréotypée et traditionnelle des rôles
- 10- Répartition du travail en fonction des champs d'exercice professionnel
- 11- Plan d'intervention unidisciplinaire ou plusieurs plans d'interventions

Annexe 2

Base de données relationnelle

Annexe 3

Liens entre les codes, les catégories et les thèmes

LIENS ENTRE LES CODES, LES CATÉGORIES ET LES THÈMES

THÈMES	CATÉGORIES	CODES
CONTEXTE ORGANISATIONNEL	Éléments contextuels du CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire du CLSC • Culture organisationnelle
	Éléments contextuels du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Construction du projet • Histoire du projet • Lieux physiques • Ressources
DESIGN ORGANISATIONNEL	Structure des rôles et des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Structuration des responsabilités • Rôle (intervenant-pivot) • Mécanismes formels d'interaction
	Mécanismes de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Style de gestion • Leadership • Animation
	Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Orientation/Intégration • Recrutement • Évaluation • Reconnaissance de l'équipe
	Frontières	<ul style="list-style-type: none"> • Composition de l'équipe • Collaboration extérieure

COORDINATION

Modèles d'intervention

- Intervention collective/ individuelle
- Place de la clientèle
- Réseau de support
- Autoprise en charge
- Partenariat avec les groupes communautaires
- Modèle conceptuel

Processus cliniques

- Collecte de données et échange d'informations
- Planification de l'intervention
- Suivi de l'intervention

Nature de la tâche

- Besoin de la clientèle
- Porte d'entrée
- Charge de travail
- Rendement (mandats à rencontrer)

SYSTÈME SOCIAL

Climat

- Communication
- Relation de confiance
- Conflits
- Ouverture aux autres

Cohésion

- Engagement, implication
- Motivation
- Dynamique de l'équipe
- Centre identitaire (attraction)
- Reconnaissance mutuelle
- Plaisir dans les rapports de travail
- Créativité

ENVIRONNEMENT
SOCIAL ET CULTUREL

Orientations des acteurs

- Conception de la collaboration
- Valeur ajoutée de la collaboration
- Pouvoir
- Compétence

Discours sur les
professionnels

- Discours sur les médecins
- Discours sur les travailleuses sociales
- Discours sur les infirmières
- Relations infirmières/ infirmières
- Relations infirmières/ travailleuses sociales
- Relations infirmières/ médecins
- Relations infirmières/ autres professionnelles

Environnement externe

- Système éducationnel (formation)
- Système professionnel

Annexe 4

Questions formulées pour raconter les histoires de cas.

Questions formulées pour raconter les histoires de cas

Contexte du CLSC et du programme

- **Mandat.** Y a-t-il une entité qui s'appelle une équipe multiprofessionnelle? En reconnaît-on l'existence? Quel est le mandat de l'équipe, ce mandat est-il clair?
- **Composition et frontière de l'équipe.** Quelle est la composition de l'équipe: le nombre de personnes, les différents types d'intervenants impliqués. Quelles en sont les frontières de l'équipe, ces frontières sont-elles faciles à identifier, sont-elles mobiles ou stables?
- **Histoire du CLSC et du programme.** Quels événements passés ont influencé la vie de l'équipe et si possible comment ces événements l'influencent-ils encore aujourd'hui? Comment le projet s'est-il construit? Quelle est la culture de l'organisation, quelles sont les valeurs qui ont préséance? Quelle est la place de ce programme dans l'organisation?
- **Lieux physiques.** Quel est l'environnement physique de cette équipe? La disposition des lieux semble-t-elle influencer la vie de l'équipe? Favorise-t-elle la cohésion ou plutôt la dispersion? Observe-t-on la formation de sous-groupes à partir des lieux physiques?

Design du programme

- **Mécanismes formels de travail de l'équipe multiprofessionnelle.** Existe-t-il des mécanismes formels qui règlent les échanges entre les divers intervenants? Comment sont perçus ces mécanismes par les intervenants? Sont-ils acceptés ou sont-ils sources de conflits. Semblent-ils exercer une influence sur la vie de l'équipe? Quels sont les lieux de discussions formels?

- **Rôles et responsabilités.** Les rôles et les responsabilités sont-ils clairement identifiés pour les différents groupes professionnels? Y a-t-il partage et reconnaissance de zones grises ou tente-t-on de clarifier le plus possible les responsabilités? Quel est la nature de l'encadrement et les liens hiérarchiques? Quelle est la division verticale et la division horizontale du travail?
- **Style de gestion.** Quel est le style de gestion adopté par la personne cadre? Comment se traduit ce style de gestion? Quelle influence semble-t-il avoir sur la collaboration interpersonnelle?
- **Modèles d'intervention et modèles conceptuels.** Quels sont les modèles conceptuels disciplinaires utilisés? Comment utilisent-on ces modèles, les partagent-on? Existe-t-il une conception commune de l'intervention? Quelle est cette conception de l'intervention?
- **Place de la clientèle.** Quelle est la place que l'on fait à la clientèle au sein de l'équipe multiprofessionnelle? Est-on centré sur la clientèle? ou sur les territoires professionnels? Est-ce que la clientèle est invitée aux discussions de cas de l'équipe? Comment la clientèle est-elle impliquée dans les discussions de cas de l'équipe?
- **Nature du travail.** Le travail des différents professionnels est-il essentiellement de même nature ou est-il très différent? En quoi ces différences semblent-elles influencer la collaboration interprofessionnelle? Comment évalue-t-on le travail des divers groupes de professionnels?

Processus cliniques

- **Échanges d'information.** Comment se font les échanges d'informations entre les professionnels de l'équipe. Quelle est la qualité de ces échanges? Quelle est la composante individuelle et informelle versus la composante formelle et collective?
- **Planification des interventions.** Comment se fait la planification des interventions? Est-ce que cette planification se fait de façon isolée par chaque intervenant? Ou est-ce qu'elle se fait collectivement? De façon formelle? Où peut-on retrouver cette planification? Quelles sont les

dispositions des intervenants face à la planification d'objectifs d'interventions?

- **Interventions.** Quels sont les mécanismes de coordination des interventions?
- **Suivi.** Comment s'exerce le suivi?

Groupe en tant que système social

- **Climat.** Quelle est la qualité des relations interpersonnelles qui existent au sein de l'équipe? Y a-t-il des conflits? Quelle est la nature de ces conflits? Comment ces conflits sont-ils gérés? Influencent-ils la vie de l'équipe? Quelle est la qualité des relations? Existe-t-il une relation de confiance entre les groupes professionnels?
- **Cohésion.** Les divers membres de l'équipe partagent-ils des orientations communes? Travaillent-ils à des projets communs? La cohésion intragroupe est-elle plus grande que la cohésion intergroupe, à savoir les intervenants ont-ils un sentiment d'appartenance plus fort à leur groupe professionnel qu'à l'équipe?

L'environnement social et culturel

- **Le système professionnel.** Les intervenants sont-ils ouverts à la collaboration? Pensent-ils qu'il y a une valeur ajoutée à la collaboration? Ont-ils tendance à partager les juridictions selon les besoins de la clientèle? Ou sont-ils plutôt orientés vers la défense des territoires professionnels? Existe-t-il des conflits en regard des territoires professionnels? Est-ce que l'on retrouve des relations de pouvoir entre les groupes professionnels? Comment le pouvoir est-il partagé et négocié? Comment la notion de compétence ou d'expertise est-elle acceptée comme justifiant la différenciation interne? Quel est le discours des groupes professionnels les uns envers les autres?
- **Le système éducationnel.** Comment la formation reçue facilite-t-elle ou prépare-t-elle les intervenants à travailler en équipe multiprofessionnelle?

-
- **L'environnement social et politique.** Comment l'environnement externe influence-t-il la collaboration interprofessionnelle?

Annexe 5

Le projet OLO

La collaboration interprofessionnelle

Le projet OLO

par

Danielle D'Amour

Novembre 1995

Table des matières

1.1 INTRODUCTION	17
1.1.1 <i>Les frontières du cas</i>	18
1.1.2 <i>Description du projet OLO</i>	18
1.2 LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL.....	21
1.2.1 <i>Description du PEF</i>	21
1.2.2 <i>Événements qui ont marqué l'histoire au PEF</i>	22
1.2.3 <i>Les lieux physiques</i>	24
1.3 DESIGN DU PROGRAMME.....	25
1.3.1 <i>Lieux formels de discussion</i>	25
1.3.2 <i>La formation à la collaboration</i>	25
1.3.3 <i>L'évaluation du projet OLO</i>	26
1.3.4 <i>Style de gestion</i>	27
1.3.5 <i>Le leadership</i>	29
1.4 LA COORDINATION.....	29
1.4.1 <i>Mandat et composition de l'équipe</i>	30
1.4.2 <i>Les modes d'intervention</i>	32
1.4.2.1 <i>La place de la clientèle</i>	33
1.4.2.2 <i>Le partenariat avec les groupes communautaires</i>	34
1.4.2.3 <i>L'adoption d'un modèle conceptuel en milieu de travail</i>	35
1.4.3 <i>La nature de la tâche et le rendement</i>	37
1.4.4 <i>L'organisation du travail</i>	38
1.4.4.1 <i>Processus clinique</i>	39
1.4.4.2 <i>L'intervenante pivot</i>	42
1.5 LE GROUPE EN TANT QUE SYSTÈME SOCIAL.....	45
1.5.1 <i>Le climat</i>	45
1.5.2 <i>La cohésion</i>	49
1.6 DIMENSIONS DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET CULTUREL.....	53
1.6.1 <i>Système professionnel</i>	54
1.6.1.1 <i>L'orientation envers la collaboration</i>	54
1.6.1.2 <i>Partage des juridictions</i>	57
1.6.2 <i>Le système éducationnel</i>	61

1.1 Introduction

Nicole a 20 ans, elle attend son deuxième enfant. Son conjoint consomme de la drogue, n'assume pas ses responsabilités et déserte fréquemment le foyer. Elle-même consomme. Ils vivent des difficultés financières importantes. Nicole se sent isolée et dépassée par la situation. Elle n'a pas d'argent pour bien se nourrir, elle et son fils. C'est une situation d'extrême pauvreté et de misère sociale mais pourtant rencontrée quotidiennement par les intervenantes du projet OLO (Oeuf-Lait-Orange). En effet, le projet OLO vise à intervenir de façon particulière auprès de la clientèle des femmes enceintes socio-économiquement défavorisées. Pour les fins de ce projet, le CLSC a instauré une structure formelle d'équipe multidisciplinaire. Cet élément nous a amené à choisir le projet OLO comme une des unités d'analyse de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la présente recherche.

Nous étudierons la collaboration interprofessionnelle à travers les relations de collaboration établies par les professionnelles¹ oeuvrant auprès de la clientèle desservie par le projet OLO. Huit informatrices-clés ont été rencontrées en entrevue représentant tous les types de professionnelles du projet. Quatre rencontres multidisciplinaires ont fait l'objet d'une observation. Des documents cliniques et administratifs ont été analysés et de nombreuses discussions informelles ont eu lieu au fil des jours. La collecte des données a débuté en septembre 1994 et s'est poursuivie jusqu'en juin 1995.

¹ Afin d'alléger le texte, le féminin est utilisé et comprend le masculin.

1.1.1 Les frontières du cas

Les frontières du cas ou de l'unité d'analyse n'ont pas été faciles à établir d'une part, parce que différentes intervenantes y participent à divers degrés et d'autre part, le milieu n'a pas défini clairement ces frontières. Certaines intervenantes sont nommées d'office au comité OLO alors que d'autres participent au projet OLO sur une base ponctuelle parfois de façon importante. Elles viennent soit du PEF, des autres programmes du CLSC, de l'extérieur du CLSC ou enfin des personnes oeuvrant au sein des groupes communautaires.

Puisque le sujet à l'étude est la collaboration interprofessionnelle, nous avons décidé de considérer uniquement le point de vue des professionnelles. L'unité d'analyse est toutefois définie comme étant le projet OLO et non seulement le comité OLO. Les informations qui traitent de la collaboration avec les groupes communautaires ou la collaboration interorganisationnelle sont retenues dans la mesure où elles apportent un éclairage à la collaboration interprofessionnelle.

1.1.2 Description du projet OLO

En 1988, un comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse retenait comme objectif prioritaire qu'en l'an 2000, le taux d'insuffisance de poids à la naissance ne dépasse pas 4% dans toutes les régions socio-sanitaires du Québec. Pour faire suite à cette recommandation, un document du MSSS était publié en 1989 « Naître égaux et en santé, avis sur la grossesse en milieu défavorisé ».² Ce document reconnaissait que seules la réduction des inégalités sociales et l'amélioration de la prise en charge périnatale des minorités défavorisées permettraient de réduire les taux de morbidité

² ¹ Colin, C. et H. Desrosiers, H. 1989. *Naître égaux et en santé. Avis sur la grossesse en milieu défavorisé*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

périnatale. À cette époque, nombre de CLSC ont travaillé à la mise en oeuvre d'un projet qui s'adressait à la clientèle des femmes enceintes défavorisées. Le CLSC à l'étude n'a pas fait exception d'autant plus que le taux d'insuffisance de poids à la naissance se situait autour de 10% dans son secteur. Deux intervenantes du CLSC soit l'intervenante communautaire et la nutritionniste ont élaboré le projet. Un comité consultatif OLO a été formé, comprenant la coordonnatrice du PEF ainsi que des intervenantes du même programme et des intervenants communautaires du milieu. Quatre rencontres de consultation ont eu lieu. Le projet a été soumis et accepté par la direction du CLSC et un comité OLO a été formé en mars 1992.

Les objectifs généraux et spécifiques du projet OLO sont décrits dans un document présenté au CLSC en 1992. On peut y lire les objectifs généraux suivants: 1) favoriser la naissance de bébés pesant plus de 2,500 grammes et 2) améliorer la santé des femmes enceintes et celle de leur nouveau-né³. De façon plus spécifique, on mentionne dans ce document que l'on veut offrir à ces femmes pauvres et souvent vivant dans un contexte social désorganisé, une aide alimentaire quotidienne sous forme de bons pour se procurer des oeufs, du lait et des oranges gratuitement. On veut aussi offrir de l'aide matérielle, briser leur isolement et les aider à prendre conscience des implications qu'amènent l'arrivée d'un nouveau-né et ceci afin de développer de meilleures relations parents-enfants. L'approche privilégiée est une approche globale, le suivi se veut personnalisé et est défini en terme d'ouverture aux besoins multiples de la mère. Les attitudes des intervenantes envers ces femmes et leur famille doivent être empreintes du respect des valeurs de la famille et du respect de ses compétences. On privilégie l'établissement d'une relation de confiance. Afin d'atteindre ces objectifs, deux principaux partenaires sont identifiés soit l'équipe multidisciplinaire, entre autres à travers la fonction d'intervenante privilégiée, et les groupes communautaires.

³ CLSC ... 1992. *Projet OLO*, 22p.

Le projet est actualisé à travers un comité multidisciplinaire qui se rencontre une fois par semaine. Les intervenantes pivot viennent y présenter des situations cliniques qui sont discutées dans le but d'établir un plan d'intervention.

Le but du projet OLO est donc de fournir un soutien plus intense à une clientèle qui présente des problèmes multiples surtout d'ordre psychosocial et économique mais qui parce qu'elles sont enceintes ont aussi besoin d'un suivi de santé. Le projet OLO est conçu pour que les intervenantes offrent des services multidisciplinaires en ce sens que l'ensemble des points de vue des diverses intervenantes puissent résulter en une intervention plus globale.

Comment les intervenantes du projet OLO collaborent-elles pour répondre aux besoins de ces femmes enceintes socio-économiquement défavorisées? Quelle est l'actualisation formelle et informelle de cette collaboration? Quel est le contexte organisationnel dans lequel elles oeuvrent? Comment le contexte social et culturel influence-t-il cette collaboration? C'est ce que nous allons voir à travers les concepts qui émergent de l'analyse des entrevues, de l'observation et de l'analyse des documents.

L'analyse des données a fait ressortir 55 catégories d'énoncés classées sous 15 concepts qui ont finalement été regroupés sous quatre thèmes. Certains de ces concepts sont issus du cadre théorique de départ, d'autres émergent de l'analyse. L'histoire de la collaboration interprofessionnelle au projet OLO sera racontée à travers les cinq thèmes suivants:

- 1- Le **contexte organisationnel**: regroupe les éléments historiques et contextuels
- 2- Le **design du programme**: expose la gestion du programme, les espaces de concertation et la formation au travail en équipe

- 3- La **coordination**: présente les frontières de l'équipe, les modèles d'intervention, la nature de la tâche, l'organisation du travail et les processus cliniques.
- 4- Le **groupe en tant que système social**: porte sur le climat et la cohésion de l'équipe
- 5- Les **dimensions de l'environnement social et culturel**: traite de l'influence du système professionnel et du système éducationnel sur la collaboration.

1.2 Le contexte organisationnel

Le projet OLO relève du Programme Enfance-Famille (PEF) qui s'adresse aux jeunes de 0-12 ans et à leurs parents. Nous présentons le contexte organisationnel du PEF qui est le théâtre du projet OLO. Dans cette partie, nous décrivons le PEF, ses ressources et les événements qui ont marqué son histoire. Nous discutons des lieux physiques, de l'intégration des nouveaux employés, de la formation à la collaboration offerte au programme, de l'évaluation de l'équipe ainsi que de la gestion et du leadership au PEF.

1.2.1 Description du PEF

Le PEF a été fondé en 1988, il vise à agir sur les problèmes de développement socio-affectif et intellectuel de l'enfant, les problèmes d'apprentissage au rôle parental et les problèmes de santé de l'enfant et des parents et plus spécifiquement les habitudes de vie nuisibles au bon développement du fœtus et de l'enfant. Des interventions individuelles et de groupe sont dispensées par des intervenantes provenant de différentes professions. Le PEF regroupe un éventail important de professionnelles de la santé dont un grand nombre est impliqué dans le projet OLO.

Une coordonnatrice dirige le programme depuis neuf ans. Elle est responsable de l'actualisation des orientations du programme et de la gestion des ressources. Elle est secondée d'une assistante du supérieur immédiat dont les responsabilités sont

l'organisation, la coordination et le support en regard de la qualité des interventions infirmières.

Le programme comporte une diversité d'intervenantes dont neuf infirmières, quatre travailleuses sociales, une agente de relations humaines, une nutritionniste, une hygiéniste dentaire, une organisatrice communautaire, une audiologiste-orthophoniste, un médecin consultant, deux techniciennes en service de garde, pour un total de 21 personnes. Les services rendus sont diversifiés: rencontres pré et postnatales; clinique de surveillance de la santé 0-5 ans; services en garderie; services en milieu scolaire primaire; services en santé dentaire; en nutrition; soutien au développement communautaire; suivis psychosociaux... Les interventions peuvent être individuelles ou de groupe.

1.2.2 Événements qui ont marqué l'histoire au PEF

Deux événements, survenus depuis la création du PEF, ressortent spontanément des entrevues comme étant des événements qui ont influencé et qui influencent encore la vie du PEF. Ces deux événements peuvent nous aider à comprendre le contexte du projet OLO. Le premier événement est rattaché à l'histoire du CLSC, il s'agit de l'expérience de la cogestion qu'a vécue ce CLSC dans ses premières années d'existence et du passage de cette forme de gestion à une autre forme, particulièrement pour le PEF. Le deuxième événement est un conflit qui a eu lieu en 1989 entre les infirmières et la coordonnatrice du PEF.

Le CLSC fait partie de la première génération des CLSC, il a été fondé en 1974. De 1977 à 1978, on y a expérimenté une forme de cogestion qui se voulait un moyen d'impliquer directement les professionnelles à la gestion de l'établissement. Il semble, selon les informatrices, que ce mode de gestion ait eu un impact sur la collaboration interprofessionnelle:

Je pense qu'on travaillait beaucoup plus en multidisciplinarité à ce moment-là. On avait plus d'échanges entre nous autres, on se confrontait plus. On a mis des programmes sur pied ensemble, on faisait la cogestion ensemble. Dans l'histoire du CLSC, plus les années ont passé, plus les gens ont travaillé chacun sur leur côté, les travailleuses sociales ensemble, les infirmières ensemble...

Le projet de cogestion a toutefois été abandonné, à ce sujet une intervenante commente: «On a eu la cogestion mais ça devenait inefficace à la fin parce que tout le monde se mêlait de tout, nos règles étaient beaucoup trop larges ». Le CLSC est progressivement passé à un mode de gestion plus centralisé.

Le deuxièmement événement est un conflit qui est survenu, dans les années 1989, entre la coordonnatrice et certaines infirmières du PEF. Le conflit tournait autour de la définition des rôles et des responsabilités des infirmières, particulièrement au niveau des programmes d'immunisation. Ces infirmières ont depuis quitté le CLSC, mais elles semblent toujours présentes dans l'esprit de celles qui étaient là à l'époque et même chez les intervenantes qui sont arrivées depuis. Une intervenante nous dit à ce sujet:

Elles ont été remplacées par des infirmières qui correspondaient mieux aux attentes du supérieur. J'ai l'impression que pour les infirmières, même si ce n'est plus la même équipe, tout a été changé. Elles sont imprégnées de cette histoire-là et c'est une masse qui est difficile à bouger.

Il semble donc que des orientations différentes de gestion aient entraîné certains bouleversements dans la vie de l'équipe, bouleversements qui pourraient avoir eu une influence sur la collaboration interprofessionnelle.

1.2.3 Les lieux physiques

Les membres du projet OLO sont géographiquement réparties en trois lieux différents. Les infirmières sont regroupées sur un étage. La travailleuse sociale, l'organisatrice communautaire et la nutritionniste sont localisées ensemble à un autre étage. Elles sont seules dans une sorte de demi-étage, il y règne une atmosphère d'intimité qui peut certainement favoriser le rapprochement. Le médecin, quant à lui, exerce à partir d'un bureau situé dans un autre édifice. Les lieux physiques font en sorte que les membres du projet OLO sont divisés en trois groupes. On observe d'ailleurs un clivage entre ces trois groupes. On constate que les communications informelles sont plus fréquentes avec les voisines de porte qu'avec celles qui sont situées à trois étages plus haut et *a fortiori* dans un autre bâtiment.. À cet effet, une intervenante dit

Les infirmières sont en haut et nous autres on est ici. Ça fait qu'ici, il s'est créé un bon sentiment d'appartenance et on se voit tous les matins. Tu sais l'informel, ça ajoute beaucoup. Les infirmières, on ne les voit pas du tout à part quand on va au cinquième.

Une autre intervenante mentionne:

La proximité physique, ça se dépasse quand il y a quelque chose d'établi .

Il est impossible de dire dans quelle mesure cette séparation physique influence la collaboration, on ne peut que constater ce clivage dont nous discuterons à d'autres reprises.

1.3 Design du programme

1.3.1 *Lieux formels de discussion*

Différents lieux formels de discussion existent au sein du PEF, le comité OLO est toutefois la seule instance où une équipe multidisciplinaire discute de situations cliniques. Certains groupes d'intervenantes ont toutefois des rencontres unidisciplinaires, par exemple, les travailleuses sociales se rencontrent une fois par semaine afin de se répartir les nouvelles demandes entre elles. Les infirmières se réunissent toutes les deux semaines afin de discuter des « cas difficiles ». Le médecin, qui est rattaché à un autre service, n'assiste qu'aux rencontres OLO. La nutritionniste et l'organisatrice communautaire ont des rencontres avec les groupes communautaires.

Les rencontres administratives sont multidisciplinaires et regroupent toutes les intervenantes du programme. Les lieux de discussions cliniques sont donc plutôt unidisciplinaires sauf pour le comité OLO où l'on fait une incursion plus formelle dans le monde de la multidisciplinarité.

1.3.2 *La formation à la collaboration*

Le PEF n'a pas offert comme telle de formation au travail en équipe multidisciplinaire.

On aurait besoin d'une bonne discussion pour mieux comprendre c'est quoi un travail multidisciplinaire...c'est quoi une équipe multidisciplinaire. C'est quoi les bonnes conditions. Peut-être avoir quelqu'un qui nous aide à le faire. Quelqu'un qui nous fait réfléchir sur des points. On n'a pas tous la même vision de ce que c'est une équipe multidisciplinaire.

Les intervenantes mentionnent aussi:

On ne peut pas apprendre à travailler en équipe si on n'a jamais l'occasion de le faire. Ça s'apprend de toutes sortes de façons et c'est en partageant des activités communes. Ce n'est pas nécessairement des projets en grande équipe mais ça pourrait être des projets à deux ou trois, tu travailles ensemble, faut que ça devienne comme une habitude, quelque chose d'intégré, quelque chose de supportant, d'enrichissant... .

Ce dernier élément a été apporté par plusieurs intervenantes qui déplorent que peu de projets soient réalisés en multidisciplinarité. D'autres intervenantes trouvent par contre que plusieurs projets communs⁴ sont réalisés. Il apparaît que différentes intervenantes ont une perception différente quant aux activités communes.

Les intervenantes identifient donc deux moyens de se former à la collaboration. Le premier serait de l'encadrement et des discussions autour du travail d'équipe et le deuxième serait la réalisation de projets qui permettent aux intervenantes de travailler ensemble et ainsi de créer des liens.

1.3.3 L'évaluation du projet OLO

L'évaluation du projet OLO a lieu annuellement en juin. On y analyse les résultats du projet, par exemple le nombre de clientes suivies, le nombre de bébés de petit poids nés de ces clientes... On discute des outils utilisés, de la collaboration avec les groupes communautaires et du fonctionnement de l'équipe. À cet effet, les intervenantes pensent que les discussions annuelles devraient ouvrir plus sur le sujet de la multidisciplinarité

⁴ Ces projets sont des projets reliés à l'Année internationale de la famille, les dîners intergénérationnelles, la fête champêtre, la fête des enfants à Noël, le projet avec les pères, le projet sur la promotion des comportements pacifiques.

À partir d'objectifs qu'on s'est donnés pour cette interdisciplinarité, il faut regarder comment les gens sont impliqués dans une équipe interdisciplinaire, c'est quoi le rôle de chacun, comment les gens se sentent dans cette équipe-là? Est-ce que ça donne des résultats le fait de travailler avec d'autres disciplines? Est-ce que le contrôle c'est une personne, deux personnes ou c'est l'ensemble qui contrôle?.

On retrouve d'ailleurs au compte-rendu de la rencontre de juin 1994 l'objectif suivant pour l'année 1994-1995 soit « Intensifier le travail en équipe interdisciplinaire ».

La participation à l'évaluation annuelle ne regroupe que le comité restreint OLO. Les groupes communautaires et les infirmières qui visitent les mères à domicile, soit celles qui actualisent principalement le projet, n'y participent pas. À la dernière rencontre des décisions concernant les intervenantes pivot ont été prises par le comité sans que les infirmières, principales intéressées, soient présentes sauf par l'intermédiaire de l'assistante du supérieur immédiat. Ceci peut possiblement s'expliquer du fait que les notions de comité et de projet sont plutôt floues.

1.3.4 Style de gestion

La gestion se veut centrée sur la clientèle et sur la qualité des services. On désire favoriser le travail d'équipe, le climat et motiver les personnes en les ramenant toujours à la raison d'être du service qu'est la clientèle.

En 1994, le CLSC a commandé un bilan de santé à une firme extérieure. Cette étude avait pour but d'analyser la présence de certains indicateurs de l'efficacité organisationnelle. Une importance particulière a été accordée au style de gestion des cadres de l'établissement. Les résultats soulignent la perception du style de gestion qu'en ont les employés. « On peut constater de façon marquante que les employés du

secteur EF décrivent le style de leur supérieur immédiat comme étant peu participatif » (GRIO)⁵.

Lors des entrevues, on a pu mieux saisir le contexte entourant les résultats de cette étude. La majorité des intervenantes mentionne qu'il y a eu un assouplissement notable de la gestion dans les dernières années. On apprécie les efforts en ce sens, mais on souhaite encore plus de souplesse.

Certaines décisions prises dans le passé ont causé des différends qui ne sont toujours pas réglés. Par exemple, le fait que les infirmières devaient agir à titre d'intervenantes pivot pour toutes les clientes OLO demeure problématique trois ans plus tard, même si la position de la direction s'est assouplie.

Les intervenantes du PEF ne semblent pas toutes jouir du même niveau d'autonomie. Certaines diront que pour elles, il n'y a pas de problème mais elles diront que pour les infirmières, la gestion est beaucoup plus serrée et que celles-ci se laissent imposer des décisions sans beaucoup réagir. Les infirmières reconnaissent être très encadrées et voudraient aussi plus de souplesse surtout qu'elles se sentent bien outillées cliniquement pour prendre des décisions. Elles voudraient avoir plus de place pour utiliser leur jugement clinique.

Malgré cette reconnaissance d'un assouplissement, les intervenantes mentionnent que le manque de souplesse entraîne la démobilisation.

Pour la direction, je pense qu'il faut qu'elle te donne un mandat mais ensuite une latitude. Si à tout instant ils interviennent, à tout instant ils disent non ce n'est pas ça, vous allez faire ça. Ça démobilise le monde et finalement chacun travaille de son côté et n'est plus intéressé.

⁵ Groupe de Recherche et d'Intervention dans les Organisations. 1994. *Bilan de santé*, GRIO.

Le Bilan Santé mentionne que les employés du CLSC semblent bien mobilisés et que le score de motivation au PEF quoique un peu moins élevé demeure satisfaisant.

1.3.5 Le leadership

Le leadership est la capacité de mobiliser, de donner des orientations, d'avoir une vision. Le leadership est partagé entre différentes personnes soit la coordonnatrice (autorité formelle) qui est directement responsable du projet OLO, son assistante qui est une personne qui possède des qualités d'harmonisatrice et anime l'équipe en ce sens. Son leadership s'exerce surtout envers les infirmières. L'organisatrice communautaire a un certain leadership sur les intervenantes qui ont une orientation plus communautaire. Il semble que les intervenantes ont davantage d'affinités avec l'une ou l'autre des orientations et elles identifient leur leader en fonction de ces orientations. Ceci engendre certaines oppositions à l'intérieur des sous-groupes et des visions différentes persistent dans la façon de concevoir le projet OLO.

1.4 La coordination

La notion de coordination est ici définie en fonction des règles et des procédures qui régissent l'organisation des activités entre les différentes intervenantes qui oeuvrent auprès de la clientèle OLO. Dans cette partie, nous présenterons le mandat et la composition de l'équipe; les modes (modèles) d'intervention; la nature de la tâche et le rendement; et l'organisation du travail.

1.4.1 Mandat et composition de l'équipe

Le but du projet OLO, tel que mentionné précédemment, est d'offrir un suivi de santé et un soutien psychosocial et matériel à des femmes enceintes qui présentent des problèmes multiples surtout d'ordre psychosocial et économique. Le document à l'origine du projet (1992) présente une description du rôle des partenaires soit: l'équipe multidisciplinaire, à travers la fonction d'intervenante privilégiée, et les groupes communautaires.

- L'équipe multidisciplinaire a pour mandat de recevoir les demandes et de désigner une intervenante privilégiée qui assurera le suivi individuel à domicile. Cette équipe complète et actualise les plans d'interventions et sert de lieu d'échanges et de soutien aux intervenantes. Elle est formée des infirmières de chaque secteur, de la nutritionniste, de la travailleuse sociale, d'un médecin et de l'auxiliaire familiale.
- L'intervenante privilégiée a pour responsabilité d'établir une relation de confiance avec la cliente dans le but d'offrir un suivi global. En plus de favoriser le développement optimal du bébé, les visites à domicile aux deux semaines donnent l'occasion à l'intervenante d'offrir à la mère un soutien psychosocial. Elle lui apporte aussi les bons alimentaires et les multivitamines.
- Les groupes communautaires, en plus de participer directement à la distribution des produits alimentaires, ont pour fonction d'offrir aux femmes des lieux de rencontres pour partager leur solidarité avec d'autres femmes, de trouver des ressources et de développer des groupes d'entraide, donc une intervention collective.⁶

Au PEF, on a choisi d'opérationnaliser le projet à travers le comité OLO. Celui-ci est constitué de façon statutaire de l'intervenante communautaire, de la

⁶ CLSC..., idem p. 13-14

nutritionniste, de l'assistante du supérieur immédiat, d'une travailleuse sociale et d'un médecin. Il se réunit une fois par semaine pour discuter des demandes des clientes qui désirent être admises au projet OLO. Au début, ce comité avait pour mandat de statuer sur l'acceptation de ces demandes à partir d'une évaluation faite à domicile par les infirmières. Il est vite apparu que les infirmières pouvaient accepter elles-mêmes les clientes puisque des critères d'admission existaient déjà et qu'elles estimaient être capables de porter un jugement éclairé sur la situation. Le mandat du comité a été revu et ce sont les infirmières qui acceptent ou non les clientes. Toutefois, le mandat n'est pas encore clair pour certaines informatrices.

Pourquoi ce mandat n'est-il pas clair, pourquoi les messages sont-ils ambigus? Possiblement à cause de la mécanique du comité. En effet, les infirmières sont tenues de présenter systématiquement toutes les clientes au comité OLO. Cette présentation est obligatoire et coïncide avec la remise des bons alimentaires et donc de l'acceptation de la cliente. Cela est rendu évident par l'observation du comité. Lorsqu'arrive le moment de remettre les bons alimentaires, ceci se fait d'un geste qui pourrait être qualifié de solennel. Quelques fois les infirmières vont jusqu'à dire à la blague « Je vous remercie d'avoir accepté mon cas ». Cette situation conserve l'ambiguïté du mandat, ce qui peut faire l'affaire du comité qui sent probablement le besoin de garder un certain contrôle sur la pratique des infirmières ou à tout le moins qui cherche à conserver le plus de responsabilités possible. Il ne faut pas sous-estimer que ce sont presque uniquement les infirmières qui interviennent auprès de la clientèle OLO.

Ceci nous amène à discuter de la composition de l'équipe. Tel que mentionné à la section portant sur les frontières du cas, il est difficile de cerner la composition de l'équipe. On sait précisément qui fait partie du comité OLO, mais on ne sait pas où se trouvent les autres intervenantes du PEF ou d'autres programmes qui interviennent auprès de cette clientèle. Lorsqu'une intervenante du CLSC soit une travailleuse

sociale ou une psychologue suit déjà une cliente OLO pour une autre raison, elle n'est habituellement pas invitée à venir assister à une discussion du comité concernant cette cliente. La plupart des intervenantes reconnaissent que cela serait utile mais elles disent « On n'a pas développé le réflexe ». La collaboration intraorganisationnelle semble peu développée aux discussions de cas du comité OLO.

Le problème se pose toutefois davantage pour les infirmières du PEF qui ne siègent pas au comité mais sur qui repose le poids de l'intervention. Une intervenante nous dit:

Elles se sentent à l'extérieur et de temps en temps, elles font une incursion à l'intérieur soit parce qu'elles sont consultées, soit qu'elles font l'évaluation ou participent à une activité et surtout parce qu'elles viennent présenter un cas .

Les infirmières se sentent en périphérie du comité OLO, elles ne se sentent pas impliquées dans le projet. Surtout, elles le vivent comme une surcharge de travail. Les décisions prises par le comité leur sont imposées, elles n'ont pas de contrôle sur ces décisions, ce qui donne lieu à certaines revendications.

1.4.2 Les modes d'intervention

Le document relatif au projet OLO (mars 1992) ne présente pas comme tel un modèle d'intervention. On y expose plutôt sept facteurs de réussite qui pourraient définir le mode d'intervention soit :1) une approche globale ou l'ouverture aux besoins multiples de la mère 2) la relation de confiance établie avec la cliente 3) les attitudes des intervenants face à ces familles (respect des valeurs et des attitudes, reconnaissance de leur compétence...) 4) la satisfaction des besoins de base 5) le

soutien de l'équipe de travail 6) la collaboration avec les ressources et les services communautaires 7) le soutien de l'administration.⁷

Les commentaires des intervenantes sur le mode d'intervention peuvent être regroupés sous trois points: 1) la place de la clientèle 2) le partenariat avec les groupes communautaires (l'approche communautaire versus l'approche individuelle) et 3) l'adoption de modèle conceptuel en milieu de travail. Nous verrons comment ces trois points peuvent rendre difficile une véritable collaboration interprofessionnelle. Nous y faisons une place à la clientèle, car il s'agit peut-être d'une avenue qui pourrait ouvrir à la collaboration.

1.4.2.1 La place de la clientèle

Où se situe la clientèle dans le projet OLO? Certaines nous disent qu'elle est au centre du projet, au centre de la collaboration interprofessionnelle. Au niveau des interventions cliniques, certaines intervenantes verraient important que la cliente soit présente à la discussion de son dossier. Cela s'est produit dans des situations cliniques « désespérées » et avec succès. Cette approche pourrait se répéter de façon plus systématique au dire de certaines informatrices.

Cet élément de réflexion a été apporté au comité à quelques reprises, la réaction des membres est plutôt défavorable à une telle éventualité. On retrouve comme argument, qu'il s'agit d'une clientèle désorganisée et peu fiable ce qui rendrait difficile l'organisation de telle rencontre. On pense aussi que la cliente se sentirait peu à l'aise seule devant trois ou quatre intervenantes et finalement qu'une discussion franche et directe serait difficile avec ce type de cliente. La présence de la cliente pour discuter sa situation viendrait appuyer cette approche communautaire et

⁷ idem, p.8

la philosophie du modèle McGill, qui veut mettre le client au centre des décisions tout comme la réforme du système de santé au Québec. Mais est-ce réaliste?

Au niveau de la gestion du projet, on a voulu impliquer la clientèle. On a procédé à un sondage sur les activités désirées. Ce type de participation peut-il être considéré comme une implication?

1.4.2.2 Le partenariat avec les groupes communautaires

Les groupes communautaires devaient être des partenaires de première instance dans ce projet. En plus d'offrir un support technique dans la distribution des oeufs, du lait et des oranges, ils devaient contribuer à l'intervention de réseau, c'est-à-dire une intervention visant à aider les clientes à se former un réseau dans leur environnement social afin de briser leur isolement. D'une part, certaines intervenantes croient en cette approche et veulent l'instaurer comme mode d'intervention. D'autre part, les infirmières (les médecins sont absents de ce débat) ne s'opposent pas à ce type de démarche mais elles ne sont pas prêtes à y investir du temps.

Les infirmières ont cette préoccupation communautaire mais elles sont aussi très centrées sur le quotidien et les suivis. Quand l'intervenante communautaire arrive en disant on va faire une fête OLO avec la collaboration des groupes communautaires, on va essayer de favoriser un lieu de rencontre. La réaction des infirmières, c'était de dire c'est bien beau organiser une fête mais c'est bien de l'ouvrage. Pendant ce temps-là, les naissances arrivent, les problèmes d'allaitement arrivent, il faut avoir le temps de s'en occuper. De par notre travail, notre rôle, on est très liées au quotidien... On ne peut pas se permettre d'avoir une liste d'attente.

Les infirmières en plus de plaider la lourdeur de leur tâche mentionnent aussi le fait que cette clientèle, très à risque, hésite beaucoup à participer à des activités de groupe. Certaines intervenantes pensent que pour les infirmières cette dimension

n'entre pas dans la conception de leur rôle « Pour eux autres c'est du temps de plus et elles disent non, occupez-vous en vous autres, c'est votre domaine ». Le problème est que ce type d'approche requiert la collaboration de toutes et dans cette situation particulière, ce sont les infirmières qui ont un contact direct avec la clientèle et qui peuvent donc favoriser une approche communautaire, ce qui laisse les autres intervenantes plutôt impuissantes.

D'autre part, les organismes communautaires se sentent à l'écart. Une intervenante nous dit que les groupes communautaires ont formulé des demandes.

Une des dimensions importantes de ce projet, est l'implication des groupes communautaires. On voulait qu'ils soient partenaires. Ils nous ont dit qu'ils ont l'impression de n'être que des livreurs d'oeufs et d'oranges, que les gens les regardent à peine. Est-ce que vous seriez prêts à plus partager avec nous pour qu'on soit plus des partenaires. La réponse a été: il y a la confidentialité, on n'a pas le temps.....

Le travail avec les groupes communautaires semble peu développé. Toutes reconnaissent qu'elles n'ont pas réussi à implanter cette approche communautaire qui se voulait une dimension importante du projet OLO. Cette constatation correspond aussi aux difficultés de plusieurs autres projets OLO.

1.4.2.3 L'adoption d'un modèle conceptuel en milieu de travail

Un autre aspect des modèles d'intervention abordé par plusieurs intervenantes est l'implantation du modèle McGill comme modèle conceptuel pour les infirmières. Dans le domaine des soins infirmiers, il est très courant de nos jours, que les infirmières suite à une démarche commune adoptent un modèle conceptuel développé par la discipline infirmière. Ces modèles s'inspirent de postulats et de valeurs bien identifiés. Les infirmières du CLSC à l'étude ont procédé récemment à cette démarche et ont opté pour le modèle que l'on nomme le modèle McGill. Ce modèle

prône une intervention centrée sur l'usager-famille perçu dans son environnement. «Le rôle de l'infirmière sera donc d'aider l'usager-famille à percevoir clairement sa situation et ses besoins, à déterminer ses objectifs et les moyens qu'il veut prendre pour s'adapter à sa situation, l'améliorer et peut-être la maîtriser » (1994).⁸ Il s'agit essentiellement d'une démarche « d'empowerment » auprès de la famille, démarche qui n'est pas étrangère aux autres intervenantes au contraire et elle se marie avec une approche communautaire.

On a présenté le modèle McGill à toute l'équipe, c'est un modèle qui est très multidisciplinaire qui peut rejoindre beaucoup d'intervenantes. Ça nuit que ce soit un modèle en nursing. Sinon c'est un modèle qui pourrait être implanté dans les CLSC pour l'ensemble des équipes parce qu'il n'est pas strictement nursing. Il a eu un accueil favorable des autres professionnels .

Par l'implantation de ce modèle, les infirmières ont mis des mots précis sur ce qu'elles font, elles ont adopté un vocabulaire commun et elles l'ont fait connaître aux autres. Les infirmières y trouvent des avantages:

Les infirmières avaient tendance à dire moi j'ai ma clientèle, j'ai mon secteur, il y a mes naissances puis il faut que ça avance. Elles étaient très centrées là-dessus. Le fait qu'on a adopté le modèle McGill, fait en sorte que les infirmières sentent moins qu'elles ont toute la responsabilité du bonheur de la clientèle sur le dos. Souvent, les infirmières avaient tendance à faire beaucoup d'interventions, vouloir beaucoup pour les clients.

Elle ajoute:

⁸ CLSC... 1994. *Guide de suivi de la clientèle selon le modèle McGill et d'utilisation des formulaires au dossier*. Document de travail, , 31p.

Cela a aidé, d'une part, à enlever tout le fardeau du suivi de leur clientèle aux infirmières donc les dégager pour faire partie plus de l'équipe et d'autre part, donner un langage commun que les autres acceptent aussi. Cela nous a donné un certain leadership, dans le sens où on s'est structuré, on s'est donné un modèle et on l'a publicisé. Probablement que ça nous a donné une cohérence, une confiance en nous et une visibilité qui a aidé à donner confiance aux infirmières. Les autres professionnels regardent les infirmières peut-être moins comme des abeilles butineuses mais un peu plus comme du monde structuré et professionnel .

Comme le mentionne une intervenante:

Le problème c'est que le modèle McGill, les infirmières le connaissent très bien mais les intervenants sociaux, l'organisatrice communautaire et la diététiste, ils ne sont pas si au fait que ça du modèle McGill .

Il apparaît que pour les infirmières, l'implantation du modèle soit un atout mais nous pouvons nous questionner sur l'apport de l'adoption de modèle conceptuel disciplinaire au travail multidisciplinaire. Les travailleuses sociales du CLSC songent à procéder à une démarche semblable afin de se donner un modèle commun. L'utilisation de tel modèle a probablement un impact salutaire sur la compétence des intervenantes et sur la qualité de leur intervention, quel impact a-t-il sur la collaboration interprofessionnelle? À quelles fins ces modèles sont-ils utilisés?

1.4.3 La nature de la tâche et le rendement

Si nous explorons la nature du travail et les pressions engendrées par ce travail pour fournir un rendement, c'est pour tenter de comprendre comment la nature du travail influence la conception du rôle, l'opérationnalisation du rôle et la disponibilité à la collaboration interprofessionnelle.

Toutes les intervenantes du projet OLO sont impliquées dans plusieurs activités au sein du PEF autres que celles rattachées au projet OLO et elles doivent fournir un certain rendement. Par exemple, les infirmières sont impliquées dans des activités telles que les cliniques, les services de garderie, et en milieu scolaire où elles font de la vaccination, des activités de dépistage ... Le médecin travaille aux services courants où ses rendez-vous sont fixés toutes les quinze minutes(?). Ce sont des activités techniques qui façonnent la conception du rôle mais aussi l'emploi du temps. Le médecin et les infirmières doivent d'abord répondre à plusieurs demandes jugées pressantes avant de prendre du temps pour le travail d'équipe, qui souvent est un processus long et quelquefois fastueux, les membres de l'équipe n'étant pas toujours disponibles ni même faciles à rejoindre. Les activités techniques sont plus faciles à comptabiliser que d'autres types d'activités.

Les intervenantes psychosociales et communautaires procèdent à des activités qui sont plus difficilement quantifiables. Les entrevues d'évaluation et de counselling ont des durées variables selon la clientèle et la problématique en jeu. Les indicateurs de performance sont plus flous. La pression perçue par les divers types d'intervenantes pour assurer un certain rendement semble reliée à la nature du travail.

1.4.4 L'organisation du travail

L'organisation du travail concerne la façon dont sont structurées les activités d'un service ou d'un programme. Au projet OLO le mode d'organisation du travail s'inspire de la gestion de cas. Nous décrivons d'abord le processus clinique pour ensuite discuter de la fonction d'intervenante pivot comme mode d'opérationnaliser la gestion de cas et la collaboration interprofessionnelle.

1.4.4.1 Processus clinique

Le processus clinique consiste en une démarche systématique d'une ou de plusieurs professionnelles au regard de l'évaluation, de la planification, de la dispensation et du suivi des services. Ce processus se fait à travers des structures formelles comme nous le verrons ci-après mais il se fait aussi dans des relations informelles pour lesquelles nous possédons peu d'informations. En effet, lors des entrevues beaucoup de place a été donnée aux structures formelles du projet OLO puisque c'était là l'objectif de l'étude. Nous connaissons peu les relations informelles entre les intervenantes qui sont impliquées auprès d'une même cliente dans le cadre du projet OLO.

a) Évaluation et échange d'informations

Au projet OLO, les clientes font une demande d'admission et elles sont ensuite évaluées à domicile par une infirmière. Celle-ci utilise une grille d'évaluation dont une copie complétée est remise à chacun des membres lors de la discussion de cas et sert à comprendre la situation. Suite à l'échange d'information, le comité formule un ou des objectifs d'intervention, il désigne l'intervenante pivot et décide s'il y aura réévaluation et la date de cette réévaluation. Cette façon de fonctionner, en principe intéressante, pose problème à différents niveaux dont nous discutons maintenant.

La situation de ces clientes est, on ne peut plus complexe, le contexte familial et social étant extrêmement difficile. Elles vivent des problèmes de violence, de toxicomanie, de négligence parentale, de grande pauvreté, des conditions de logement désastreuses... La situation est complexe à cerner, la grille utilisée ne peut contenir toutes les informations. Souvent, l'infirmière n'a rencontré la cliente qu'une seule fois et s'il y a d'autres intervenantes impliquées dans le dossier, elles ne sont pas nécessairement présentes à la rencontre. Les infirmières sont bombardées de

questions auxquelles elles ne peuvent répondre, elles ont alors l'impression de passer au « jugement dernier » et elles le vivent comme un moment pénible à traverser. Lors d'une des observations, les infirmières ont été tellement bombardées et de façon indisciplinée qu'elles ont exigé de ne plus être interrompues lors de leur présentation de cas.

Ceci est loin des objectifs que le comité poursuit soit de donner un soutien aux intervenantes pour une approche plus globale. Une intervenante dit:

L'infirmière a déjà fait une évaluation. On lui dit comme c'est toi qui a rencontré la femme tu as la meilleure vision donc tu nous l'exposes. Nous on te pose des questions pour pouvoir éclaircir des choses. Il y a peut-être des choses que tu n'as pas vues, des points de vue que tu n'as pas apportés. Des choses que l'on pourrait t'apporter. On pose des questions, à partir de l'analyse qu'on a, on demande à l'infirmière quels objectifs tu poursuis avec cette personne-là.

Ce commentaire montre que la dynamique du comité risque de le mettre dans une position délicate. En effet, pour que le comité soit un soutien et qu'il soit efficace, il doit apporter aux infirmières des dimensions qu'elles n'ont pas perçues ou auxquelles elles n'ont pas pensé. Les membres du comité posent alors beaucoup de questions ce qui place les infirmières dans une position défensive. Il n'est donc pas étonnant que les infirmières aient le sentiment de passer au jugement dernier...

b) La planification des interventions

Le plan d'intervention est vu comme un outil pour prendre des décisions collectives sur les objectifs à poursuivre dans une situation clinique. Les rencontres du comité OLO sont instaurées depuis 1992, mais ce n'est qu'en 1994 que l'on a décidé que le plan d'intervention serait déterminé au comité. Auparavant, les intervenantes le faisait individuellement. Cette modification a été apportée afin d'améliorer la qualité des plans d'intervention et afin d'intensifier le travail en équipe

multidisciplinaire.⁹ L'observation permet toutefois d'identifier certaines difficultés d'implantation de ce processus et ceci de trois ordres:

1- Les intervenantes semblent éprouver des difficultés à formuler des objectifs d'intervention spécifiques, les objectifs sont habituellement généraux de type « Donner du support ». Ils ne sont pas énoncés de manière à pouvoir en vérifier l'atteinte. Ce type d'objectif n'est pas de nature à soutenir l'intervention.

2- Le modèle McGill et l'approche communautaire prônent l'implication de la clientèle à son plan d'intervention. L'intervenante pivot est censée avoir discuté avec la cliente des objectifs que celle-ci désire poursuivre et le rapporter à l'équipe. On sent peu la présence de la cliente dans cette démarche.

3- La plupart du temps, l'intervenante pivot a déjà formulé un objectif général et il est accepté sans discussion, l'on consacre environ une minute à l'identification et à la formulation des objectifs alors que l'on consacre entre 15 et 20 minutes à l'échange d'informations. Lors de l'observation, on a le sentiment qu'au moment de déterminer un objectif d'intervention en commun, il se passe un effondrement, un momentum qui se brise. On a l'impression que tous sentent un malaise et que chacun veut qu'on en finisse rapidement. La dynamique de l'équipe est telle que les membres du comité ont peur de s'ingérer dans les soins des infirmières et celles-ci le perçoivent effectivement comme une menace d'ingérence dans leurs soins. Une intervenante nous dit:

Je trouve qu'il faut qu'on précise davantage, on ne pouvait pas faire ça au début. C'est en travaillant qu'on le découvre, mais je ne suis pas sûre que les infirmières comprennent ou sont convaincues de ça. Quand la décision a été prise, elles n'étaient pas là sauf X et X. On revient toujours au même problème

⁹ PEF, Compte-rendu d'une rencontre d'évaluation du projet OLO, mai 1994

Cette question du plan d'intervention multidisciplinaire exige un véritable partage. Une condition préalable à ce partage est la « readiness » des intervenantes pivot à un certain dévoilement au regard de leurs interventions. La situation et le climat au comité OLO ne semblent pas propices à ce dévoilement. Le fait que les intervenantes présentes ne soient pas impliquées dans les cas jouent probablement aussi.

Suite à la formulation des objectifs, le comité est censé identifier l'intervenante pivot la plus appropriée pour cette cliente. En fait, on n'en discute pas, c'est l'infirmière qui est toujours désignée comme intervenante pivot, nous y reviendrons à la section suivante

c) Suivi

Le suivi est la dernière étape du processus clinique. Au comité OLO, il est plutôt défini comme une réévaluation que l'intervenante pivot demandera au besoin, c'est-à-dire si elle est à bout de ressources. Elle vient alors chercher l'aide du comité ou même le soutien de celui-ci dans sa décision d'abandonner le cas lorsque la situation est jugée momentanément irrécupérable. L'équipe est d'un grand soutien pour l'intervenante dans ce type de décision. Dans les situations usuelles, le comité ne participe pas au suivi de la clientèle. Le suivi s'exerce de façon informelle mais nous avons recueilli peu d'informations à ce sujet, ce qui peut constituer une limite de l'étude.

1.4.4.2 L'intervenante pivot

Le travail au projet OLO est organisé autour d'une fonction que l'on nomme soit intervenante privilégiée soit intervenante pivot. Ces deux termes sont utilisés indifféremment au CLSC mais ils recouvrent deux réalités différentes. Usuellement, l'intervenante pivot est celle qui coordonne les activités des différents membres de

l'équipe multidisciplinaire.¹⁰ L'intervenante privilégiée est celle qui établit une relation de confiance avec la cliente. Au CLSC, on ne retrouve pas de définition de cette fonction, ni de son opérationnalisation, non plus que de critères de désignation de l'intervenante pivot. Cette fonction, somme toute nouvelle, est peu formalisée. Il existe aussi au CLSC la notion «d'intervenantes principales» mais encore-là elle n'est pas formalisée.

Nos observations montrent que cette fonction de coordination des activités des différentes intervenantes présente des difficultés. Cette constatation s'appuie sur le fait, qu'à la lecture des dossiers, on s'aperçoit qu'il y a souvent d'autres intervenantes impliquées mais qu'elles ne sont pas présentes lors des discussions de cas. Certaines intervenantes nous disent qu'elles n'ont pas encore développé le « réflexe » de travailler de cette façon, et la fonction d'intervenante pivot ne semble pas claire à cet égard?

La désignation de l'intervenante pivot aussi pose problème. Dès le début du projet OLO, les personnes ayant conçu le projet ont proposé que différents types d'intervenantes puissent assumer cette fonction. La position de la coordonnatrice était contraire, à savoir qu'elle voulait que ce soit les infirmières qui soient les intervenantes privilégiées sauf dans des cas exceptionnels. Cette décision, difficile à accepter par le comité OLO, demeure conflictuelle.

À la question, quelle est la proportion des cas où ce sont les infirmières qui sont intervenantes pivot, les réponses varient beaucoup. Certaines avancent la proportion de 50% donc la moitié des cas alors que d'autres disent que depuis le début du projet, il y a eu 2 ou 3 cas où l'intervenante pivot n'était pas infirmière. Il est étonnant que les membres d'une même équipe aient une vision aussi différente. Ceci

¹⁰ Cette définition vient de la littérature sur la gestion de cas ou le « case management »

pourrait-il s'expliquer par une dynamique où les intervenantes autres qu'infirmières voudraient assumer davantage de responsabilités au regard de la clientèle alors que les infirmières croient être les intervenantes les plus appropriées et qu'elles doivent assumer leurs responsabilités?

Nous sommes en présence d'une situation conflictuelle qui n'a pas été discutée à fond, où la négociation du partage des responsabilités n'a pas été possible, ce qui laisse un peu tout le monde insatisfait. D'autre part, la fonction est peu formalisée. Une définition plus claire de cette fonction aurait-elle permis de consolider la collaboration interprofessionnelle?

L'organisation du travail au comité OLO pose plusieurs problèmes de collaboration interprofessionnelle et même d'efficience. Les intervenantes sentent que cette démarche les aide peu au niveau de leur intervention. Il ne semble pas que le fait de venir présenter un cas, modifie ou bonifie la qualité de l'intervention. Plusieurs facteurs limitent la possibilité et la richesse des échanges. Premièrement, le facteur temps, quatre discussions de cas sont planifiées en une heure soit quinze minutes par cliente. Certaines intervenantes disent se sentir sur une chaîne de montage, surtout celles qui conçoivent le comité comme un lieu d'échange d'expertise. Elles n'y trouvent pas de place pour le questionnement et les discussions professionnelles et donc pas de retour sur leur investissement de temps. Elles se sentent mal utilisées.

Deuxièmement, le fait que les intervenantes autour de la table ne sont pas impliquées dans les dossiers des clientes limitent la portée et l'utilité des échanges. Les infirmières n'obtiennent pas le soutien que le comité voudrait bien donner. D'ailleurs certaines se questionnent sur leur besoin de soutien.

Troisièmement, la dynamique de l'équipe et le peu de confiance entre les groupes professionnels limitent la qualité de la collaboration. La partie suivante vise à décrire le climat de même que la cohésion du groupe.

1.5 Le groupe en tant que système social

Les éléments qui constituent le système social ont été regroupés sous deux concepts soit le climat et la cohésion.

1.5.1 Le climat

Le climat est défini comme la qualité des relations entre les acteurs organisationnels. La qualité des relations est cernée par la capacité des individus à entrer en communication, d'être ouverts aux autres, de faire confiance, de négocier dans une dynamique d'échange (Crozier et Friedberg, 1977).¹¹

Au projet OLO, les intervenantes sont dans une démarche de socialisation à la collaboration interprofessionnelle. Les rencontres du comité OLO constituent le principal lieu d'échange. Préalablement à la mise en oeuvre de ce comité, les intervenantes de différentes professions ne se rencontraient pas de façon formelle. Elles avaient aussi peu d'échanges informels les unes avec les autres. Tout en sachant très bien qu'elles ne forment pas encore une véritable équipe multidisciplinaire, elles se disent dans une démarche de changement. Les informatrices mentionnent qu'il y a quelques années le climat était beaucoup plus tendu « Quand je suis arrivée au PEF tout le monde se regardait comme des chiens de faïence ». Une autre dit:

¹¹ Crozier, M. et E. Friedberg. 1977. *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.

L'atmosphère est beaucoup mieux, ça ne se compare pas. Quand je suis rentrée ici, tu rentrais dans les réunions et on sentait que l'équipe était à couteaux tirés, c'était l'enfer, alors que maintenant on réussit à rire en travaillant. Il faut dire qu'il y a des infirmières qui ont changé et il y a d'autres intervenantes qui se sont rajoutées.

On reconnaît que le climat s'améliore, principalement dû aux rencontres OLO et au fait que la gestion s'assouplisse. La volonté de travailler en collaboration semble présente: « Tout le monde désire vraiment un travail d'équipe et veut vraiment avoir des échanges fructueux ». Mais certaines difficultés, certains malaises sont identifiés, quels sont-ils?

La communication s'avère difficile, certaines informatrices disent que les personnes en place ne se parlent pas vraiment des choses qui comptent, on préfère se taire plutôt que de mettre sur la table les points divergents.

J'aimerais qu'on puisse aller jusqu'à s'engueuler. S'engueuler dans le sens Moi je pense ça, toi tu penses ça, non je ne suis pas d'accord. Mais c'est très rare. Elles vont rester très polies, elles ne s'engagent pas trop. C'est comme si elles étaient prêtes à partager des affaires mais elles ne sont pas prêtes à tout partager .

Ceci peut être associé au climat de confiance qui est faible principalement entre les sous-groupes professionnels. Pour les répondantes, la question d'être capable de se faire confiance à soi-même et de faire confiance aux autres est très importante dans une démarche d'équipe. « Plus on a des gens qui sont méfiants, qui ont peur de perdre leur pouvoir ou qui se sentent toujours menacés, plus c'est difficile de fonctionner ». En plus de la capacité de faire confiance, on mentionne également la capacité d'écoute, d'ouverture, d'aller clarifier, une disposition à être positif et à être centré sur le client plutôt que sur son propre pouvoir.

Peu de commentaires positifs sont ressortis sur le climat dans l'équipe sinon de dire que celui-ci s'améliore. On voudrait bien travailler ensemble, mais on en a gros sur le coeur. Les récriminations sont polarisées selon les trois groupes. Par exemple, certaines intervenantes reprochent aux infirmières « elles gardent leurs cas pour elle et elles ne veulent pas laisser aller ». « Elles prennent toujours tout sur leurs épaules, elles ne sont pas capables de partager c'est parce qu'elles ne font pas confiance aux autres ». Les infirmières quant à elles reprochent aux travailleuses sociales de ne pas suffisamment faire appel à elles et de ne pas donner l'information en retour:

La frustration qu'on a souvent c'est qu'on a l'impression qu'on donne beaucoup, qu'on oriente beaucoup mais qu'on n'a pas de retour...Normalement, à OLO, on s'attend à ce qu'il y ait justement un retour. ...je pense que c'est en train de se faire, c'est en train de se créer, moi je suis optimiste, je pense que ça prend un certain temps de rodage puis il faut prendre le temps de dire les malaises qu'on ressent et on n'avait peut-être pas pris le temps jusqu'à présent de le faire.

Toutes les informatrices mentionnent cette dynamique où les infirmières se sentent jugées sur leur travail lorsqu'elles présentent un cas au comité OLO. Elles ont l'impression de passer « au jugement dernier » alors que les autres membres du comité expliquent que cette présentation sert à apporter du soutien aux infirmières. Cette présentation constitue pour les infirmières une épreuve auquel elles doivent se soumettre à chaque fois qu'elles acceptent une cliente au projet OLO.

Le climat peut être illustré par l'histoire des revendications au projet OLO, soit depuis 1992.

- En 1992, début du projet: le mandat du comité était de donner du soutien aux intervenantes privilégiées mais aussi d'accepter ou de refuser les cas OLO, ce avec

quoi les infirmières étaient en désaccord. L'intervenante pivot est d'office l'infirmière, ce avec quoi le comité n'est pas d'accord.

- En 1993, les infirmières obtiennent que, dorénavant, ce soit elles qui acceptent les cas.
- En novembre 1994, les infirmières demandent de ne plus aller présenter systématiquement tous les cas au comité mais seulement lorsqu'elles en ressentent le besoin. Cette demande est refusée par le comité qui exprime sa crainte que les infirmières ne viennent plus présenter aucun cas. Les infirmières obtiennent toutefois de fixer elles-mêmes le moment de la discussion de cas, car auparavant celle-ci devait se faire avant la distribution des bons alimentaires.
- En mai 1995, les infirmières récidivent et demandent encore l'abolition des discussions de cas obligatoires. Cette fois-ci elles accompagnent leur demande de trois propositions:

Discussion de cas au besoin mais seulement avec les intervenantes impliquées qu'elles soient dans un autre programme ou à l'extérieur du CLSC

- 1- Une période de temps plus longue allouée aux discussions de cas afin qu'elles ne se sentent pas bousculées
 - 2- Trois ou quatre rencontres par année avec le comité OLO et les groupes communautaires pour discuter des problèmes d'intervention et faire le point sur les ressources.
- En mai 1995: le comité accepte les demandes des infirmières. Le mandat du comité OLO est radicalement modifié. Le comité ne se réunira plus que quatre fois par année pour discuter de questions administratives et toutes les infirmières y seront présentes. Les discussions cliniques seront tenues au besoin, elles réuniront les intervenantes impliquées. Seule l'assistante du supérieur immédiat, qui fait la coordination du projet, sera présente sans être impliquée dans le cas.

L'histoire de ces revendications illustre bien qu'il s'agit d'une équipe en évolution, qu'il y a une volonté de travailler ensemble mais que la difficulté est grande compte tenu du climat. Plusieurs informatrices mentionnent que la collaboration n'est pas encore ce que l'une d'elles nomme un « schème intégré ».

Les intervenantes désirent une amélioration du climat mais elles se sentent prises dans un état de stagnation. Elles se voient comme un regroupement de professionnelles qui travaillent les unes à côté des autres plutôt qu'une véritable équipe multidisciplinaire.

On parle de programme, mais nous autres en Enfance-Famille, c'est du monde qui se rencontre pour dire ce qu'ils font chacun de leur côté. Ce ne sont pas des programmes multidisciplinaires, ce sont des gens qui ont des échanges, qui se parlent, ensuite chacun va sur son côté .

Est-ce que les intervenantes pivots demanderont à avoir des discussions de cas? C'est le suspense. Est-ce que l'on retombera dans la plus grande indifférence ou est-ce que l'on trouvera un mode de collaboration plus satisfaisant et un climat de travail plus serein. De prime abord, on peut penser qu'il s'agit d'un échec de la collaboration ou est-ce plutôt « un bien qui naît difficilement »?

1.5.2 La cohésion

La cohésion est la propriété d'un ensemble dont toutes les parties sont intimement unies. (Petit Larousse, 1995) Sous ce concept, nous regroupons les facteurs de cohésion tel que le fait de partager des orientations communes; de se sentir engagé dans un projet commun; d'être reconnu et d'avoir des affinités. Nous tentons de décrire les liens qui unissent les intervenantes dans un projet commun.

Les facteurs de cohésion qui ont émergé de l'analyse des données sont la reconnaissance mutuelle ou le respect des intervenantes les unes envers les autres, le fait d'être engagé ou impliqué dans le projet et le plaisir dans les rapports de travail. Nous pouvons dire que la cohésion intragroupe est élevée mais que la cohésion intergroupe est faible au sein du projet OLO, nous sommes plutôt face à deux sous-groupes.

D'une part, les infirmières forment un regroupement naturel de professionnelles ayant la même culture et les mêmes orientations. D'autre part, la travailleuse sociale, l'organisatrice communautaire et la nutritionniste forment une coalition basée sur leurs affinités professionnelles et sur le fait que ce sont des professionnelles isolées, deux d'entre elles étant les seules de leur profession au CLSC. Les trois intervenantes ont une orientation partagée envers le communautaire et le psychosocial. Elles sont toutes trois membres du comité OLO et prennent part aux décisions. Un dernier membre du comité, le médecin, est si peu présente qu'elle est considérée comme de la « visite » et ne semble pas avoir d'apport sensible à la cohésion.

La coordonnatrice, en consultation avec l'assistante, donne les orientations. L'assistante agit comme zone tampon entre les deux groupes. Elle participe au comité OLO depuis un an et fait en sorte que les personnes expriment leurs insatisfactions et trouvent des modalités de fonctionnement plus satisfaisantes. Elle a assisté les infirmières dans la formulation de leurs propositions. Ces propositions ont permis la transformation du comité en un lieu d'échanges plus acceptable.

Les deux groupes insistent sur les facteurs de cohésion. Le respect est un facteur de cohésion mentionné par la majorité. Toutes discutent de l'importance de se sentir respectée pour ce qu'elles ont à apporter. Être traitées d'égale à égale fait partie de ce qu'elles considèrent le respect. Les infirmières insistent particulièrement sur cet

aspect, l'une d'elles mentionne que les infirmières ne se sentent pas toujours respectées dans le fonctionnement du comité OLO. D'une part, lors des discussions de cas où elles sont fréquemment interrompues ce qui les choque et d'autre part, par les décisions qui leur sont imposées. Les infirmières ont été placées au centre de l'expérimentation de ce projet multidisciplinaire et elles en ont subi certaines conséquences en terme de travail supplémentaire et de récriminations de la part des autres professionnelles. L'impact sur la cohésion est important. Les infirmières, se sentant possiblement contrôlées par le comité, ont résisté à ce contrôle en resserrant les liens, solidifiant ainsi la cohésion entre infirmières. Elles ressentent peu de sentiment d'appartenance et s'identifient davantage au groupe d'infirmières qu'au projet OLO. Elles ont un certain pouvoir puisqu'elles sont le groupe de professionnelles le plus nombreux et elles se rencontrent régulièrement entre infirmières. Elles considèrent d'ailleurs ces rencontres comme étant plus utiles que les rencontres OLO pour le suivi de leur clientèle. Elles peuvent y discuter plus librement sans se sentir juger.

L'engagement, l'implication, la motivation sont des facteurs de cohésion mentionnés fréquemment. La notion d'engagement ressort à deux niveaux, soit au niveau administratif où il s'agit de gérer le projet et d'être en relation avec les organismes communautaires et le niveau clinique, c'est-à-dire l'implication auprès des clientes et lors des discussions de cas.

À plusieurs reprises, les intervenantes soulignent le manque d'engagement des infirmières au projet OLO: «Elles sont 100% impliquées dans leur travail mais pas 100% impliquées dans l'équipe multidisciplinaire». Elles reconnaissent toutefois: « Au niveau de l'organisation technique, souvent les infirmières sont associées à la fin du processus, donc je peux comprendre qu'elles ne se sentent pas impliquées ». Dès la création du projet OLO, les infirmières ont été consultées mais elles sont

restées avec un goût amer de ne pas avoir participé aux décisions concernant le fonctionnement du projet.

Les intervenantes autres mentionnent que les infirmières ne sont pas impliquées auprès des groupes communautaires. Ce malaise quant à l'intervention communautaire revient fréquemment: deux philosophies, deux orientations qui s'affrontent. On dit que les infirmières n'ont pas suffisamment de perspective communautaire et qu'elles travaillent davantage individuellement. Le fait de partager les mêmes orientations est un facteur qui semble ressortir comme élément de cohésion.

D'autre part, les infirmières remarquent que les intervenantes autres ne sont pas impliquées cliniquement et qu'il est beaucoup plus facile pour les intervenantes autour de la table de discuter d'un cas lorsqu'elles ne sont pas impliquées.

Moi ce que j'apprécie lorsqu'il y a une discussion de cas c'est quand il y a vraiment une implication concrète des gens autour de la table. Pas juste moi. Quand par exemple, la cliente est suivie par le médecin qui est là à OLO, c'est plus pertinent. Quand la diététicienne a déjà pu voir la cliente c'est déjà plus pertinent, plus riche comme discussion. Et si la travailleuse sociale a pu le faire de son côté, là j'appelle ça une vraie discussion de cas sinon, j'arrive, j'expose la situation mais finalement on n'est pas au même niveau alors comment est-ce que, on peut avoir un partage? On parle pas des mêmes choses nécessairement, c'est un peu frustrant. .

D'autre part, il ne semble pas que ces degrés différents d'engagement soient reliés à un manque de motivation. Il semble au contraire que les intervenantes sont motivées:

Ce que je constate ici, c'est qu'on n'a pas besoin de motiver les gens à faire plus, on a juste besoin de structurer la façon de faire et dire aux gens fais attention, prends-en pas trop, tu veux plus que lui. Les gens veulent beaucoup pour le client, ils sont très centrés sur le client .

Par contre, au niveau de l'encadrement certains facteurs pourraient influencer la motivation:

Moi, je pense qu'il faut qu'il y ait une souplesse, il faut qu'on laisse un peu les gens faire leur travail au meilleur de leurs connaissances, ce sont des gens d'expérience finalement qui sont tous autour de la table. On s'est donné des outils, on a une philosophie de soins, je pense qu'il faut faire confiance un moment donné aux gens. Si on les étouffe, je pense qu'on tue la motivation plus que d'autre chose.

La créativité est un autre facteur qui semble apporter de la cohésion:

Il faut que tu puisses construire, être créatif à l'intérieur d'un programme pour que tu sois partie prenante. Il faut que tu le possèdes ce projet-là. Puis pas toute seule. Les gens qui y travaillent, le possèdent, en discutent, l'améliorent, aiment travailler là-dedans.

Il est intéressant de voir que le plaisir dans les rapports de travail est mentionné comme élément de cohésion. On dit que certains groupes ont le goût de travailler ensemble, d'initier des projets et de ne pas rester confinés à leur tâche, alors que d'autres groupes n'ont pas ce désir.

En résumé, il s'agit d'un groupe en démarche de changement, démarche qui n'a pas été supportée par une pensée collective. La cohésion à l'intérieur des sous-groupes semble assez forte, par contre, on retrouve peu de cohésion intergroupe. La notion de pouvoir est très présente dans la dynamique même si les intervenantes ne l'abordent pas directement.

1.6 Dimensions de l'environnement social et culturel

Cette partie de l'environnement social et culturel traitera de l'influence du système professionnel et éducationnel sur la collaboration interprofessionnelle.

1.6.1 Système professionnel

Le système professionnel influence-t-il la collaboration? C'est ce dont nous allons traiter maintenant. Nous utilisons l'angle de l'orientation des intervenantes envers la collaboration pour les situer soit dans une logique professionnelle (compétition) ou dans une logique interdisciplinaire (collaboration). Nous décrivons aussi comment le partage des juridictions influence la collaboration.

1.6.1.1 L'orientation envers la collaboration

L'orientation à la collaboration aborde la conception de la collaboration, les croyances quant aux avantages et aux inconvénients de la collaboration, les perceptions des facteurs qui influencent le degré de mise en oeuvre de la collaboration et finalement l'ouverture à la collaboration. Les intervenantes du projet OLO ne se sont pas donné de forum de réflexion ou de discussion sur ce qu'est la collaboration interprofessionnelle. Elles expriment donc un ensemble de points de vue individuels touchant différents aspects de la collaboration, certaines parlent même « d'un décalage dans la façon de concevoir le travail en collaboration ». La plupart la définissent comme étant la mise en commun de l'expertise et de l'expérience de diverses professionnelles. D'autres décrivent la collaboration en terme d'échanges d'informations. Deux informatrices proposent une conception plus élaborée:

C'est de pouvoir partager dans le suivi d'une même clientèle, des informations dans le but d'un plan d'intervention qui favorise chez la clientèle une meilleure prise en charge. Moi je m'attends que la collaboration ne soit pas juste dans un sens, il faut qu'il y ait vraiment de l'échange, du partage et je pense qu'il faut apprendre à travailler ensemble.

Une autre informatrice dit:

Je pense que la collaboration peut s'établir d'abord quand les professionnels qui sont impliqués poursuivent un même objectif. Il faut qu'on vise, pour le client, un objectif commun sur lequel chacun va se centrer, sur la tâche qu'il a à faire dépendamment de l'expertise qu'il peut apporter.

Elle ajoute:

Il faut qu'ils se parlent, alors je pense qu'il faut articuler ça pour pouvoir le faire dans un défi qualité-performance qui s'inscrit dans une intervention qui est brève mais efficace.

Ces deux dernières répondantes ajoutent donc la notion de collaboration à un plan d'intervention commun, l'une dans un souci d'un véritable partage et l'autre dans un souci de performance.

Les informatrices parlent finalement assez peu de leur conception de la collaboration, elles sont davantage portées à parler de leurs difficultés et de leurs frustrations. Toutes insistent sur la difficulté de travailler en équipe multidisciplinaire « C'est dur le travail en multidisciplinaire, il faut que tu partages tes affaires. Que tu considères l'autre comme égal » et « Il y a beaucoup de résistances de part et d'autre, comment défaire les résistances? » On mentionne la méfiance, le manque d'ouverture, l'incapacité de faire confiance, le fait de toujours penser en terme de pouvoir et de se sentir menacé. Ces éléments, mentionnés à la partie traitant de la cohésion, nuisent à la collaboration. Un autre élément est la possibilité de pouvoir transiger d'égal à égal, on retrouve la notion de pouvoir, c'est-à-dire le fait de vouloir garder le contrôle « ne pas toujours gérer en terme de guerre de pouvoir » « Si je te donne de l'information, je m'attends à ce que tu m'en donnes en retour ». La capacité d'écoute, d'aller clarifier et être centré sur le client sont par contre des éléments qui aident à la collaboration.

Malgré les difficultés à rendre opérationnelle la collaboration, les informatrices croient qu'il y a des bénéfices à travailler en multidisciplinarité. Les bénéfices sont vus en premier lieu pour la clientèle, on dit qu'une approche multidisciplinaire peut résulter en un meilleur suivi pour la clientèle, une meilleure qualité de services car les besoins peuvent être mieux cernés et le plan d'intervention plus concerté. On pense qu'en se côtoyant, l'intervention aura une plus grande portée car elle résultera d'une vision plus globale. Ces bénéfices passent par une plus grande opportunité d'échanges, un partage de connaissances, d'idées, de réflexions. Une personne pense que l'intervention individuelle peut même être dommageable « elle peut priver le client du vrai remède, c'est même manquer d'authenticité dans une relation avec un client ». Un autre apport de la multidisciplinarité est le fait que l'on reconnaisse que les problèmes d'une cliente ne reposent pas sur les épaules d'une seule personne, ce qui peut avoir pour effet de soulager le personnel et de prévenir l'épuisement professionnel.

Dans la pratique, le plus grand apport du projet OLO est de mieux se connaître et tout simplement de se parler « Avant le projet OLO, on ne se parlait même pas ». Pour l'administration, on pense qu'un travail multidisciplinaire a comme effet une meilleure gestion administrative, une économie de temps, de dollars et d'énergie. « Ça prend plus de temps de courir les corridors pour aller chercher l'information que d'avoir une rencontre brève mais efficace ». Les intervenantes quant à elles, même si elles croient en la valeur de la collaboration, ne jugent pas très efficace le fonctionnement actuel du comité.

Une intervenante mentionne qu'il peut y avoir des pertes induites par la collaboration principalement au niveau du partage des responsabilités professionnelles. On risque aussi d'être jugé par ses pairs. C'est plus exigeant de faire une évaluation en équipe « L'auto-évaluation c'est très facile », peut-être trop?

L'ouverture à la collaboration, prendre le risque de se rapprocher et de travailler avec d'autres constitue certes un désir et un idéal à atteindre, mais on demeure très prudentes à ce niveau. C'est une dynamique où il faut faire ses preuves tous les jours. Dans quelle mesure les éléments reliés au climat influencent la disposition des intervenantes à travailler en collaboration ou est-ce plutôt la logique du système professionnel qui prend le dessus?

1.6.1.2 Partage des juridictions

Le partage des juridictions est présenté en fonction de la structuration des responsabilités. Nous en avons déjà abordé certains aspects dans l'organisation du travail. Nous utiliserons maintenant les lunettes des juridictions pour comprendre comment le système professionnel influence la collaboration. Nous ne décrirons pas les responsabilités des divers groupes d'intervenantes mais bien la dynamique existante dans le partage des responsabilités.

La définition des responsabilités entre les intervenantes au projet OLO est un processus qui semble en même temps stable et évolutif. Stable parce que certains acquis définis par le système des corporations professionnelles ne sont pas remis en question. Tous les groupes d'intervenantes ont leurs zones clairement définies. L'intervenante communautaire est responsable des relations avec les groupes communautaires, la nutritionniste est responsable de l'aspect nutrition, les travailleuses sociales sont responsables de l'intervention psychosociale, les médecins de l'aspect médical et les infirmières de l'aspect santé. C'est un processus évolutif parce que dans le domaine des services de première ligne plus que dans tous les domaines, il est difficile de savoir précisément ce que comporte ces dénominations, surtout dans les situations complexes et c'est le cas dans la majorité des situations au projet OLO. Par définition, le projet s'adresse à des femmes défavorisées qui au départ ont des besoins de santé et des besoins psychosociaux importants.

Trois conflits sur les juridictions ressortent des entrevues au projet OLO, soit la responsabilité des infirmières au regard de l'intervention communautaire, le partage de zones de responsabilités et la désignation de l'intervenante pivot.

a) L'intervention communautaire

L'implication des infirmières au niveau de l'intervention communautaire a été discutée dans la section sur les modèles d'intervention, elle revient ici, car ces modèles se traduisent dans l'action. Le problème ne se situe pas du fait qu'un groupe réclame une plus grande juridiction. Au contraire, certaines intervenantes voudraient voir les infirmières assumer une zone plus grande de responsabilités mais celles-ci ne le veulent pas, pour des raisons qui peuvent être tout à fait légitimes. Les intervenantes communautaires et psychosociales ont besoin de la collaboration des infirmières pour faire leur travail. Les infirmières sont souvent ce qu'elles appellent la porte d'entrée dans les familles, elles préparent le terrain, ce sont les intervenantes les moins menaçantes pour les familles.

On insiste plutôt pour que chaque groupe professionnel se concentre sur un champ particulier. On se retrouve dans des zones plutôt hermétiques qui rendent la collaboration plus difficile. On l'a vu, le fait que les infirmières doivent se plier à des règles rigides avec lesquelles elles ne sont pas d'accord et le fait qu'elles se sentent contrôlées, ne les incitera pas à élargir leur zone de responsabilités afin de faciliter la collaboration.

b) Le partage des responsabilités ou les interzones

Quand l'intervention experte commence-t-elle, quand s'arrête-t-elle? Le partage est clair pour plusieurs zones de responsabilités mais il existe aussi des zones grises ou tout simplement des zones qui demandent de la collaboration.

Certaines intervenantes voudraient que les juridictions soient le plus clairement définies, d'autres désireraient une reconnaissance de zones de partage. Une intervenante dit:

Les zones de responsabilités sont relativement définies, chacun fait à l'intérieur de ça son affaire. Je pense qu'il devrait y avoir des interzones. Chacun prend ses responsabilités et les fait. Je pense qu'on devrait avoir des zones partagées et c'est là-dessus qu'on ne s'affronte pas. On dit c'est comme ça, est-ce possible de changer? Chacun a ses affaires, son contrôle. On pourrait avoir des zones où on intervient ensemble. C'est là que ça devient intéressant. Mais on ne se colle pas trop.

Une autre intervenante dit:

Moi j'ai toujours été une adepte de chaque profession a ses limites et on doit laisser le terrain quand ça dépasse nos compétences et pour moi, les compétences des infirmières ont un début et une fin. Quand ça devient du social, je pense que ça appartient strictement aux intervenants sociaux. Je pense que les infirmières doivent se concentrer davantage sur ce que c'est une grossesse, c'est quoi les conséquences que ça va avoir, un bébé on prend soin de ça comment, c'est quoi les étapes de croissance... Moi je pense que comme infirmière, je ne fais pas de chirurgie, je ne me substitue pas au médecin donc je ne dois pas me substituer au travailleur social et particulièrement dans les secteurs défavorisés. Je pense que les infirmières ont souvent été utilisées par les travailleurs sociaux à faire la préparation du terrain comme ils disent et je pense que de façon déguisée, on a donné beaucoup de devoirs aux infirmières qu'elles ont accepté sans broncher. Mais ça c'est bien embrouillé dans la tête de plein de gens.

À l'époque, les infirmières prônaient une approche globale et communautaire. La nouvelle coordonnatrice voyait le rôle et les mandats de l'infirmière plus spécifiques et plus ciblés. Aujourd'hui, les infirmières acceptent ce rôle. On retrouve des exemples de collaboration entre autre entre la diététiste et les infirmières. Au début du projet OLO, celle-ci rencontrait toutes les clientes OLO pour évaluer le

risque nutritionnel. La lourdeur de cette tâche a fait que la diététiste a élaboré un instrument pour l'évaluation alimentaire qui est appliqué par l'infirmière. Si le risque est élevé, la diététiste rencontre alors la cliente. Le questionnement sur le partage des responsabilités est présent et le sera probablement toujours dû à la nature du travail.

c) Intervenante pivot

Le rôle d'intervenante pivot est défini comme l'intervenante qui établit une relation privilégiée c'est-à-dire une relation de confiance avec la cliente dans le but d'offrir une approche globale. C'est aussi l'intervenante qui demande des références à d'autres et qui coordonne les activités. Au projet OLO, le rôle d'intervenante pivot semble une source de conflit. Dès le début du projet OLO, la coordonnatrice a indiqué que ce sont les infirmières qui seraient les intervenantes privilégiées. Cette orientation a été prise après consultation et en considérant les projets OLO déjà en cours ainsi que par souci d'efficacité. Cette position semble avoir donné une orientation qui n'est pas partagée par certaines intervenantes.

C'est vrai que cette intervention-là repose beaucoup sur leurs épaules. Au début du programme, il a été proposé que ce ne soit pas nécessairement une infirmière qui soit l'intervenante privilégiée. La direction dit « Nous voulons que ce soit une infirmière mais peut-être que ça pourrait être une autre intervenante, mais moi je ne veux pas que l'on dise que ça peut être tout autre professionnel » .

Déjà, ceci a orienté que ce soit les infirmières qui soient intervenantes privilégiées. Les autres peuvent arriver en second. Moi je pense que ça devient une plus grande responsabilité pour les infirmières. Les autres professionnels sont impliqués mais il faut qu'ils se battent pour dire moi je vais intervenir.

Les intervenantes ont le sentiment que les infirmières monopolisent cette clientèle alors que celles-ci s'en défendent bien.

1.6.2 Le système éducationnel

Le système éducationnel n'est pas à l'abri du système professionnel, il y a interinfluence. Comment cet élément influence-t-il la collaboration interprofessionnelle sur l'aire de travail? Nous relatons ce que les intervenantes nous en disent.

La plupart des intervenantes s'entendent pour dire que leur formation ne les a pas préparées à travailler en collaboration, c'est surtout l'expérience qui sert. Certaines répondent que la formation ne touche pas cet aspect et que de toute façon on les prépare davantage à travailler en milieux hospitaliers que communautaires. On dit « S'il y avait un véritable souci, peut-être que l'on en ferait un objectif premier dans notre formation ». On se soucie peu de faire connaître les autres professionnelles, leurs points de vue et leurs responsabilités.

Un autre problème majeur identifié par les répondantes est que l'on ne situe pas les étudiantes dans un contexte social plus large, elles n'ont pu se faire une idée du système de santé. La majorité des répondantes disent avoir été formées au regard d'une intervention individuelle comme clinicienne, ce qui ne permet pas d'acquérir les connaissances et les habiletés pour une intervention plus communautaire.

Les modèles conceptuels développés par les différents champs disciplinaires visent à rendre les intervenantes plus compétentes mais comment influencent-ils la collaboration? Ces modèles cherchent à clarifier le rôle professionnel mais peuvent aussi le rendre plus hermétique aux autres.

La compétence est mentionnée comme élément important dans la collaboration. On aime travailler avec des gens qui savent ce qu'ils font. « Chacun sait ce qu'il fait dans son domaine. À partir de là tu peux établir des bases communes

de travail et c'est là qu'on peut établir les meilleures collaborations ». On reconnaît la compétence chez les intervenantes du projet OLO et on l'apprécie.

Annexe 6

Le programme Maintien à Domicile

La collaboration interprofessionnelle

Le programme Maintien à Domicile

par

Danielle D'Amour

Novembre 1995

Table des matières

1.1 FRONTIÈRE DU CAS	66
1.2 CONTEXTE DU PROGRAMME.....	67
1.2.1 Description du MAD.....	67
1.2.2 Composition de l'équipe.....	68
1.2.3 Lieux physiques	70
1.3 DESIGN ORGANISATIONNEL.....	71
1.3.1 Mécanismes de collaboration formelle.....	71
1.3.1.1 Équipes de secteur	71
1.3.1.2 Comité d'allocation des services.....	76
1.3.1.3 Comité des soins palliatifs	79
1.3.1.4 Rencontres unidisciplinaires	81
1.3.2 Structure des rôles et des responsabilités.....	82
1.3.2.1 Encadrement et liens hiérarchiques.....	82
1.3.2.2 La fonction d'intervenante pivot.....	83
1.3.2.3 Style de gestion et leadership.....	85
1.3.3 La gestion des ressources humaines.....	88
1.4 LA COORDINATION.....	90
1.4.1 Modèles d'intervention.....	90
1.4.1.1 L'intervention individuelle versus l'intervention collective.....	90
1.4.1.2 L'utilisation des modèles conceptuels en milieu de travail.....	92
1.4.1.3 La nature du travail	93
1.4.2 Processus clinique.....	95
1.4.2.1 Évaluation et échange d'information.....	95
1.4.2.2 La planification des interventions.....	96
1.4.2.3 Suivi.....	101
1.5 LE GROUPE EN TANT QUE SYSTÈME SOCIAL.....	101
1.5.1 Le climat.....	101
1.5.2 La cohésion.....	105
1.6 DIMENSIONS DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET CULTUREL.....	109
1.6.1 Système professionnel.....	109
1.6.1.1 Orientation envers la collaboration.....	109
1.6.1.2 Partage des juridictions.....	113
1.6.2 Le système éducationnel.....	118
1.6.3 L'environnement social et politique.....	119

De tous les programmes en CLSC, le programme de Maintien à domicile (MAD) est celui qui évoque le mieux la place des CLSC dans la communauté. En effet, comme son nom l'indique, il s'adresse à une clientèle en perte d'autonomie et que l'on veut garder le plus longtemps possible dans son milieu naturel. Ce programme propose ses services à un large éventail de clientèles que ce soit les jeunes personnes handicapées, les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes en situation de fin de vie qui désirent mourir à domicile. Les décisions politiques récentes concernant la réorganisation du système de santé comportent de nouveaux défis majeurs pour ce programme qui dans les vingt dernières années a vu son mandat s'élargir continuellement.

1.1 Frontière du cas

Le cas à l'analyse est constitué de l'ensemble des intervenantes¹ travaillant au MAD. Nous utiliserons le mot « intervenante » plutôt que « professionnelle » car ce programme comporte un nombre important d'auxiliaires familiales et sociales qui ne sont pas considérées comme des professionnelles car la formation requise n'est pas de niveau supérieur. Cela ne veut nullement dire que l'on n'attende d'elles qu'elles n'agissent comme des professionnelles. Les personnes interviewées ont été choisies à partir d'une entité multidisciplinaire, soit le comité d'allocation des services qui regroupent divers types de professionnelles. Ce comité a toutefois des fonctions plutôt administratives qui ne reflètent pas toute la nature et la richesse de la collaboration interprofessionnelle. L'étude du cas part de cette entité mais considère l'ensemble des relations formelles et informelles de collaboration au MAD.

¹ Afin d'alléger le texte, le féminin est utilisé et comprend le masculin.

Les données ont été recueillies lors de dix entrevues auprès de neuf personnes qui représentent les divers types d'intervenantes au MAD. L'une des intervenantes a été interviewée deux fois; une première fois pour comprendre le contexte du programme et décider du choix des participantes et une deuxième fois pour recueillir ses perceptions de l'objet à l'étude soit la collaboration interprofessionnelle. Trois rencontres ont été observées soit deux rencontres du comité d'allocation des services et une rencontre du comité des soins palliatifs. Des documents administratifs et cliniques ont été analysés. La collecte des données s'est déroulée de janvier 1995 à octobre 1995.

1.2 Contexte du programme

1.2.1 Description du MAD

Le programme Personnes âgées et Maintien à domicile multicientèles (MAD) est le tout premier programme à avoir existé au CLSC à l'étude. En effet, en 1974, le CLSC comptait une dizaine d'intervenantes de ce programme qui font figure de pionnières dans l'implantation du CLSC. Aujourd'hui, le programme regroupe près de soixante intervenantes qui répondent à des besoins très larges et variés. En effet, au fil des ans, le programme s'est élargi pour inclure non seulement la clientèle âgée de plus de 65 ans mais il s'adresse maintenant aux personnes de tout âge qui, dû à l'apparition d'une incapacité fonctionnelle évolutive ou définitive, requièrent à domicile des services d'aide, de soins, de réadaptation, des services médicaux et psychosociaux. Ces personnes souffrent d'incapacités dues soit à un problème de santé physique ou mentale, à une mésadaptation sociale, ou encore à une incapacité fonctionnelle pour accomplir les activités de la vie quotidienne. On y identifie un courant majeur soit le grand besoin de compensation sur le plan psychosocial. Ce courant est lourd de signification pour les services de santé qui sont confrontés à des

problèmes importants associés à la pauvreté ou à l'isolement social, tels que la perte d'estime de soi, le manque de motivation, la détresse psychologique, l'incapacité de se trouver une place utile dans la société.²

Le programme MAD poursuit actuellement son expansion dans le cadre de la réorganisation des services de santé (virage ambulatoire). Il est, en effet, prévu que la clientèle postopératoire et convalescente des centres hospitaliers sera acheminée de plus en plus tôt vers les services dispensés par les CLSC, ce qui introduira de nouvelles approches et de nouvelles technologies. Il s'agit donc d'un programme en évolution, qui a été constamment interpellé par le contexte social et qui a eu à s'adapter en se réorganisant à maintes reprises et en adoptant de nouvelles méthodes de travail.

1.2.2 Composition de l'équipe

Le programme MAD regroupe 58 intervenantes de toutes disciplines pour un équivalent de 40 postes à temps complet. Le groupe le plus nombreux est constitué des auxiliaires familiales et sociales (auxiliaires). Elles sont 29 qui se rendent dans les domiciles pour suppléer aux incapacités fonctionnelles de la clientèle. Elles assument les tâches reliées à l'hygiène personnelle, la préparation des repas, la lessive... De plus en plus, elles consacrent de leur temps, dans une proportion d'environ 20%, à des activités psychosociales sous forme d'écoute active et de support moral à l'utilisateur.³ C'est pour cela qu'on les appelle auxiliaires familiales et sociales.

Le MAD comprend aussi onze infirmières, six travailleuses sociales ou agentes de relations humaines, deux ergothérapeutes, une organisatrice

² CLSC... , Rapport d'activités, 1992-1993, p.25.

³ Ibid. p.28.

communautaire, une conductrice de véhicule et cinq personnes qui travaillent à la cuisine communautaire. Il n'y a plus de médecin attiré au MAD, le dernier n'a pu être remplacé faute de candidat intéressé. Pour pallier à cet absence, un médecin qui relève des Services courants vient au MAD une demie journée par semaine pour participer au comité d'allocation des services. Les médecins des Services courants voient les clients du MAD soit au CLSC ou à domicile. Un nouveau médecin, ayant un projet spécifique, vient d'arriver au MAD. Il se consacre uniquement à la clientèle atteinte du SIDA et sera présent au CLSC 17.5 heures/semaines.

Le MAD doit beaucoup compter sur les ressources médicales à l'extérieur du CLSC. Dans la majorité des cas, c'est le médecin de famille qui est le médecin traitant et donc qui prescrit les soins médicaux qui seront exécutés par les infirmières du CLSC. Les communications entre les intervenantes du CLSC et les médecins du territoire et même à l'extérieur du territoire sont donc très importantes. On peut concevoir ces médecins comme une extension de l'équipe à l'extérieur du CLSC.

Une autre extension de l'équipe se trouve à l'intérieur même du CLSC. En effet, les intervenantes du MAD ne travaillent pas toutes avec la même clientèle. Par exemple, les travailleuses sociales du MAD sont responsables de la clientèle de 60 ans et plus. Les clients âgés de moins de 60 ans qui nécessitent une intervention psychosociale sont dirigés vers le secteur Adulte. Ce qui signifie que l'infirmière, l'ergothérapeute ou l'auxiliaire du MAD impliquée avec un client de 60 ans et moins et requérant des services d'une travailleuse sociale (ou d'une psychologue) sera appelée à travailler avec une travailleuse sociale du secteur Adulte. Ceci élargit considérablement la composition et la notion même d'équipe. Cette composition fonctionnelle de l'équipe peut nous amener à parler davantage de réseau que d'équipe. Nous approfondissons cet aspect à la partie 2.2 concernant la structure des rôles et des responsabilités.

Quant aux autres intervenantes, entre autre l'organisatrice communautaire, elle n'est pratiquement pas en relation avec les intervenantes du MAD car elle travaille uniquement sur des projets collectifs.

1.2.3 Lieux physiques

Les intervenantes du MAD sont toutes regroupées sur un même étage et dans un même édifice, ce qui constitue un atout important. Ces intervenantes se déplacent toutefois beaucoup au domicile des clients, ce qui réduit leur disponibilité et rend les rencontres entre intervenantes plus difficiles à organiser.

Il y a quelque temps, on a installé un système de boîte vocale qui, pour certaines, facilitent les communications mais pour d'autres, modifient le mode de communication. À cet effet, une intervenante nous dit que depuis l'installation de ce système elle a moins de contact avec ses collègues:

Je pense que c'est devenu automatique par le fait qu'on manque de temps. Te déplacer pour aller voir quelqu'un que tu es obligée d'attendre parce qu'elle est avec quelqu'un d'autre, c'est plus rapide de faire pit pit et tu laisses le message. Je n'essaie même pas de savoir si la personne à qui je veux parler est là, je laisse un message tout de suite sur la boîte vocale. Je peux parler à plein de monde dans ma journée et ne voir personne. Mais je pense qu'on est très perdant.

Le contexte des auxiliaires est quelque peu différent. Ces intervenantes ne viennent au CLSC que les mercredis après-midi pour remplir leurs dossiers et communiquer avec les autres intervenantes. Elles disposent d'un grand local qui leur est réservé et où elles se retrouvent pour discuter et échanger. Les auxiliaires semblent éprouver le besoin de se rencontrer, de se sentir appartenir à un groupe, elles sont seules à domicile toute la semaine sans contact avec d'autres intervenantes.

1.3 Design organisationnel

Cette partie porte sur le design organisationnel et traite des mécanismes de collaboration formelle, de la structure des rôles et des responsabilités et de la gestion des ressources humaines.

1.3.1 Mécanismes de collaboration formelle

La collaboration peut être abordée de plusieurs points de vue, nous allons dans un premier temps présenter l'histoire de la formalisation de la collaboration interprofessionnelle au MAD. Ce qui nous fournit une mise en contexte pour alimenter notre compréhension de la situation actuelle. L'histoire de la collaboration formelle est présentée à partir de trois événements qui semblent significatifs. Elle commence en 1991 avec la mise sur pied des équipes de secteur qui ont vécu jusqu'en 1994. En 1992, on met sur pied un comité d'allocation des services. Puis tout récemment, en 1994, l'arrivée d'un nouvel acteur a stimulé la mise en place de mécanismes de collaboration pour les intervenantes travaillant plus spécifiquement auprès de la clientèle des soins palliatifs.

1.3.1.1 Équipes de secteur

Lors des entrevues, les intervenantes ont insisté sur l'expérience vécue à travers les équipes de secteur, expérience marquante et significative. Ces équipes ont été mises sur pied en 1991, par une coordonnatrice autre que celle actuellement en poste. Les équipes de secteur ont été constituées à partir d'une base géographique, ce qui donne les secteurs est, ouest, nord et sud du CLSC. Ces équipes de secteur recouvrent deux réalités. D'abord une structuration des groupes de travail qui permet le fractionnement de l'ensemble des intervenantes en quatre groupes de référence

d'environ quinze intervenantes. Les effets attendus sont une plus grande possibilité pour les intervenantes de se connaître et ainsi de collaborer et une plus grande efficacité en ce sens qu'elles n'ont plus à sillonner tout le territoire du CLSC.

L'autre réalité, plus présente dans le langage usuel des intervenantes, est rattachée au fait que ces équipes de secteur forment des entités multidisciplinaires qui doivent se rencontrer une fois par semaine pour des discussions de cas et donc en arriver à un plus grand partage au regard de leur clientèle commune. Cette dernière réalité a causé certaines insatisfactions qui ont conduit à dissoudre ces équipes en 1994. La notion d'équipe par secteur se poursuit mais les rencontres hebdomadaires ont été abolies.

La raison d'être de ces équipes était d'abord une meilleure intégration du personnel à travers la reconnaissance d'une entité reconnue comme une équipe. Les travailleuses sociales connaîtraient ainsi mieux les infirmières du même secteur et surtout, les auxiliaires seraient intégrées à l'équipe, elles qui se plaignent de travailler de façon isolée à domicile. Ces rencontres visaient également à offrir de la formation aux auxiliaires. L'importance accordée à une plus grande participation des auxiliaires est reliée au fait que ce sont les intervenantes qui passent le plus de temps à domicile et elles recueillent *a fortiori* une information précieuse sur l'état de la personne et sur son milieu, informations que les professionnelles impliquées ont tout intérêt à connaître.

Ces rencontres étaient orientées vers l'intégration des auxiliaires et visaient à ce que les personnes, se connaissant mieux, partagent plus d'informations. On visait une plus grande satisfaction des auxiliaires au sein d'une équipe de professionnelles. Ce premier objectif a été atteint dans une certaine mesure d'une part, grâce à la réduction de la taille du groupe de référence et d'autre part, grâce à l'opportunité hebdomadaire de se rencontrer.

Un deuxième objectif de la constitution de ces équipes de secteur était d'offrir un support à l'intervention par les discussions de cas. En effet, les intervenantes se rencontraient une heure et demie une fois par semaine et discutaient de cas. C'est ce deuxième objectif qui a été cause d'insatisfaction. On est unanime à dénoncer cette formule. Pourquoi? Quel impact cela a-t-il eu? Les raisons sont nombreuses et varient selon les répondantes. Quatre éléments ressortent des entrevues.

Un premier élément concerne l'organisation des services. Une participante soutient que la répartition géographique n'est pas un critère adéquat de structuration des équipes. À savoir que l'on ne limite pas le travail des auxiliaires à un secteur. Lorsqu'un secteur est moins occupé, les auxiliaires sont envoyées dans un autre secteur, c'est une marge de manoeuvre que se donne la gestionnaire.

Ça a marché pendant 2 ou 3 ans mais ça a soulevé de l'insatisfaction parce que ça avait été mis sur pied dans le fond pour forcer le monde à faire des discussions de cas par secteur sauf que le problème c'est que l'organisation des services ne se fait pas nécessairement par secteur au sens où une auxiliaire familiale qui a des disponibilités, s'il n'y a pas de cas dans l'ouest, on va l'envoyer dans l'est parce qu'après tout, ce n'est pas si grand. Ce qui fait qu'au bout de la ligne, une discussion de cas qui portait sur un usager où la travailleuse sociale était dans l'est et l'infirmière dans l'est et si l'auxiliaire familiale était identifiée au secteur ouest, bien la discussion se faisait sans l'auxiliaire.

Comme les quatre rencontres de secteur avaient lieu simultanément les mercredis, les auxiliaires, qui n'ont pas la faculté d'ubiquité, étaient parfois absentes pour des discussions concernant leurs clients.

Un deuxième élément est le fait qu'une équipe de secteur comprend de 10 à 15 intervenantes qui se retrouvaient autour d'une table pour des discussions de cas qui, en toute vraisemblance, ne concernaient tout au plus que trois intervenantes. Le cas était présenté par une intervenante que ce soit une infirmière, une travailleuse sociale, une ergothérapeute ou une auxiliaire. Si plus d'une personne connaissait le

client, il pouvait y avoir un certain échange mais qui se faisait devant environ dix autres personnes. Il ne faut pas oublier qu'une véritable discussion de cas implique un certain dévoilement de l'intervenante devant les difficultés auxquelles elle est confrontée, donc il faut que ça puisse lui apporter soit un véritable support ou des pistes d'interventions pertinentes. Mais la majorité des intervenantes ne connaissait pas la situation et il était difficile pour elles de proposer des pistes d'interventions hautement pertinentes, on ne pouvait qu'apporter une vision partielle. Ce qui n'était pas nécessairement aidant et l'intérêt à présenter devenait ainsi moindre.

Je crois aux mécanismes des discussions de cas en autant que les gens qui sont présents sont des gens concernés. Moi la formule qu'il y avait 15 autour d'une table d'abord on n'appellera pas ça des discussions de cas parce que ce n'était pas des discussions de cas, c'était des réévaluations de dossier, ce qui est bien différent. Mme une telle, ça fait 3 ans qu'on y va, on va lui faire sa lessive, son ménage parce qu'elle a des problèmes cardiaques et elle n'est pas capable de se déplacer et comme la condition de la Madame est égale, on va continuer quand même. C'est fini. Tout le monde écoute ça. Donc moi je ne vois pas ce que ça fait avancer sur la terre. Il y avait beaucoup de réévaluations comme ça, des fois il y avait des discussions mais il y avait peut-être 2 personnes qui la connaissent sur 15 .

Quant aux intervenantes non impliquées, elles avaient le sentiment de perdre leur temps et se désintéressaient. C'est ainsi que la plupart des intervenantes dénonçaient l'inutilité de ces rencontres et surtout les auxiliaires.

L'ancienne coordonnatrice pensait qu'en les assoyant (les auxiliaires) avec les autres professionnelles autour d'une table, ça les impliquerait plus. Bon, ça a eu un certain effet mais pas ce qu'on pensait et souvent les auxiliaires familiales ont l'impression qu'elles perdent leur temps, elles ont l'impression que dans le fond elles sont là plus par parure que pour autre chose .

Certaines répondantes ont toutefois trouvé qu'elles tiraient beaucoup d'informations de ces rencontres. Les intervenantes ne contestent pas l'utilité de rencontres mais elles remettent en question les modalités.

Une participante souligne la question de la confidentialité de l'information en ce sens que des informations étaient exposées inutilement à des personnes non impliquées, ce qui pouvait à la rigueur poser un problème d'éthique. Il faut rappeler que les auxiliaires, n'ayant pas le statut de professionnelle, n'ont pas accès aux dossiers des clients (à vérifier).

Un troisième élément mentionné est l'impossibilité d'une telle démarche sans compter sur la volonté des intervenantes.

Le mercredi après-midi, vous devez vous rencontrer et les gens y allaient de reculons. Je l'ai dénoncé mille fois que c'était une perte de temps parce que justement, il y avait cette obligation là, les gens n'avaient pas de désir réel de partager. Ça prend une volonté de la part des gens de partager, d'avoir le goût de ça et je pense qu'il faut que ça vienne beaucoup des intervenants plus que de l'administration qui dit vous devez vous rencontrer .

Cette situation avait un effet de harcèlement sur les intervenantes, ce qui ne faisait pas en sorte de développer le goût de travailler en équipe.

Un dernier élément est la qualité de l'animation qui a décliné avec l'intérêt. Au début, les infirmières et les travailleuses sociales étaient responsables de l'animation mais l'intérêt se perdait et le sentiment de perdre son temps augmentant, on a laissé aller les choses. Les professionnelles ne voulant plus animer, ce sont les auxiliaires qui s'en sont occupées.

Au début c'était des gens spécifiques qui animaient et après ça, tout le monde s'est passé un peu l'animation et ça n'a pas été encadré. C'est la personne qui avait mis ça sur pied parce qu'elle y croyait beaucoup donc elle a investi beaucoup. Quand elle est partie, ce n'était pas nécessairement la priorité. Tout le monde se passait la balle d'une année à l'autre. Un moment donné, ils ont tous mis les auxiliaires là-dessus mais je ne suis pas sûre que les auxiliaires ont la formation d'animation. Les auxiliaires faisaient l'ordre du jour, elles animaient, elles avaient à trouver des sujets. Elles n'étaient pas du tout encadrées, pas supportées là-dedans donc elles aussi se sont tannées. Elles disaient les gens ne veulent pas apporter de dossiers, il faut toujours courir après, tout le monde sent ça plate donc tout le monde a lâché. Mais moi je ne suis pas sûre que c'est à cause des réunions, je pense que c'est parce que ça n'a pas été suffisamment investi, ça a glissé, ça c'est perdu

En résumé, ces rencontres ont atteint certains objectifs mais il semble que la fin et les moyens étaient inextricables. On voulait d'abord et avant tout intégrer les auxiliaires à une vie d'équipe, pour cela on a choisi le moyen qu'est la discussion de cas. Le problème est que ce moyen exige préalablement l'existence d'une relation de confiance et une ouverture des personnes qui auront nécessairement à se dévoiler.

Les discussions de cas des équipes de secteur ont été abolies en septembre 1994. Elles avaient toutefois cessé officieusement depuis une année. Une nouvelle coordonnatrice est arrivée en 1992, elle croit beaucoup en l'autonomie et en l'initiative des intervenantes et à la collaboration sur une base informelle. Celle-ci ne ravivera pas les équipes de secteur, elle songe actuellement à une façon de transformer ces rencontres en véritables discussions de cas.

1.3.1.2 Comité d'allocation des services

Le comité d'allocation des services a été mis sur pied en juin 1992, à l'arrivée en poste de la nouvelle coordonnatrice. Comme son nom l'indique, c'est un comité de gestion et de rationalisation des ressources en ce sens qu'il exerce ses fonctions au regard de l'organisation technique des services par l'allocation de ressources. Ces comités d'allocation existent dans plusieurs CLSC. Ils sont nés d'un besoin de

rationalisation parce que d'une part, les CLSC ne peuvent répondre à toutes les demandes, les listes d'attente sont parfois longues et d'autre part, certains clients recevaient parfois des services pendant plusieurs années sans être nécessairement réévalués.

Avant il n'y avait rien, il n'y avait pas de communication et il n'y avait pas de moyen. Tu allais mettre une feuille en-dessous de la porte du travailleur social et tu attendais. Tu ne savais pas quand il lirait, il n'y avait pas de communication. Là avec le comité d'allocation, tu sais qu'il y a quelqu'un qui prend les demandes donc c'est réparti ensuite et on est sûre.

Aujourd'hui plusieurs CLSC ont mis sur pied différents moyens de rationaliser dont le comité d'allocation qui assume aussi d'autres fonctions dont celle de coordonner l'ensemble des services à la clientèle.

Chaque semaine, on se réunit, tous les cas qui sont suivis par le maintien à domicile passent par là d'abord. Il n'y avait rien avant, les cas entraient et les demandes étaient envoyées à gauche et à droite. C'était toujours pertinent quand c'était envoyé à quelqu'un mais ce n'était pas centralisé. En juin, on a décidé de centraliser, de mettre sur pied une équipe multidisciplinaire qui fait l'allocation des services.

Le comité d'allocation est formé d'intervenantes des diverses disciplines, soit l'assistante du supérieur immédiat qui est infirmière, la responsable des services de support à l'autonomie qui est travailleuse sociale et qui est responsable des auxiliaires, une ergothérapeute, un médecin qui relève des Services courants mais qui vient au comité d'allocation et la coordonnatrice du programme. Le comité se réunit une fois par semaine et reçoit les nouvelles demandes et les demandes d'ajout de services. On fixe une date de réévaluation pour chacune des demandes. Le comité reçoit en moyenne de 8 à 12 demandes par semaine et parfois jusqu'à 18 demandes qui sont traitées en quelques heures.

Le comité prend ses décisions à partir d'une grille d'évaluation mise sur pied par la Régie régionale des services de santé et sociaux de la région de Montréal (Régie régionale). Les évaluatrices peuvent être soit une infirmière, une travailleuse sociale ou encore une ergothérapeute. L'évaluatrice, à la fin de sa grille, propose une synthèse de la situation sur laquelle le comité s'appuie pour décider des services. Le comité identifie aussi l'intervenante pivot pour chaque client.

Le comité a donc un rôle technique d'allouer ou de réviser des services en terme de fréquence et de durée (nombres d'heures/semaine). À cause de l'information générée par l'évaluation des dossiers, le comité peut aussi remettre en question certaines priorités au niveau de l'ensemble du programme. Ce comité permet aussi d'exercer un certain contrôle sur le travail des intervenantes à travers soit la qualité des évaluations ou par les statistiques générées sur le « case load » des divers types d'intervenantes.

Le comité ne s'implique pas au niveau du plan d'intervention comme tel mais il peut toutefois, à l'occasion, discuter plus en profondeur d'un cas lorsqu'il comporte des difficultés particulières. Les intervenantes impliquées ne sont pas présentes au comité d'allocation.

Les personnes interviewées mentionnent que le mandat du comité est plutôt technique et ne reflète pas vraiment la nature et la richesse du travail multidisciplinaire. L'observation du comité montre en effet une machine bien rodée d'une grande efficacité. Les tâches sont réparties entre les membres. Le but est de traiter efficacement les demandes. L'ambiance y est cordiale et malgré ce souci d'efficacité, les participantes se donnent le temps de déborder sur des sujets d'intérêt.

1.3.1.3 Comité des soins palliatifs

Un nouvel acteur est arrivé en 1994 au CLSC soit un médecin qui a une formation et un intérêt en soins palliatifs. Le CLSC est situé sur un territoire où l'on retrouve plusieurs cas de clients atteints de SIDA et que l'on veut maintenir à domicile jusqu'à leur décès si les clients le désirent. Ce médecin a comme projet la coordination des interventions en soins palliatifs. Son désir serait éventuellement la formation d'une équipe spécifique qui interviendrait en soins palliatifs. Il a donc demandé à identifier des intervenantes qui ont un intérêt particulier dans ce domaine et à qui il pourrait éventuellement offrir de la formation.

Ce qui fut fait, huit auxiliaires se sont dites intéressées, de même que deux travailleuses sociales et une psychologue d'un autre programme qui travaille déjà avec cette clientèle en phase ambulatoire. Quant aux infirmières, elles ne sont pas d'accord à identifier des infirmières de façon spécifique bien que dans les faits, trois d'entre elles sont plus impliquées auprès de cette clientèle. Le problème que cela pose aux infirmières est la lourdeur des soins palliatifs par rapport à leur autre clientèle en soins à domicile. Les infirmières sont appelées à faire 7 à 8 visites à domicile par jour. Avec la clientèle des soins palliatifs, il est impossible d'entrer et de sortir d'une maison aussi rapidement. Ces personnes et leur entourage ont des besoins multiples. Même si les infirmières se disent prêtes à ce type d'intervention, cela amène une remise en question importante de la nature et de la répartition de leur travail. On peut comprendre l'ambivalence des infirmières en regard de cette nouvelle demande d'un médecin nouvellement arrivé.

L'équipe des soins palliatifs n'est donc pas encore reconnue formellement. Le médecin espère que cela se produira car, selon lui, on ne peut travailler auprès de cette clientèle sans une formation et sans recevoir un support spécifique. Ce médecin a d'ailleurs mis sur pied deux types de rencontres. Un premier type de rencontre

s'adresse aux auxiliaires qui travaillent auprès de ces clients afin de leur permettre de ventiler. Le danger en soins palliatifs, si le personnel n'a pas de support, c'est l'épuisement professionnel. Ces rencontres ont lieu à toutes les deux semaines et réunissent le médecin et les huit auxiliaires. Le médecin en profite également pour faire de la formation.

C'est pour pousser les réflexions avec les auxiliaires sur les cas qu'elles suivent. Formatif, tout à fait, c'est parce que ça sécurise les auxiliaires familiales, ça leur fait comprendre c'est quoi l'approche aux mourants, ça informe le médecin sur l'évolution de la personne parce que les auxiliaires familiales sont les personnes qui sont le plus souvent avec les usagers.

Selon le médecin, les infirmières devraient aussi bénéficier d'un tel lieu de rencontre, mais vu leur manque de disponibilité et leur ambivalence à entrer de plein pied dans ce projet, elles n'en disposent pas.

Le deuxième type de rencontre qui a débuté en février 1995 est véritablement orienté vers la discussion de cas. Deux ou trois clients y sont présentés à chaque semaine. La rencontre dure une heure. La coordonnatrice du programme croit en la formule, spécialement parce que ces discussions sont orientées vers un même type de cas, de sorte qu'il y a un lien entre tous ces cas, ce qui justifie des rencontres où toutes les intervenantes ne seraient pas nécessairement impliquées. Le médecin voudrait aussi que les intervenantes impliquées, c'est-à-dire celles qui donnent les soins et les services, soient présentes toute la durée de la rencontre même si elles ne connaissent pas tous les clients présentés.

La participation à ce comité pose problème surtout aux infirmières qui se disent peu disponibles à y assister. Ces rencontres viennent d'ailleurs en conflit d'horaire avec leurs propres rencontres d'infirmières. Ce qui a comme conséquence que les discussions sont parfois menées en l'absence des infirmières qui la plupart du temps sont les intervenantes pivot.

Il semble y avoir des points de vue divergents quant à la responsabilité d'animation de ce comité. Selon le médecin, il s'agirait là plutôt de la responsabilité d'une infirmière et non du médecin. Il insiste d'ailleurs sur l'importance de soins infirmiers « forts » en soins palliatifs lesquels, sinon sont voués à l'échec.

Ce dernier comité est né il y a à peine quelques mois et comme tout changement, il cause certains bouleversements et certaines résistances mais il est trop tôt pour tirer des conclusions quant à son fonctionnement. Ce sont des ajustements qui n'ont pas encore été faits.

1.3.1.4 Rencontres unidisciplinaires

Des rencontres unidisciplinaires sont organisées pour la plupart des groupes d'intervenantes. Les infirmières se rencontrent toutes les semaines pour discuter soit d'aspects techniques ou administratifs. C'est le lieu où elles ont développé leur adaptation du modèle de soins infirmiers, le modèle McGill. Les travailleuses sociales se rencontrent une fois par semaine pour la répartition des clients entre les diverses intervenantes. Ce sont les travailleuses sociales qui gèrent entre elle ce processus de répartition. Les auxiliaires familiales se rencontrent une fois toutes les deux semaines pour discuter d'aspects techniques et administratifs. L'absence de rencontres unidisciplinaires portant sur des situations cliniques est déplorée par les infirmières et les travailleuses sociales. Pour les infirmières, il semble que ce soit le manque de temps qui soit la cause de cette absence. Alors que pour les travailleuses sociales, il semblerait que ce soit le climat à l'intérieur de l'équipe qui joue. En effet, certains conflits interpersonnels perdurent et font en sorte que certaines intervenantes ne se parlent pas.

En résumé, la formalisation de la collaboration ne va pas sans embûche qu'elle soit interprofessionnelle ou intraprofessionnelle. Au MAD, les intervenantes privilégient des modes informelles de collaboration, tel que nous le verrons plus loin.

1.3.2 Structure des rôles et des responsabilités

Les éléments structurels présentés sont ceux qui revêtent un caractère formel. Les éléments informels du processus de structuration/ restructuration de la collaboration, tel que le système de relations sociales, seront pris en considération ultérieurement comme éléments structurants (section 4).

1.3.2.1 Encadrement et liens hiérarchiques

La coordonnatrice qui gère le programme MAD s'est entourée d'une « mini » équipe de gestion. Le programme MAD, qui regroupe près de soixante employées, est composé de plusieurs groupes d'acteurs qui se rassemblent autour de leur appartenance professionnelle. Pour chacun de ces sous-groupes, une personne responsable est identifiée. Ces responsables servent d'intermédiaires entre les groupes d'intervenantes et la coordonnatrice. Les trois personnes qui forment cette équipe sont la responsable des auxiliaires, la responsable des infirmières et la répondante des travailleuses sociales. Les deux premières ont un statut d'adjointe au supérieur immédiat. De plus, la responsable des auxiliaires a un statut particulier car elle est responsable de toutes les auxiliaires du CLSC et non seulement de celles du MAD. La répondante des travailleuses sociales agit à ce titre sans que le statut ne lui soit reconnu officiellement.

L'importance de ces responsables est reliée au fait qu'elles peuvent discuter d'aspects cliniques et non seulement administratifs avec les intervenantes.

Les gens sont à l'aise quand ils sont avec un pair ou avec quelqu'un qui traite sur le plan clinique et que ce ne sont pas tout à fait des patrons, parce qu'ils n'échangent pas juste sur le plan administratif, ils échangent sur le fond du cas. Ils parlent le même langage. Quand X parle aux infirmières, c'est une infirmière qui leur parle, elles se comprennent, ce que moi je ne suis pas toujours en mesure de faire. Moi ma job, c'est de superviser le tout mais je n'ai pas toujours le temps ni le loisir d'aller sur le fond. Quoique des fois pour des cas complexes, on en parle et je m'assure d'être sur le comité d'allocation le plus souvent possible pour avoir une couleur. Tu sais il y aurait une coordonnatrice et il y aurait les intervenants en-dessous, sans intermédiaire, et ça serait bien différent.

Ces responsables se retrouvent au comité d'allocation des services qui est un lieu stratégique où la coordonnatrice peut à l'occasion apporter des problèmes de gestion aussi bien d'ordre budgétaire que de coordination.

1.3.2.2 La fonction d'intervenante pivot

Les intervenantes des différents sous-groupes sont réunies à partir des besoins de la clientèle, c'est-à-dire qu'elles forment de nombreuses petites équipes dont la configuration est dictée par les services à offrir: «Les intervenantes sont mises à contribution par les cas. On alloue les heures et les intervenantes se retrouvent en multi sans l'avoir choisi, par la force des choses». Nous pouvons imaginer une multitude de configurations de différentes sous-équipes, formées à partir des besoins de la clientèle. Ces petites équipes sont gérées à travers la fonction d'intervenante pivot.

La fonction d'intervenante pivot est centrale dans cette structure. Le comité d'allocation alloue les services et l'intervenante pivot prend le relais. Cette fonction comporte deux aspects l'un administratif et l'autre clinique. Au CLSC à l'étude, l'aspect administratif semble prépondérant sur l'aspect clinique. En effet, on définit cette fonction essentiellement à travers la prise de décision quant aux modifications de services (retrait, ajout, demande de consultation...) On dit qu'auparavant toute et

chacune pouvait apporter des modifications de services. Depuis peu, cette responsabilité est clairement identifiée à la fonction d'intervenante pivot. D'un point de vue clinique, l'intervenante pivot intervient auprès de la clientèle⁴ et elle a la responsabilité de convoquer des discussions de cas au besoin.

Il est toutefois à noter qu'il n'y a pas de définition écrite, les intervenantes s'entendent à dire qu'il s'agit d'une fonction plutôt administrative mais ne disposent pas de document écrit pour en référer et il existe des zones d'incertitude par rapport à la fonction. Il n'existe pas non plus de règles explicites, par exemple, concernant la convocation de discussions de cas. Ceci reste au bon vouloir de l'intervenante pivot. Possiblement que certaines plus ouvertes au travail d'équipe convoqueront plus facilement des discussions de cas alors que d'autres plus réticentes consulteront peut-être leurs collègues sur une base individuelle sans les réunir. Sans règles explicites, cette fonction, centrale à la collaboration interprofessionnelle, peut prendre différentes formes et différentes intensités.

Les ergothérapeutes, les travailleuses sociales et les infirmières peuvent être intervenantes pivot. Les auxiliaires ne peuvent assumer cette fonction. Elles peuvent toutefois influencer les décisions quant aux services et mettre ainsi à contribution les informations qu'elles recueillent mais elles ne peuvent décider elles-mêmes de modifier les services, elles doivent en référer à l'intervenante pivot. Selon une répondante, ce sont les infirmières qui, dans une proportion d'environ 80% des cas, sont les intervenantes pivot.

⁴ La notion d'intervenante pivot est, dans certains milieux, conçue plus largement pour inclure la notion d'intervenante privilégiée, c'est-à-dire l'établissement d'une relation interpersonnelle basée sur la confiance mutuelle. De plus, la fonction d'intervenante pivot peut être définie non seulement en fonction du réseau d'intervenantes mais en fonction du réseau social du client.

Les critères d'identification pour décider qui sera l'intervenante pivot pour un client précis sont plutôt flous. On dit que c'est la personne qui aura à prendre les décisions ou encore la personne qui voit le client le plus souvent. Lorsqu'en cours de route, il y a modifications des services, une discussion entre les intervenantes impliquées permet de décider s'il y a changement d'intervenante pivot. Ces modifications peuvent parfois amener des conflits.

Habituellement, le changement se fait bien. Il y a des fois où ça choque, la personne qui est intervenante pivot et qui se voit enlever ça. Il y en a qui s'imaginent qu'intervenante pivot c'est un titre honorifique et ils ne veulent pas perdre leurs pouvoirs ou leur place. Si une infirmière se fait enlever comme intervenant pivot ou si elle juge qu'elle devrait être l'intervenant pivot et la psychologue dit non, ça peut causer des petits conflits. C'est de changer l'idée que l'intervenant pivot ce n'est pas un honneur, c'est celui qui est le plus apte à prendre des décisions face à la situation.

La fonction d'intervenante pivot peut effectivement être un lieu de conflits car elle contribue à établir la marge de manoeuvre et l'autonomie d'une intervenante, surtout dans un contexte où les relations de collaboration s'établissent sur une base informelle. L'intervenante pivot peut plus librement décider du type de relation qu'elle établira, dans quelle mesure elle travaillera avec l'une ou l'autre. Connaissant les pratiques et les orientations de chacune, elle peut établir une collaboration plus soutenue avec celles avec qui elle a plus d'affinité.

Ça dépend de l'intervenant aussi, comment il perçoit son travail, le travail des autres. Ça peut être important avec qui tu es, c'est plus facile de discuter de certaines affaires. Je sais qu'il y en a d'autres chez qui tu es moins bien reçue donc tu essaies d'aller voir quelqu'un d'autre.

1.3.2.3 Style de gestion et leadership

Le style de gestion du MAD est perçu très positivement par les participantes. C'est un style de gestion que l'on qualifie de souple et ouvert et que l'on pourrait

étiqueter de participatif et/ou de laisser-faire. La coordonnatrice croit beaucoup en l'autonomie et en l'initiative. Selon elle, les personnes autonomes travaillent mieux:

Je trouve que les gens sont très autonomes, ils ont beaucoup l'esprit d'initiative, ils ne viennent pas me voir à toutes les fois qu'ils ont à mettre un pied en avant de l'autre et c'est une affaire que je veux cultiver, que les gens sachent qu'ils ont une marge de manoeuvre et qu'ils peuvent évoluer. Ça aussi ça aide à la collaboration. Une personne à qui on ne donne pas de marge de manoeuvre, qui a un corridor bien étroit, on lui lance un message que tu ne fais que ça et le reste tu t'en fous, c'est-à-dire que tu passes le problème à un autre qui est ton boss. Moi je trouve que les gens quand ils ont de l'initiative, ils la prennent et ils sont bien plus créatifs. Je dirais que je suis fier de mon équipe là-dessus, ce sont des gens qui sont très débrouillards et ils vont venir me voir seulement quand vraiment ils sont devant un mur et qu'ils ne peuvent faire autrement.

Tel que mentionné précédemment, la coordonnatrice s'est entourée d'une « mini » équipe de gestion dont tous les membres insistent sur l'importance de la personne, du respect et de la participation. Toutes ces personnes insistent sur la difficulté de travailler à long terme en MAD et dans ce contexte le soutien aux intervenantes devient un élément important de gestion. Souvent les responsables doivent demander aux intervenantes d'aller au-delà de leurs responsabilités immédiates, par contre à d'autres moments les intervenantes bénéficient de certains privilèges. On fonctionne sur le mode donnant-donnant. Pour cela, il faut de la souplesse et une bonne communication et c'est ce que les responsables semblent privilégier de façon unanime. L'une d'entre elles nous dit:

Si tu veux que les gens fassent du bon travail, il faut que tu les soignes. Les soigner ça veut dire que tu les respectes et que tu tiens compte d'eux-autres aussi. Et une autre: Si elles se sentent supportées, je pense qu'elles peuvent faire n'importe quoi.

La coordonnatrice joue différents rôles soit celui de leader en suscitant l'enthousiasme et d'animatrice en favorisant la collaboration. Elle joue aussi un rôle important au regard du contrôle. Pour elle, les intervenantes doivent avoir une marge

de manoeuvre mais il y a aussi des objectifs à rencontrer. C'est aussi la difficulté de la coordonnatrice de donner des messages d'autonomie et d'avoir beaucoup de contrôle car le secteur du MAD est le secteur en CLSC où il y a le plus de contrôle en particulier de la part de la Régie régionale qui demande des statistiques très précises qui vont jusqu'à la durée de l'intervention, même s'il ne s'agit que d'un appel téléphonique. Il est plus difficile de gérer en parlant d'autonomie quand la gestionnaire dispose de statistiques aussi spécifiques sur l'emploi du temps. Les intervenantes peuvent toujours avoir un doute sur leur utilisation.

Le bilan de santé du CLSC (1994)⁵ confirme cette perception de gestion participative. Les intervenantes y ont identifié le style de gestion comme étant très participatif. Tous les indicateurs de gestion participative sélectionnés sont élevés, plus particulièrement, la confiance mutuelle, le support, le feed-back, la synergie (collaboration). L'indice de satisfaction par rapport à un contrôle souple est un peu plus bas. Ce qui correspond bien aux éléments recueillis par entrevue.

Plus souple, vise plus la participation des gens, on favorise les initiatives personnelles, on encourage ça, il y a beaucoup de latitude contrairement à ce qui se passe ailleurs dans d'autres équipes où c'est beaucoup plus rigide, où les gens doivent s'en tenir toujours aux normes. Ici, la plupart des choses se font dans les règles mais il n'y a rien de pris dans le ciment. C'est l'approche du gros bon sens, ça n'a pas d'allure, on va réfléchir sur une autre façon de faire.

Ça fait plusieurs années que c'est perçu comme une équipe à part. Le maintien a toujours été une équipe efficace, productive, où l'atmosphère était saine, la gestion était bonne. Depuis que je suis arrivée, je considère que c'est très ouvert mais je ne pense pas que ce soit pareil partout.

Un autre élément qui ressort est la valorisation du travail d'équipe:

⁵ GRIO, ibid.

Je pense que le premier niveau, c'est au niveau du coordonnateur, des structures ont été mises en place pour que ce soit facile, qu'il y ait du temps, que ce soit reconnu. Oui, ça fait partie de la philosophie de la boîte, il faut travailler en équipe, c'est valorisé, c'est correct, ce n'est pas mis de côté, c'est stimulé aussi.

La coordonnatrice insiste sur le potentiel de chacune et l'importance de recourir aux ressources de l'autre et à la nécessité de trouver des solutions en équipe et donc de ne pas s'isoler. En résumé, nous pouvons dire que les intervenantes s'entendent à dire que le style de gestion est participatif, qu'il respecte les individus et leur autonomie et mise sur leur potentiel. Le travail d'équipe est valorisé et reconnu. Un contrôle serré est toutefois exercé, contrôle influencé en partie par un organisme extérieur.

1.3.3 La gestion des ressources humaines

Lors des entrevues, les participantes ont peu abordé les sujets de la sélection ou de l'intégration des nouvelles employées sauf pour souligner l'importance d'évaluer la capacité relationnelle des personnes lors de la sélection. Il n'y a pas de formation dispensée comme telle sur la collaboration interprofessionnelle sauf à travers l'expérience des équipes de secteur qui voulaient être un lieu de formation principalement pour les auxiliaires. L'élément de la gestion des ressources humaines qui a été le plus souvent abordé est l'évaluation principalement de l'ensemble du programme du MAD, et non pas des individus qui le composent.

Le principal outil d'évaluation et de contrôle au MAD est le comité d'allocation des services. Ce comité constitue d'abord un moyen de centraliser les informations. On peut connaître à travers les informations recueillies au comité, combien de clients ont été vus, quels types d'intervenantes sont les plus sollicitées, le nombre d'intervenantes dans chacun des plans de services, les délais entre la demande et l'évaluation, les délais de réévaluation, le type d'intervenante pivot. Il s'agit d'un

ensemble de données qui permet au cadre de connaître la clientèle, les services demandés et les activités des intervenantes.

Dans un service comme le maintien à domicile, si on ne s'assure pas de centraliser les informations, on risque de savoir qu'on suit beaucoup de monde mais on risque de ne pas avoir vraiment une bonne idée du type de clientèle qu'on a parce que c'est un gros service, les gens travaillent à domicile donc ils ne sont pas souvent au bureau et on se développe tout le temps.

Dans un contexte de rationalisation, les activités du comité d'allocation sont d'autant légitimées que les services doivent répondre à des critères de justice et d'équité:

Il y a des fois où on n'est pas sûr que la demande a du sens, est-ce que c'est réaliste, est-ce que sur le plan clinique c'est justifiable de demander ces services, est-ce qu'on ne risque pas de créer de la dépendance? De plus en plus, on a tendance à se questionner parce qu'on n'a pas le choix. On est à une époque où il faut allouer des services le plus justement possible parce qu'on n'a plus de budgets. Avant, on pouvait être plus généreux, c'est facile quand tu as les budgets de donner des services mais quand tu dois allouer des services le plus justement possible, on n'a pas le choix d'avoir ces discussions, d'établir des priorités tant sur le plan clinique que sur le plan médical, donc on est obligé de contrôler.

Cette nécessaire réflexion, comment s'inscrit-elle au regard de l'autonomie des professionnelles qui possèdent une certaine marge de manoeuvre qui risque de se rétrécir? Les professionnelles utilisent-elles des stratégies pour se protéger de ces contraintes? Quelles sont ces stratégies? Quel impact cela a-t-il sur la collaboration interprofessionnelle? Ou au contraire, les professionnelles s'accommodent-elles de ces contraintes qui les soulagent d'un poids décisionnel qui a pu être lourd dans le passé? Ce sont des questions pour lesquelles nous n'avons pas de réponse.

Le défi de l'évaluation et du contrôle ne s'exprime pas seulement dans le contrôle des activités cliniques mais dans sa suite logique qui en est les modifications

qui en découlent. Les activités modifiées au MAD sont les activités préventives, nous en discutons à la section suivante.

1.4 La coordination

La section coordination présente les modèles d'intervention et les processus cliniques comme éléments structurant la collaboration interprofessionnelle. Ces modèles et processus sont eux-mêmes structurés par les échanges entre intervenantes et par l'environnement interne et externe.

1.4.1 Modèles d'intervention

1.4.1.1 L'intervention individuelle versus l'intervention collective

Les intervenantes reconnaissent d'emblée qu'il y a une diminution substantielle des activités et des programmes préventifs. Cette réorientation est due en partie au changement de la clientèle et aux demandes plus importantes et diversifiées qui a obligé les personnes en place à sacrifier certaines activités. Ce sont les activités préventives qui l'ont été parce que ce sont des activités qui ne présentent pas la même urgence et qui semblent moins reconnues:

Les interventions communautaires sont très limitées et ne sont pas valorisées parce que non rentables. Quand tu fais de la prévention, c'est difficile de dire on a atteint tel objectif, on a touché tant de personnes. C'est bien plus facile d'envoyer des auxiliaires et de faire des statistiques et dire on va donner tant de bains par année, ça c'est concret. On n'en fait plus de prévention, alors qu'en CLSC, c'est un objectif la prévention, on n'en fait plus.

Comment ceci influence-t-il les relations interprofessionnelles? Ces activités étaient souvent un lieu privilégié où les intervenantes bâtissaient, créaient quelque chose qui avait un caractère innovateur soit dans sa conception ou dans son

application. Il s'agissait d'un contexte propice à se connaître et à apprendre l'une de l'autre. Ces activités ne sont plus là pour rapprocher des intervenantes très sollicitées par leur clientèle individuelle.

Par contre, un autre élément qui influence la collaboration en ce sens de rapprocher les intervenantes est le fait d'entrer dans le domicile des personnes:

C'est en travaillant à domicile que je vois le plus l'importance de travailler avec d'autres; de ne pas me limiter à mon intervention sans m'occuper de ce qui se passe autour et peut-être qu'ici, on est plus sensibilisé à ça parce qu'on travaille à domicile, parce qu'on travaille plus avec le réseau naturel. Automatiquement, il faut inclure d'autres gens dans nos interventions, il faut tenir compte de ce qui se passe autour, de ce que les autres disent et font et suggèrent. Tu ne peux pas travailler seul, tu es obligé, même si tu ne veux pas. Si tu veux que les choses avancent, il faut aussi qu'il y ait une concertation au niveau des intervenants, pas nécessairement que du maintien mais du réseau aussi parce qu'on travaille aussi beaucoup avec le réseau.

Ce travail de réseau est effectivement un élément qui force les intervenantes à se parler. Le travail de réseau est encouragé, mais on ne retrouve pas d'orientation spécifique à cet égard. Par exemple, il semble qu'à l'occasion on invite des personnes de l'extérieur ou des clients et leur famille à des discussions de cas, dans quelle circonstance cela se fait-il, quelles en sont les indications? Jusqu'où va-t-on pour mobiliser le réseau, est-ce que l'on va au-delà du réseau immédiat pour élargir à des interventions de milieu? Il est difficile de dire dans quelle mesure cette approche d'intervention de réseau est adoptée par toutes. Il en revient à chaque intervenante de développer sa pratique.

Le but de l'argumentation ci-avant est de se questionner sur les ressemblances et les divergences de pratique donc sur les modèles d'interventions comme éléments structurant la collaboration. Dans quelle mesure des approches différentes influencent-elles la collaboration?

Il est également à noter que l'intervenante communautaire du MAD qui travaille sur des problématiques collectives telles que le logement, la sécurité, la défense des droits... a peu de contacts avec les autres intervenantes du MAD. Il s'agit de deux sphères du programme qui sont considérées comme différentes et séparées.

1.4.1.2 L'utilisation des modèles conceptuels en milieu de travail

L'adoption d'un modèle « conceptuel » est une démarche presque devenue usuelle pour certains groupes professionnels, notamment les infirmières. En effet, les infirmières du MAD, à l'instar de l'ensemble des infirmières du CLSC, ont initié une démarche en vue de la transposition des concepts du modèle McGill à leur intervention clinique⁶. C'est une démarche unidisciplinaire pour laquelle les autres intervenantes du programme sont peu ou pas informées.

Les autres groupes d'intervenantes du MAD n'ont pas entrepris une telle démarche pour l'adoption d'un modèle qui guide leur pratique. Il existe toutefois au niveau du CLSC, un groupe d'intervenantes psychosociales qui réfléchit à la possibilité et au choix d'un modèle conceptuel (ou d'intervention) commun à toutes les intervenantes psychosociales.

⁶ Le modèle McGill énonce quatre composantes de la pratique infirmière. La composante première et centrale est la santé non pas conçue en terme de continuum santé-maladie mais bien en terme de processus de « coping ». La seconde composante est l'usager-famille, l'individu étant vu à travers le « filtre » de la famille. Une autre composante est l'environnement défini comme les différents contextes dans lesquels l'usager-famille est en interaction. Ces trois composantes se retrouvent dans la dernière qui est la promotion de la santé. Le but des soins infirmiers est de soutenir l'individu-famille dans un processus continu d'apprentissage de la santé. Les composantes de ce modèle, bien qu'étant développées par des infirmières pour des soins infirmiers, s'inspirent d'une approche humaniste et de concepts qui ne sont pas étrangers à différentes approches en santé communautaire.

Nous verrons plus loin que l'adoption d'un tel modèle influence le choix des instruments utilisés dans le processus clinique, ce qui pourrait avoir une incidence sur la collaboration interprofessionnelle.

Au-delà de l'adoption explicite d'un modèle conceptuel, une intervenante mentionne que les groupes professionnels ont des modèles implicites très différents les uns des autres. C'est pourquoi on retrouve un clivage entre les professions dites médicales et celles dites psychosociales. Les orientations sont différentes et les façons de penser à la limite opposées. Nous y revenons à la partie traitant du système éducationnel.

1.4.1.3 La nature du travail

La nature du travail des groupes professionnels varie et peut influencer la collaboration de différentes manières. Le travail infirmier comporte, entre autre, une technique qui fait que les infirmières peuvent exécuter un plus grand nombre de visites que d'autres professionnelles. De plus, le travail infirmier est marqué aux yeux des autres intervenantes par la nécessité de répondre à des prescriptions médicales. Les infirmières jouissent de moins de marge de manoeuvre, entre autre, dans la planification de leur temps. Si un pansement doit être fait, il le sera. Le travail social est caractérisé par des services flexibles qui laissent une plus grande marge de manoeuvre:

La nature du travail fait que la personne quand elle appelle pour des soins infirmiers, généralement, ça doit être donné rapidement, et dans les plans de soins, il y a des délais à respecter, il y a des fréquences d'ordonnance médicale et tu ne peux pas passer à côté. Alors que les travailleurs sociaux ne travaillent pas sur ordonnance, les gens appellent, ils ont des problèmes. Ça peut être un problème qu'ils ont depuis 10 ans. Alors que la personne attende un mois de plus ou deux, à la limite ce n'est pas dramatique. Les travailleurs sociaux sont capables de prioriser la liste d'attente, c'est-à-dire qu'un cas même s'il arrive après les autres, peut passer en avant à cause du degré d'urgence... C'est sûr que là ça change beaucoup la dynamique, ça leur donne une impression d'autonomie et de décision qui est beaucoup plus fort.

La nature du travail est utilisée par chacun des groupes professionnels comme élément de valorisation de sa profession. Une travailleuse sociale nous dit:

Nous autres, des prescriptions, on n'en a pas. On part souvent avec une situation de crise, on ne sait pas ce qui se passe. Y a-t-il de la violence, y a-t-il des deuils, qu'est-ce qui se passe? Alors c'est comme si on a tout à faire, on a tout à évaluer, on a tout à ramasser alors ce n'est pas si simple, ça ne peut pas être pareil.

Alors qu'une infirmière nous dit:

En palliatif, dans la crise, c'est souvent l'infirmière qui est là pour apaiser et faire des interventions, plus que la travailleuse sociale ou plus que le psychologue parce qu'on a eu des exemples, le psychologue ne savait pas quoi faire. En crise, quand il y a quelque chose comme si la personne a une hémorragie ou si ça se complique, alors à ce moment-là c'est l'infirmière qui a beaucoup à faire.

Les deux intervenantes utilisent le même exemple d'une situation de crise pour valoriser leur profession respective. Est-ce que ce sont les situations de crise qui, en santé communautaire, distinguent le mieux l'expertise ou les compétences de chacune? Dans les situations que l'on pourrait qualifier d'usuelles, les territoires professionnels ont des frontières plus floues alors qu'en situation d'urgence, l'expertise requise se précise.

1.4.2 Processus clinique

Le processus clinique est ici défini comme une démarche systématique d'une ou plusieurs intervenantes au regard de l'évaluation des besoins de la clientèle, de la planification de l'intervention, de la dispensation des services et du suivi. Nous verrons pour chacune des étapes, les mécanismes formels et informels de collaboration.

1.4.2.1 Évaluation et échange d'information

L'évaluation des demandes de MAD suit un processus formalisé. Les demandes sont d'abord reçues à la « Prise de contact » qui dessert tout le CLSC et qui relève des Services courants. C'est une travailleuse sociale qui, à l'aide d'un formulaire de prise de contact, évaluera la situation et verra à orienter la demande au bon programme et au bon service. Pour le MAD, une demande de soins à domicile sera acheminée à l'assistante du supérieur immédiat. S'il s'agit d'un suivi psychosocial, la demande sera envoyée à la responsable des travailleuses sociales. Une demande d'aide sera envoyée à une travailleuse sociale spécialement attitrée aux évaluations d'aide à domicile.

Quelle que soit la nature de la demande, on procède ensuite à une évaluation approfondie à l'aide d'un formulaire, le même pour toutes les demandes. C'est un formulaire élaboré par la Régie régionale et qui touche toutes les clientèles et toutes les dimensions de la personne et de son environnement. Ainsi, une intervenante psychosociale sera appelée à évaluer les composantes de la condition et de l'autonomie physique et une infirmière évaluera les composantes psychosociales. Ce formulaire que l'on nomme multicientèle oblige chaque professionnelle à évaluer l'ensemble des dimensions et de façon spécifique.

Dans quelle mesure chaque type d'intervenante complète-t-elle cette collecte de données générales par une collecte de données spécifiques à sa profession? Dans les notes d'évolution, nous retrouvons la collecte de données traditionnelle du médecin, nous y retrouvons aussi des données spécifiques de la travailleuse sociale et de l'ergothérapeute. Seule l'infirmière, qui habituellement utilise sa propre collecte de données reliée à un modèle conceptuel, a abandonné cette pratique pour utiliser uniquement l'outil multidisciplinaire. Les données recueillies en cours d'intervention sont inscrites dans les notes d'évolution. Cette démarche a probablement contribué à élargir la vision des divers types de professionnelles et à partager une vision plus large du client.

Une fois ce questionnaire rempli, il est acheminé au comité d'allocation qui se base sur la synthèse de l'intervenante pour recommander ou non les services, le type de service, la fréquence et la durée.

Une fois les services en place, les échanges d'informations informels semblent fréquents, ils sont en fait le principal véhicule de la collaboration. Les intervenantes reconnaissent cette nécessité. Bien que quelques personnes travaillent de façon plus individuelle, la majorité semble préoccupée de s'assurer que l'information soit transmise aux intervenantes impliquées. Cela se fait par des rencontres informelles de corridor ou par un message téléphonique quelquefois à travers la boîte vocale. Il s'agit le plus souvent d'un partage d'information sur la condition ou sur les interventions posées et non d'une discussion sur les orientations.

1.4.2.2 La planification des interventions

L'étape suivante du processus clinique est la planification des interventions. Actuellement, il n'y a pas de démarche systématisée pour l'ensemble des

intervenantes. « Le plan d'intervention est relié à l'intervenante ». Par contre, on en reconnaît la pertinence:

L'objectif du plan d'intervention, c'est de donner à tout le monde le point de vue de l'autre et ce qu'il vise parce que ça peut arriver qu'il y ait des objectifs contradictoires, on a déjà vu ça. Ça se fait encore fréquemment, mettons une infirmière va voir une travailleuse sociale et elle voudrait que tu travailles tel aspect et la travailleuse sociale dit non, ça ne donne rien, c'est un problème chronique qui ne se réglera jamais, la personne a vécu toute sa vie comme ça. Donc si chacun ne parle pas de ce qu'il veut faire, si l'infirmière a son plan d'intervention dans sa tête et qu'il n'est pas écrit, elle va espérer régler telle affaire et la travailleuse sociale ne travaillera pas là-dessus du tout. À partir du moment où c'est écrit, ça force les deux à voir les mêmes choses...

Du fait qu'il n'y a pas de règles quant à une planification commune, cet effort de concertation semble très variable et plus ou moins fréquent. La majorité des personnes interviewées semblent privilégier une approche informelle quant à la planification des interventions lorsque plusieurs intervenantes sont impliquées. Ne connaissant pas l'occurrence du nombre de situations cliniques qui requerraient une planification conjointe, il est difficile d'apporter une appréciation quant à cet aspect. On s'aperçoit toutefois que ces situations de planification conjointe sont plus ou moins fréquentes et elles sont surtout reliées à l'initiative d'une intervenante en particulier. En effet, cette intervenante convoque régulièrement des discussions de cas dans son bureau. Dans la majorité des situations, cette étape se fait toutefois individuellement ou brièvement lors d'une rencontre dans le corridor ou par un coup de téléphone. Les objectifs communs d'intervention se retrouvent rarement au dossier. L'intervenante pivot ne semble pas avoir de responsabilité particulière quant à la planification commune des objectifs d'interventions. Le fait que les frontières de l'équipe soient très larges ne facilite pas cette étape.

Le groupe des infirmières a élaboré un formulaire de plan d'intervention selon le modèle McGill, plan d'intervention qu'elles utilisent d'ailleurs très peu « C'est un peu délaissé ». Ce plan d'intervention, lorsqu'il est rempli, demeure dans

le bureau des infirmières, il n'est pas porté au dossier du client. Les autres intervenantes n'y ont pas accès.

Les travailleuses sociales ne disposent pas d'instrumentation spécifique pour rédiger un plan d'intervention. Chaque intervenante décide si elle travaille sur la base d'un plan d'intervention ou non. Il semble toutefois que les travailleuses sociales aient plutôt tendance à travailler intuitivement et systématisent assez peu leur démarche, du moins par écrit. En effet, nous retrouvons peu dans les dossiers étudiés la formulation d'objectifs d'intervention sauf dans quelques situations où il y a eu discussions de cas et quelques fois, on retrouve les objectifs d'intervention dans les notes au dossier, mais il ne semble pas que ce soit une pratique courante. Au comité des soins palliatifs, le médecin qui anime les rencontres a proposé aux intervenantes un formulaire de plan d'interventions dont une copie se retrouve au dossier du client, c'est la seule situation où un plan d'intervention est disponible à l'équipe et est élaboré en équipe.

La Régie régionale propose un outil pour systématiser la planification des interventions. À cet effet, les coordonnatrices et coordonnateurs des CLSC de la région de Montréal se sont réunis en décembre 1994 pour discuter de ce sujet et tout particulièrement de la question à savoir si le plan d'intervention doit être unidisciplinaire ou multidisciplinaire.

Les intervenantes du CLSC à l'étude préfèrent un plan unidisciplinaire. À cet effet, elles invoquent des raisons pratiques telles la difficulté de condenser les objectifs d'interventions de plusieurs sur un même formulaire. Les intervenantes semblent ouvertes à l'idée de rédiger un plan d'intervention de manière unidisciplinaire mais que tous les plans se retrouvent dans le dossier, ce qui serait une amélioration par rapport à la situation actuelle où chacune conserve son plan d'intervention.

Les infirmières ne sont pas satisfaites du formulaire proposé par la Régie régionale, car selon elles, il ne considère pas suffisamment l'environnement et la famille qui sont les concepts centraux du modèle McGill. Elles trouvent que l'instrument de la Régie régionale n'est pas suffisamment spécifique aux soins infirmiers. Il est possible qu'elles développent leur propre plan d'intervention qui serait différent de celui des autres intervenantes.

Les infirmières fonctionnent sur le modèle McGill, elles souhaiteraient avoir un modèle de plan d'intervention qui est un peu différent de ce que la régie propose, inclure plus la responsabilité de la personne et de la famille alors que l'outil de la régie n'a pas d'espace là-dessus. Il est fort possible que les infirmières travaillent plus un outil de plan d'intervention qui est propre à elles, les travailleurs sociaux vont y aller peut-être plus sur l'outil de la régie régionale, les ergothérapeutes vont probablement suivre le même modèle aussi. Les auxiliaires familiales ne font pas de plan d'intervention, ce ne sont pas ce qu'on appelle les professionnelles.

Une telle démarche influencera-t-elle la collaboration interprofessionnelle? Si le plan de la Régie ne comporte pas ces aspects, essentiels en santé communautaire, l'apport des infirmières peut être important pour bonifier ce dernier.

Au-delà des formulaires, la difficulté majeure reste la capacité des intervenantes à formuler des objectifs d'interventions. Dans le cadre du projet pilote de la Régie régionale, le CLSC à l'étude a expérimenté l'utilisation du plan d'intervention. Les intervenantes ont été supervisées dans cette démarche, on a réalisé à quel point elles ont de la difficulté à identifier et à formuler adéquatement un objectif, tout type d'intervenante confondu.

On s'est rendu compte dans tous les CLSC que ce n'est pas seulement l'outil qui est à implanter, c'est la philosophie de fonctionner par plan d'intervention. Quand on parle aux travailleurs sociaux, on leur dit « As-tu des objectifs, sont-ils écrits dans ton dossier? Non, je les ai dans la tête. Est-ce que tu te donnes des moyens? » Les gens travaillent très fort mais beaucoup intuitivement et ils travaillent sur ce que la personne exprime mais des fois ils ne font pas le ménage là-dedans. La personne peut exprimer un paquet de besoins mais souvent ils ne confrontent pas la personne, est-ce que c'est réaliste de vouloir régler ça? Si oui, est-ce qu'on se donne le temps de le faire, est-ce qu'on se donne une échéance aussi pour voir si on a progressé ou si on est resté à la même place? Plus systématique, c'est à mettre en place et dans tous les CLSC il y a des efforts à faire de ce côté là. L'outil de la Régie va nous aider à y arriver. Par contre, c'est peut-être au maintien à domicile où on est le plus avancé dans les outils d'évaluation.

Comme le mentionne très bien cette intervenante, ce n'est pas qu'un outil à implanter mais l'orientation à travailler par plan d'intervention et l'habilité à utiliser une démarche systématique. Depuis plusieurs années, les établissements de santé tentent d'implanter une telle démarche et c'est toujours difficile et ardu. Pour les CLSC, c'est une toute autre façon de travailler qui est introduite par la porte du MAD car c'est le programme où le besoin de rationaliser et de planifier est le plus impératif.

Au début, les gens répondaient aux besoins les plus pressants et on voulait bien régler tous les problèmes mais là, avec le fait qu'on n'a pas de ressources qui suivent le développement de la clientèle, on a moins de ressources qu'avant. Il est nécessaire de planifier parce qu'on ne peut plus perdre du temps auprès des clients, on ne peut plus travailler sur des problèmes qu'on ne règlera jamais. Il faut vraiment cibler le problème et est-ce que c'est réaliste de travailler là-dessus et combien de temps je peux travailler là-dessus et il faut que le client soit mis au courant dès le départ, qu'il y a un problème à travailler et que sa collaboration est essentielle. Il y a un effort depuis quelques années pour travailler plus sous forme de plans mais ce n'est pas encore tout à fait intégré. Ça aussi ça peut jouer sur la collaboration parce que la personne qui travaille de manière intuitive est persuadée qu'elle fait pour le mieux pour le client. Par contre, elle garde pour elle son plan de travail, si elle en a un.

Une difficulté considérée par les personnes interviewées est le temps requis pour une telle démarche qui exige des rencontres multidisciplinaires, condition nécessaire à l'élaboration d'un plan d'intervention multidisciplinaire.

La régie régionale voudrait qu'on fasse des plans d'intervention multidisciplinaires, c'est le fun théoriquement mais dans la pratique, ce n'est pas toujours faisable parce que ça multiplie les discussions, ça multiplie les réunions et le temps que tu fais ça, tu n'es pas avec le client et tu dois faire ça sur un même instrument et si l'instrument, les gens ne sont pas tous à l'aise avec...C'est peut-être mieux dans le fond que tous les intervenants fassent un plan que de faire tous un plan sur le même papier. Si je suis travailleur social et je prends un dossier et je sais qu'il y a une infirmière, je vais aller lire son plan, ce n'est pas nécessaire que ce soit écrit sur la même feuille.

Deux possibilités se présentent, soit le plan est élaboré en collaboration avec les intervenantes impliquées et cela requiert du temps de rencontre, soit chacune en rédige un individuellement pour la situation qui la concerne. Il n'est donc pas évident que l'implantation d'un outil commun impliquera une collaboration significativement plus grande si chacun le fait de son côté. La contrainte de temps est sûrement une barrière importante mais l'ouverture à l'autre est aussi une condition importante.

1.4.2.3 Suivi

Le suivi de la clientèle est formalisé par une date de réévaluation fixée au comité d'allocation. Par contre, le suivi plus informel s'exprime dans les nombreuses discussions informelles qui se déroulent selon les besoins. C'est la pointe de l'iceberg de tout ce qui est système de communication informelle qui peut s'inscrire sous ce vocable de suivi. C'est à travers ce suivi et les échanges d'informations que se vit beaucoup la collaboration.

1.5 Le groupe en tant que système social

1.5.1 Le climat

Les personnes interviewées disent que la collaboration est d'abord une question de climat:

Si le climat est intéressant, la collaboration va être là, si le climat ne l'est pas, la collaboration même si on met des temps communs, des lieux communs, des réunions communes, les gens n'iront pas plus.

Pour les répondantes, un climat sain dépend du respect des personnes. Un des moyens mis en place pour s'assurer de ce respect des intervenantes est d'ordre structurel. À savoir que chaque groupe d'intervenantes a une responsable qui peut la reconnaître non seulement pour le nombre de cas qu'elle a visité dans une journée mais pour sa compétence clinique et ses forces.

La supervision clinique rend les gens plus sûrs d'eux mais, ça les convainc qu'ils ne sont pas juste jugés sur la performance: combien de cas dans la journée, dans la semaine. Ils ne sont pas juste jugés là-dessus, ils sont aussi compris sur le plan de leur travail. Moi je pense qu'il y a une plus grande reconnaissance. Quand tu as des difficultés et que tu peux dire à quelqu'un j'ai fait ça ça et ça ne marche pas, qu'est-ce qui se passe, as-tu des trucs à me donner. Les gens se sentent plus à l'aise que si on les jugeait seulement bon bien tu as fait tant de cas cette semaine, c'est beau.

Selon les intervenantes, le fait de se sentir supportées donne confiance en soi de sorte qu'il est plus facile de s'ouvrir et de demander conseil que ce soit à une autre intervenante ou au supérieur. Ce soutien et le respect entre intervenantes semblent présents.

L'ouverture aux autres n'est cependant pas la même pour tous les individus. Certaines personnes ont tendance à décider elle-même de ce qui convient de faire sans consulter. Le MAD n'ayant pas institué de structure obligatoire de collaboration fonctionne sur une base volontaire, ce qui laisse place aux jeux des acteurs et aux différences individuelles. Les intervenantes pensent que cette situation génère plus de collaboration que les structures formelles ne le font. Il est vrai que l'expérience des équipes de secteur en a rebuté plusieurs. Celles qui assistent au comité des soins palliatifs reconnaissent toutefois qu'il s'agit là d'une structure aidante.

Les intervenantes défendent leur autonomie et insistent sur le nécessaire caractère informel de la collaboration comme si des structures pouvaient briser cet équilibre. À la limite, on peut dire que la collaboration est structurée par les relations interpersonnelles entre les acteurs. Une fois instaurée, cette dynamique de collaboration devient un élément de soutien.

Je pense que pour travailler en équipe multi., il faut être assez solide. Moi j'ai travaillé beaucoup seule avant et c'est une des raisons pour lesquelles j'avais envie de m'en venir. J'étais très ouverte à l'idée de m'en aller dans un CLSC parce que justement, porter ta pratique jour après jour, année après année, sans jamais être capable de confronter tes idées, ce n'est pas toujours facile.

Je pense que les gens doivent avoir confiance en eux parce que la personne qui n'a pas confiance en elle ne partagera pas. Elle va avoir tendance à travailler seule, elle ne veut pas être jugée, ne veut pas être critiquée et elle a même peur que si elle admet qu'elle a une faiblesse ou qu'elle a un problème, qu'on va plutôt la juger incompétente. Alors il faut une bonne dose de confiance pour arriver et dire dans une discussion de cas, je ne sais pas quoi faire, je suis rendue devant un mur. Mais la personne qui est capable de le faire va collaborer parce qu'elle va admettre que quelqu'un d'autre peut avoir une idée qu'elle n'a pas eue parce qu'elle est trop collée sur le cas alors que l'intervenant qui a peu confiance en lui va travailler en vase clos, il va partager peu et il va se sentir menacé plus facilement devant une critique. Les professionnels en CLSC, est-ce qu'ils ont cette confiance en eux? Je dirais que dans l'ensemble oui parce que dans un CLSC, tu n'as pas le choix de travailler avec les autres donc tu le développes. Par contre, je vois certains individus et il y en a qui ont des problèmes de confiance évidents.

Cette question de la relation de confiance qui doit être présente pour que les intervenantes adoptent des comportements de confiance et acceptent d'exposer à d'autres leurs questionnements, leurs difficultés a possiblement été aussi à l'origine des difficultés rencontrées par les équipes de secteur. C'est déjà exigeant d'exposer ses difficultés devant des personnes concernées mais cela devient presque impossible devant un auditoire. En effet, une intervenante nous en parle:

Tout le monde s'en mêlait, as-tu déjà fait ça et l'autre avait l'impression que parce qu'elle n'avait pas essayé ça, qu'elle n'était pas bonne et ça devenait tout biaisé. Alors que quand ce sont des gens concernés, il y a toujours moyen de dire les choses plus directement parce que tu sais que tout le monde n'est pas là pour écouter ça non plus.

La présence de conflits peut être considérée comme indicateurs de la qualité du climat ou même de la cohésion de l'équipe, ce n'est toutefois pas la présence de conflits comme le fait de les aborder de façon constructive qui constitue un élément du climat. Dans le cas présent, peu d'éléments d'information sont mentionnés sur l'existence de conflits ou la gestion de ces conflits. Les personnes interviewées mentionnent qu'il y a bien quelques difficultés au regard des territoires professionnels mais que ces difficultés ne sont pas très importantes. Est-ce que les conflits se règlent et qu'ainsi ils ne constituent pas un élément dysfonctionnel de la collaboration? L'information recueillie ne nous permet pas de répondre à cette question.

Un seul conflit a été mentionné comme perturbateur et c'est un conflit au niveau de l'équipe des travailleuses sociales. En effet, des points de vue professionnels divergents et non réglés ont conduit à des relations interpersonnelles tendues qui font que certaines personnes ont de la difficulté à se parler depuis un certain temps.

Ce sont plus des conflits interpersonnels? Oui mais qui reposent sur des affaires comme quelqu'un qui prenait des moins gros cas que l'autre et une qui a le sentiment qu'elle travaille plus fort que l'autre ou qu'elle n'est pas comprise quand on fait des discussions de cas et qu'on la critique tout le temps. À la longue, ça finit par rester...

La relation entre les auxiliaires et les professionnelles, bien que n'étant pas dans une situation que l'on qualifierait de conflictuelle n'est jamais une relation facile. Les auxiliaires ne jouissent pas des mêmes prérogatives, du même pouvoir décisionnel, des mêmes avantages que les professionnelles. Certaines se sentent victimes de ce système et se plaignent de ne pas être reconnues par les

professionnelles, de ne pas être écoutées. Toutes n'expriment pas ce ressentiment, certaines s'accommodent bien de la situation et trouvent leur travail satisfaisant.

Ça joue pour certaines personnes, ça joue au niveau du fait qu'ils collaborent toujours mais c'est comme une espèce de litanie, à chaque fois qu'on réunit les auxiliaires familiales, il y a un 5-10 minutes où elles chialent, elles se défoulent, on est juste des auxiliaires. Il faut que tu les ramènes, raisonnez pas comme ça, vous êtes aussi importantes que les autres mais on dirait que c'est devenu une mode, par contre, je te dirais que c'est une partie des auxiliaires familiales. Il y a beaucoup d'auxiliaires qui ne raisonnent pas comme ça parce qu'elles sont plus jeunes, elles sont plus scolarisées, elles n'ont aucun complexe.

1.5.2 La cohésion

La notion de cohésion regroupe les facteurs qui font en sorte que les parties d'un tout sont intimement liées, par exemple dans le partage d'orientation commune, dans l'engagement à un projet commun...

Les facteurs de cohésion qui ressortent des entrevues sont certainement liés au climat, à la reconnaissance mutuelle, au respect des intervenantes les unes envers les autres... Au-delà de ces éléments rattachés au climat et qui influencent la cohésion, les intervenantes mentionnent tout spécialement la valorisation du travail d'équipe et la valorisation des compétences de chacune. Le travail d'équipe est valorisé en ce sens qu'on incite les intervenantes à faire appel à l'expertise et aux talents particuliers des autres. On reconnaît aussi le facteur temporel à savoir que le travail en équipe exige du temps et les intervenantes n'ont pas à rendre compte de ce temps-là. Par contre, il existe une pression réelle provenant du nombre des demandes qui peut certainement diminuer le volume d'interaction et fragiliser la collaboration.

Un autre élément qui renforce possiblement la cohésion de l'équipe est la fierté des personnes rencontrées à appartenir à l'équipe du MAD par rapport aux

autres équipes du CLSC. C'est un programme qui jouit d'une bonne réputation, qui est perçu par les intervenantes du MAD comme étant différent des autres programmes en raison de la souplesse de la gestion. Le fait de se singulariser, d'avoir un statut particulier peut contribuer à rapprocher les personnes.

Est-ce que les intervenantes sont solidaires, se sentent-elles engagées dans un projet commun? Pour répondre à cette question, nous allons examiner dans un premier temps les éléments de cohésion par groupe intraprofessionnel, puis la cohésion intergroupe et finalement nous nous pencherons sur le MAD en tant que réseau d'intervenantes.

Cohésion intragroupe

Les sous-groupes professionnels ne semblent pas tous vivre les mêmes degrés de cohésion. On a déjà mentionné les difficultés au niveau du climat à l'intérieur du groupe des travailleuses sociales. Ceci se reflète dans la cohésion du groupe en ce sens qu'on dit qu'elles ont tendance à travailler individuellement:

Des fois on peut y aller stratégiquement mais des fois il faut y aller directement, leur dire écoutez là, vous travaillez toutes très bien individuellement mais vous ne formez pas une équipe. Ne venez pas me dire que vous êtes une équipe. Si vous voulez être une équipe, il faut que vous fassiez plus de travail clinique ensemble, pas juste faire des réunions sur le plan administratif mais des réunions sur le plan clinique, parlez de vos cas. Des fois il faut même forcer, il faut leur dire prenez vos agendas et prenez une réunion à telle date, et je veux que vous apportiez des cas et je veux que vous fassiez des discussions entre vous autres.

Il est à noter que, pour cette répondante, un indicateur de cohésion est le fait que les participantes soient capables de se réunir autour d'une table pour discuter de situations cliniques et non seulement administratives.

Cette difficulté de se rencontrer pour des discussions cliniques est aussi mentionnée par les infirmières qui le déplorent mais qui disent ne pas trouver de

temps pour les discussions cliniques. Elles se rencontrent toutes les deux semaines et n'ont le temps d'aborder que les aspects administratifs et techniques de leur travail. Par contre, les infirmières ont enclenché une démarche d'adoption d'un modèle conceptuel, démarche qui, si elle est menée à terme, peut augmenter la cohésion du groupe des infirmières.

Les auxiliaires familiales se retrouvent une fois par semaine au CLSC. Il semble important pour elles de se retrouver et d'échanger sur leurs activités.

Cohésion Intergroupe

Il n'y a pas d'évidence de forum de discussions sur des orientations communes ou des projets communs. Comme on l'a vu les projets préventifs qui habituellement ont un caractère multidisciplinaire ont été beaucoup réduits, ce qui diminue les échanges dans des contextes à caractère innovateur.

Tel que mentionné, les infirmières ont un projet, l'implantation du modèle McGill. À travers cette démarche, les infirmières ont implicitement le projet de réorienter leur pratique, d'intégrer une part plus importante d'intervention de nature psychosociale, conformément aux concepts de ce modèle. Ceci n'a toutefois pas fait l'objet de discussion ou de partage avec les travailleuses sociales qui, au demeurant, ne le réclament pas. Les commentaires recueillis sont à l'effet que les relations sont bonnes.

Comme on l'a vu les relations des auxiliaires avec les groupes professionnels sont fragilisées par leur statut. Les relations ne sont pas hiérarchiques mais comme les auxiliaires n'ont pas de pouvoir de décision, elles doivent en référer aux intervenantes, cela les place dans une situation de dépendance. Une intervenante commente ainsi la situation des auxiliaires:

Je pense que c'est partout pareil dans les CLSC, les auxiliaires familiales se retrouvent dans une équipe de professionnelles. J'ai toujours l'impression qu'elles se sentent victimes du système. Elles sont les moins bien payées, c'est elles qui font le plus gros du travail ou souvent on a ça comme feeling. Nous autres on fait juste des papiers et c'est eux-autres qui travaillent fort. C'est vrai qu'elles font beaucoup de choses et qu'elles ne sont pas nécessairement très reconnues mais elles sont un peu toujours victimes et c'est propagé beaucoup. Elles se communiquent ça, je trouve qu'elles s'en inventent presque, c'est toujours un peu plus gros que ça l'est vraiment. Certaines auxiliaires sont très mordues là-dedans et elles sont victimes probablement encore pour les 20 prochaines années.

Un médecin a déjà fait partie du MAD mais il n'est pas resté. Les répondantes disent qu'il était peu intégré aux activités de l'équipe. Il n'assistait pas aux rencontres et ne participait pas aux discussions de cas.

Notion de réseau

L'image qui nous vient du MAD est davantage reliée à la notion de réseau que d'équipe à cause du grand nombre d'intervenantes et de la mobilité des frontières de l'équipe. Si l'objet central est le partage des orientations spécifiques à un client, alors on peut parler de réseau. Ce réseau, qui change constamment de forme, est structuré par les besoins des clients. À l'intérieur du réseau, il y a de multiples unités qui changent constamment. La configuration et les relations de ces unités sont gérées par l'intervenante pivot. Le réseau est beaucoup plus large que les seules intervenantes du MAD car il s'étend aux intervenantes des autres programmes et aux intervenantes de l'extérieur. Il peut même s'étendre au réseau familial et communautaire du client.

En résumé, la cohésion intragroupe semble variable d'un groupe à l'autre. Le climat entre les groupes apparaît sain mais on ne retrouve pas d'indicateurs marquants de cohésion ou de non cohésion. Les caractéristiques du programme de MAD

pourraient davantage correspondre à la notion de réseau que d'équipe, quoique qu'il possède certains attributs de la notion d'équipe⁷.

1.6 Dimensions de l'environnement social et culturel

1.6.1 Système professionnel

Dans cette partie deux thèmes sont abordés soit l'orientation envers la collaboration et le partage des juridictions. Le premier point présente l'ouverture exprimée par les intervenantes envers la collaboration ainsi que la valeur qu'elles y accordent. Le deuxième point traite de la manière dont les zones frontières de juridiction professionnelle sont partagées par les différents groupes professionnels. La notion de pouvoir y est abordée.

1.6.1.1 Orientation envers la collaboration

La conception ou la représentation de la collaboration est marquée par les expériences passées que ce soit au MAD ou dans d'autres milieux de travail. Les expériences antérieures sont jugées assez sévèrement en ce sens que les intervenantes les qualifient de pratique plutôt parallèle que de véritable collaboration, à l'exception d'une personne qui parle positivement de son expérience en soins palliatifs. L'expérience des équipes de secteurs a possiblement eu une influence sur la conception de la collaboration. On a le sentiment que les intervenantes sont beaucoup en réaction à cette expérience qui, bien que positive à certains égards, s'est terminée dans l'insatisfaction générale. Ce qui fait dire de façon consensuelle aux intervenantes

⁷ La littérature sur les petits groupes mentionne qu'au delà d'un certain nombre d'individus, on ne retrouve pas les caractéristiques des petits groupes dont la cohésion en est une d'importance.

que la collaboration ne se fait pas nécessairement dans des structures formelles, la collaboration informelle et ponctuelle étant perçue plus positivement.

Au-delà des structures dans lesquelles prend place la collaboration, une intervenante énonce sa conception de la collaboration dans les termes suivants:

La collaboration c'est j'ai une certaine expertise que je peux donner au client et je fais le maximum de ce que je peux dans ce que je connais mais je dois admettre qu'il y a des aspects du client sur lesquels je ne peux pas intervenir parce que je n'ai pas soit la connaissance ou les moyens de le faire et j'ai besoin de quelqu'un d'autre. La collaboration ce sont les liens qui se tissent entre les intervenants pour travailler ensemble pour le client. Chacun doit se compléter, chacun doit donner un effort pour le client et il doit y avoir une ouverture de part et d'autres sur ce que chacun peut faire et je dois me donner la liberté de donner mon point de vue à l'autre même au risque de me tromper et l'autre va faire la même chose. C'est ce risque-là que je prends avec l'autre intervenant qui fait qu'on peut arriver à une conclusion commune sans ça, il n'y a pas moyen d'avancer.

Plusieurs éléments sont présents dans cette conception. D'abord, la reconnaissance de sa propre expertise et de ses limites, la reconnaissance de l'autre (ou tout simplement la connaissance de l'autre et de son expertise), la reconnaissance du besoin de l'autre, la nécessité de l'effort centré vers le client qui oblige à créer des liens complémentaires basés sur l'ouverture. La collaboration c'est aussi un risque, risque de pénétrer le terrain de l'autre et risque de laisser l'autre investir son terrain. On va même plus loin en définissant la collaboration comme un partage des connaissances:

Si les intervenants savent que les gens travaillent en interdisciplinaire, pas juste en multi. mais en inter., c'est-à-dire que je prends une partie de tes connaissances et je te donne une partie des miennes. Si les intervenants sentent ça, ils vont être à l'aise de collaborer parce qu'ils vont sentir qu'ils sont acceptés dans ce qu'ils disent.

C'est aussi une perte d'indépendance au profit de l'autre:

La collaboration c'est d'accepter de perdre un peu d'autonomie au profit de l'équipe, au profit du client. Si chacun reste dans sa position, mon expertise c'est ça, ça fait beaucoup de monde autour du client mais ça ne fait pas nécessairement une collaboration.

La confiance s'établit sur les échanges d'information et sur le support à l'autre, mais aussi sur une compétence relationnelle. Les répondantes insistent sur la nécessité d'une sécurité personnelle et professionnelle pour « tirer profit » du travail en équipe multidisciplinaire, profit qui se traduit en terme de soutien de la part des autres mais aussi d'opportunités. Le travail multidisciplinaire est ainsi perçu comme élément bénéfique et non seulement comme une nécessaire contrainte.

Revenons à la notion de risque, risque relié au fait de ne pas être reconnu dans une avancée ou de se faire déloger d'un territoire mais risque aussi de se voir compliquer la vie. En effet, les modes de pensée sont multiples, ce qui risque de compliquer substantiellement l'intervention. Les avis sont parfois divergents quant aux objectifs à poursuivre avec un client.

C'est sûr qu'il y a toujours deux côtés à la médaille. Il y a des fois où on se dit que ça aurait été bien plus simple... Quand tu vois que les gens ne sont pas d'accord avec ta façon de voir, tu as à réfléchir et dire mais là, je n'ai pas d'appui, si je le fais, je le fais seule, si je m'enlignè là-dedans, je n'aurai pas de support parce qu'ils ne sont pas d'accord. Tu te dis ça va plus me compliquer l'existence mais pour toutes les fois où c'est rassurant, supportant. C'est sûr qu'il y a toujours deux côtés, quoiqu'on finit par se connaître, les gens finissent par avoir une idée de la façon dont les autres travaillent.

La valeur que l'on accorde à la collaboration varie d'une intervenante à l'autre. Certaines la conçoivent comme un véritable support professionnel et personnel. Pour une intervenante, la collaboration oblige à la confrontation des idées et amène une remise en question des certitudes qui ne peut qu'être bénéfique aux clients. D'autres intervenantes la conçoivent plutôt comme un moyen d'être plus

efficaces et insistent sur l'échange d'opinions et d'informations en vue d'une action concertée.

Pour une autre, l'avantage de la collaboration et plus spécifiquement du travail en équipe multidisciplinaire est une démocratisation des responsabilités:

Un des avantages de l'équipe justement c'est de donner de l'importance à des gens qui gravitent autour des patients mais qui n'ont peut-être pas un statut reconnu. Je pense à des anecdotes, tu sais quand c'est le concierge qui vient t'apporter l'information que le patient ou la patiente a une bouteille d'alcool dans son casier et qu'il en prend en cachette et que ça explique bien des mystères donc c'est une façon pour moi d'alimenter la richesse des informations qui peuvent être apportées au sujet du patient.

Cette même intervenante a vécu, dans un autre milieu, l'expérience suivante:

La richesse de l'équipe était que le patient avait le choix de trouver une personne avec qui il allait plus accrocher, le lien était plus fort et ce que je trouve intéressant c'est que l'équipe a essayé de se mobiliser autour de ça. Une fois qu'il voyait qu'une personne avait été plus identifiée comme un aidant privilégié, à ce moment là, ils utilisaient cette personne là pour passer les messages. Ça devenait le principal moteur de la communication et celui qui allait être le représentant du patient au sein de l'équipe et ça, pour moi, c'était un principe d'utilisation de l'équipe bien pertinent. Ça pouvait être le curé qui était identifié par une personne donc je trouvais que ça pouvait vraiment décadrer, ôter le médecin du piédestal ou que d'autres intervenants pouvaient passer des informations médicales, chacun avait son rôle.

Pour cette intervenante la valeur du travail en équipe multidisciplinaire est de donner une importance égale à tous les membres de l'équipe et dans le contexte qu'elle rappelle, on a pris le risque de « déprofessionnaliser » les responsabilités. Une autre intervenante utilise l'image de la chaîne où chaque intervenante est un chaînon essentiel pour offrir des services de qualité.

En résumé, il n'y a pas une seule conception de la collaboration. Les commentaires montrent que la collaboration est perçue positivement mais que son

ampleur et sa profondeur sont tributaires des individus. Les personnes qui collaborent sont des personnes en général ouvertes qui ont confiance en elles, qui aiment échanger, confronter leurs idées et qui prennent des risques.

1.6.1.2 Partage des juridictions

Dans cette partie, nous tenons pour acquis que les groupes professionnels ont tous leur champ d'expertise exclusif ce dont nous ne discutons pas. Nous discuterons uniquement des juridictions partagées et des juridictions conflictuelles.

Nous débutons cette section en rappelant les mécanismes mis en place pour faciliter l'ouverture des juridictions ou tout simplement l'ouverture au domaine de l'autre, soit les outils multidisciplinaires proposées par la Régie régionale. Il s'agit là d'une ouverture des juridictions puisque l'on reconnaît que trois types de professionnelles peuvent faire l'évaluation globale du client à partir d'un même questionnaire. Cette collecte de données unique est une démarche exceptionnelle que l'on retrouve assez peu fréquemment. D'un point de vue unidisciplinaire, on y perd peut-être de la spécificité, mais d'un point de vue interprofessionnel, on y gagne en ouverture et en partage.

Le fait que ce soit médical au MAD, ça a un aspect intéressant parce que, pour un travailleur social, c'est très formateur. Moi je m'intéressais beaucoup quand j'allais faire des évaluations, je faisais un listing des pilules que les personnes âgées prenaient. Je ne pouvais pas dire si les pilules étaient correctes mais je notais toutes les pilules, les dates d'expiration et j'allais montrer ça à l'infirmière. Ça parle beaucoup sur la confusion de la personne qui est peut être confuse, mêlée ou anxieuse juste parce qu'elle a une mauvaise médication. Pour un travailleur social, ça ne donne rien d'essayer de jouer le vécu de la personne si dans le fond ça repose sur des affaires aussi simples qu'une mauvaise médication.

Ces intervenantes sont amenées, par ces nouvelles pratiques, à élargir leur champ de connaissances afin de mieux comprendre la situation globale du client.

Au niveau des juridictions, on retrouve peu de récriminations de la part des intervenantes quoique certains partages soient parfois conflictuels. Les principales préoccupations sont reliées aux relations entre les groupes professionnels et le groupe des non professionnelles soit les auxiliaires. Le travail des auxiliaires est à la frontière des pratiques professionnelles de plusieurs types d'intervenantes. Il s'agit le plus souvent de pratiques routinières, qui ne demandent pas une expertise. Les professionnelles peuvent avoir tendance à les déléguer, ou dans d'autres cas, les auxiliaires se les approprient sans que les professionnelles ne soient tout à fait en accord.

Prenons d'abord les pratiques à la frontière du champ des soins infirmiers qui sont, par exemple, les soins des pieds ou l'application de crème. Les auxiliaires ont parfois le sentiment que les infirmières les utilisent en leur déléguant ces tâches. Par contre, avec les ergothérapeutes, la situation est différente. Certaines auxiliaires proposent des adaptations pour le domicile en se servant de leur gros bon sens et de leur expérience et ne font pas toujours appel à l'ergothérapeute. Celle-ci trouve parfois que certaines démarches peuvent être périlleuses pour le client

Peut-être qu'il y a des zones grises qui sont plus frustrantes que d'autres. À cause de la limite des ressources humaines, il y a des choses qui sont faites par des auxiliaires familiales qui, d'après moi, c'est pas évident que c'est correct. Dans des situations où ce sont des gens qui ont beaucoup de problèmes physiques par exemple, les gens en fauteuil roulant, qui ont des problèmes de santé qui ne sont pas nécessairement notables comme une crise cardiaque. Les auxiliaires peuvent mettre en danger des transferts et c'est surtout ce que je fais ici. Soit que je n'ai pas le temps ou je ne suis même pas au courant et ça va se régler. L'auxiliaire regarde ça OK, on va faire ça de même, ça va vous faire une belle affaire, vous serez correcte. Et je pense que des fois ça peut être nuisible au client, au niveau de la sécurité, soit pour l'auxiliaire, soit pour le client.

Les difficultés identifiées entre les travailleuses sociales et les auxiliaires qui, rappelons-le sont des auxiliaires familiales et sociales, se trouvent surtout au niveau

du partage d'informations. Les auxiliaires ont l'impression que certaines travailleuses sociales ne veulent pas partager certaines informations avec elles. Les travailleuses sociales de leur côté pensent qu'en raison de leur nature, certaines informations doivent demeurer confidentielles. Par contre, l'on s'attend à ce que les auxiliaires rapportent les informations recueillies à domicile puisque ce sont elles qui y sont le plus souvent.

Un autre sujet que nous abordons est la tendance chez les auxiliaires à la professionnalisation. Il existe une association qui désire donner un statut aux auxiliaires en élaborant des normes de qualité ou de compétence. Il y a aussi un mouvement pour constituer une corporation intermédiaire de travail qui récupérerait certaines tâches des auxiliaires:

Les auxiliaires familiales ont une association qui s'est constituée et qui tente de faire des démarches pour faire reconnaître les actes délégués aux auxiliaires familiales comme il y en a pour les infirmières auxiliaires dans les hôpitaux. Je ne sais pas si ça va aller loin mais il y a une tendance chez les auxiliaires à se professionnaliser, à se donner une corporation. Il y en a même qui disent, pas ici mais en province, que dans le fond les jobs comme l'entretien ménager et tout ça, pourrait être fait par un autre type d'emploi en-dessous de l'auxiliaire familiale alors je ne sais pas si tu vois, elles cherchent à se démarquer et à dire qu'il y a des jobs plus terre-à-terre qui peuvent être faites par d'autres.

Les activités de l'auxiliaire se situent ainsi à la frontière des pratiques de différentes professionnelles. Les auxiliaires ne se sentent pas toujours reconnues et il existe un mouvement qui dépasse le CLSC vers la professionnalisation de ce groupe d'intervenantes.

Les zones conflictuelles entre les groupes professionnels ne semblent pas importantes. On sent toutefois une volonté des infirmières de prendre une place plus grande. Cela se manifeste dans la portée de l'intervention psychosociale qu'elles veulent développer. À cet égard, deux intervenantes ne sont pas d'accord avec

l'ampleur que cette volonté prend. On mentionne que dans le passé cette volonté a fait en sorte que des situations se sont détériorées, ce qui a provoqué des situations de crise chez les clients, situations qui auraient pu être évitées. On pense que les infirmières devraient en référer davantage aux travailleuses sociales.

Les infirmières sont dans une dynamique de se faire davantage reconnaître et elles pensent que le virage ambulatoire sera une bonne occasion de prendre cette place. Nous n'avons toutefois pas ressenti, de la part des infirmières, de récriminations spécifiques sur leur place dans le CLSC. Il semble que ce soit plutôt un mouvement qui dépasse les frontières du CLSC et qui s'inscrit dans l'histoire des infirmières en santé publique au Québec.

Un autre élément du système professionnel au MAD est la quasi absence des médecins. Sauf pour le projet des soins palliatifs, un seul médecin y vient à raison d'une vacation par semaine. Est-ce par désintérêt pour cette clientèle comme le mentionne une intervenante, mais ce n'est pas évident puisque la même situation se retrouve dans d'autres programmes du CLSC. Les médecins sont regroupés aux Services courants et ont peu d'implication dans les autres services. Ils reçoivent des clients selon des horaires très serrés. Comment peut-on interpréter cette situation au regard de la collaboration interprofessionnelle?

Eux autres, c'est je fais tout tout seul, je prescris tout même si je ne connais pas ça vraiment et c'est correct. Ces types de professionnels, non ça ne leur vient même pas à l'idée qu'ils pourraient demander conseil à quelqu'un à part un autre médecin. Il y en a beaucoup d'étudiants à la clinique au coin je les trouve moins pires. Ils se posent des questions, ils marquent au dossier et ils téléphonent et ils font des démarches. Avant ils n'en faisaient pas des démarches les médecins, ils donnent des papiers et c'est tout, c'est la seule démarche qu'ils font finalement. L'équipe multi., pour eux c'est une perte de temps.

La notion de pouvoir

La notion de pouvoir est intrinsèque à toute action organisée ou à tout type de collaboration. Les jeux de pouvoir s'expriment, entre autre, par le fait de partager ou de retenir de l'information.

Des gens qui travaillent, qui ont un certain niveau d'informations qu'ils gardent pour eux parce que ça leur donne de l'importance et ils ont l'impression qu'ils contrôlent mieux leur travail et qu'ils contrôlent mieux la situation. Ils ont plus un sentiment de pouvoir. J'en ai déjà eu, même ici, des gens qui partagent peu, peut-être par insécurité ou par manque de confiance justement parce qu'ils gardent les informations pour eux.

Ces jeux s'expriment aussi à travers la fonction d'intervenante pivot qui détient un pouvoir décisionnel. C'est une zone de pouvoir et d'autonomie que les intervenantes peuvent à l'occasion se disputer. Toutes les intervenantes peuvent être intervenantes pivot sauf les auxiliaires. Ce pouvoir décisionnel joue un rôle en établissant une hiérarchie entre certains groupes d'intervenantes. Il joue aussi à l'intérieur des groupes professionnels pour gérer la collaboration.

Nous terminons cette section en laissant la parole à une intervenante pour qui l'influence du système professionnel se manifeste plus à travers l'attitude des professionnelles que dans des conflits ouverts de juridiction.

Je trouve que dans les dernières années, je dirais les 15 ou 10 dernières années, il y a eu un hermétisme qui s'est développé plus grand comme si les gens sont devenus je dirais plus professionnels, plus axés selon les normes et les règles de leur profession, c'est plus important que ça l'a déjà été. C'est devenu plus important quasiment que l'autre chose qui est ce qui t'anime dans ton travail, les choses auxquelles tu crois. Je trouve que ça, ça s'est perdu un peu au profit de devenir professionnel, avoir le statut et répondre à toutes les exigences que suppose d'être tel ou tel professionnel, c'est plus à ce niveau-là que ça s'est joué qu'au niveau de la concertation et de la communication entre les professionnels. C'est l'esprit, je dirais.

1.6.2 Le système éducationnel

Quelques éléments du système éducationnel sont ressortis des entrevues. Le premier élément que l'on pourrait dire préalable aux autres est la personnalité de l'individu qui l'oriente dans son choix professionnel, par exemple, on dit des travailleuses sociales, qu'elles ont une personnalité plus « enveloppante ». Les travailleuses sociales ont aussi une réputation d'être des personnes moins structurées, qui travaillent de façon intuitive alors que les infirmières sont reconnues pour être très organisées et structurées. Les médecins quant à eux sont perçus comme étant dans un système où ils doivent être productifs.

Au niveau des sciences humaines, ça va être une démarche beaucoup plus intuitive, éclatée, qui va aller plus par association, qui va chercher à faire des liens. Puis un modèle plus médical, qui va chercher de façon plus pointue et qui va plus enligner. Pour les médecins, le type de formation qu'ils ont les amène à être dans un système qui leur demande d'être très productifs.

Les travailleuses sociales, on a la réputation d'être des gens qui sont moins structurés. Par exemple, les infirmières, c'est connu, dans leur travail c'est structuré, organisé. Nous autres, les TS, on ne l'a pas cette réputation là d'être super organisé, on est plutôt des gens qui travaillent souvent d'une façon intuitive.

Selon les commentaires, les intervenantes provenant de professions dites médicales travailleraient de façon plus systématique et les personnes de professions sociales de façon plus intuitive. Il s'agit de deux modes de pensée qui, dit-on, causent des difficultés de compréhension entre intervenantes de ces deux orientations:

Les liens sont plus faciles avec des gens de professions connexes, pas trop loin du domaine de travail ... on connaît un vocabulaire commun, une manière de travailler et de penser qui est voisine l'une de l'autre.

Le personnel social et de réadaptation trouve en général que le MAD est un secteur très médicalisé et il est important d'avoir une certaine « force de frappe » pour

conserver ce qu'il y a d'intervention psychosociale. Par contre, le MAD de ce CLSC compte plus de travailleuses sociales que plusieurs autres programmes de MAD.

Une autre intervenante apporte un commentaire différent car selon elle, un des problèmes du système éducationnel est qu'il ne forme pas les intervenantes à adopter une démarche systématique de travail.

En général, même si les intervenants ont une formation scientifique, ils ont tendance à travailler d'une manière intuitive et encore plus quand ils ont de l'expérience parce qu'ils se fient sur le fait qu'ils ont de l'expérience et qu'au bout de la ligne, leur expérience va les amener à toujours avoir la bonne réponse. Je dirais que les intervenants n'ont pas été habitués à travailler en planifiant, c'est-à-dire en faisant des plans d'intervention. Ce n'est pas de leur faute, ils ont été amenés comme ça dans leur formation et dans le système.

Enfin nous concluons cette section sur la formation comme élément qui permet au professionnel de « prendre sa place ». Ce qui s'applique particulièrement aux infirmières qui sont les seules professionnelles en CLSC pour qui on n'exige pas une formation universitaire (sauf les TAS). Cet élément peut expliquer les commentaires et les comportements des infirmières très orientés vers le fait de prendre sa place.

Ma formation universitaire est venue appuyer ce que je voulais faire et ça m'a donné vraiment des connaissances. C'est évident que quand tu appliques ces connaissances là, tu peux plus prendre ta place et ça vient définir ta profession encore plus par la formation universitaire et dire oui, j'ai une place et je vais prendre ma place et je la fais valoir ma place. J'encourage beaucoup les infirmières, je trouve ça très important

1.6.3 L'environnement social et politique

Les influences provenant de l'extérieur sont nombreuses selon les intervenantes du MAD. Elles proviennent de l'environnement social et politique. Les intervenantes mentionnent l'arrivée de nouveaux mandats qui surviennent de toutes

parts, le dernier en date étant le virage ambulatoire. Dans la plupart des cas, les ressources n'augmentent pas en conséquence. Selon les intervenantes, le service fonctionne au maximum et ne peut s'étendre davantage. Une autre influence vient de l'alourdissement des problèmes que vivent les personnes et de l'effritement de leur réseau social et qui nécessite plus de ressources. Ce sont des éléments qui augmentent considérablement la charge de travail et influencent la collaboration.

Au niveau du politique, les instances régionales exercent un contrôle sur la performance des CLSC. En effet, les statistiques fournies périodiquement à la Régie cherchent à comparer les CLSC quant à leur performance. La pression sur les intervenantes les amène à rechercher des méthodes de travail plus efficaces. La collaboration est reconnue pour consommer du temps et le temps de réflexion que l'on s'accorde pour discuter de différentes pistes d'interventions ne rentre pas dans les statistiques. D'autre part, la Régie cherche à implanter des outils multidisciplinaires qui vont augmenter la collaboration et le temps de discussion puisque l'on voudrait que les plans d'intervention soient rédigés de façon multidisciplinaire.

Annexe 7

**Le programme des Services de santé et
des services sociaux courants**

La collaboration interprofessionnelle

Le programme des Services de santé et des services sociaux courants

par

Danielle D'Amour

Avril 1996

Table des matières

1.1 INTRODUCTION	124
1.2 FRONTIÈRES DU CAS.....	124
1.3 CONTEXTE DU PROGRAMME.....	125
1.3.1 Description du programme.....	125
1.3.2 Le personnel des services courants	127
1.3.3 Lieux physiques	129
1.4 DESIGN DU PROGRAMME.....	130
1.4.1 Histoire du programme	130
1.4.1.1 Modification à la structure médico-administrative	130
1.4.1.2 Mise sur pied du service de support aux consultations médicales	131
1.4.1.3 Le relèvement des exigences de la formation de base des intervenantes psychosociales.....	134
1.4.1.4 L'introduction d'un changement: Info-Santé.....	134
1.4.2 Structure des rôles et des responsabilités.....	136
1.4.2.1 Encadrement et liens hiérarchiques.....	136
1.4.2.2 Intégration des médecins à la gestion des services médicaux	138
1.4.2.3 Répartition des responsabilités entre infirmières	139
1.5 LA COORDINATION.....	140
1.5.1 Modèles d'intervention.....	140
1.5.1.1 La nature du travail	140
1.5.1.2 L'utilisation de modèles conceptuels en milieu de travail	141
1.5.1.3 Lieux de discussion formels.....	143
1.5.2 Processus clinique.....	145
1.5.2.1 Évaluation et échange d'informations.....	145
1.5.2.2 Planification des interventions.....	146
1.5.2.3 Suivi.....	148
1.6 LE GROUPE EN TANT QUE SYSTÈME SOCIAL.....	149
1.6.1 Le climat.....	149
1.6.2 La cohésion.....	151
1.7 L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET CULTUREL.....	154
1.7.1 Le système professionnel	154
1.7.1.1 Orientation envers la collaboration	154
1.7.1.2 Partage des juridictions.....	157
1.7.2 L'environnement social et politique	162

1.1 Introduction

Les services de santé et les services sociaux courants (services courants) s'adressent à toutes les personnes du territoire du CLSC qui nécessitent des services de santé et des services sociaux. Les personnes se déplacent vers le CLSC afin de recevoir ces services, par opposition à la clientèle du Maintien à domicile où les personnes sont en perte d'autonomie. Les services courants constituent un programme important pour les CLSC et pour la Fédération des CLSC qui considèrent que ce programme permet de rejoindre la clientèle et d'inciter celle-ci à fréquenter davantage le CLSC. Il y a une volonté politique à faire des CLSC la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux et ceci par le biais des services courants. Pour ce faire, on incite les CLSC à augmenter l'accessibilité aux services courants. Le CLSC à l'étude a récemment apporté certaines modifications à ses services courants afin de répondre aux orientations du Ministère de la santé et des services sociaux et aux attentes de la Fédération des CLSC quant à l'accessibilité des services.

1.2 Frontières du cas

L'identification du cas a fait l'objet de certaines discussions car il s'est avéré difficile d'identifier une entité multidisciplinaire qui servirait de point de départ à l'étude de la collaboration interprofessionnelle aux services courants. En effet, ce programme fonctionne selon le modèle de l'équipe multidisciplinaire seulement pour des projets spécifiques réalisés soit avec d'autres programmes du CLSC ou avec d'autres CLSC. Ces deux alternatives sont intéressantes mais font en sorte d'introduire des variables différentes telles que la collaboration intersectorielle et la collaboration inter-établissement qu'il aurait été pertinent de traiter mais pas dans le cadre de la présente étude. Il semblait alors plus approprié de s'en tenir à la

collaboration interprofessionnelle à l'intérieur des activités usuelles des services courants. C'est ainsi que des représentantes des divers groupes professionnels ont été sollicitées pour participer à l'étude, même si d'emblée, il était clair qu'il ne pourrait y avoir d'observation de rencontres cliniques multidisciplinaires, car cette forme de collaboration n'est pas formalisée aux services courants.

L'analyse de la collaboration interprofessionnelle aux services courants est donc menée à partir de la perspective des intervenantes de quatre principaux groupes professionnels qui oeuvrent dans ce service, soit les médecins, les infirmières, les travailleuses sociales et le personnel cadre. Huit entrevues ont été conduites auprès des représentantes de ces trois groupes professionnels, auprès de la coordonnatrice et auprès du chef de médecine entre les mois de septembre 1994 et février 1995. Une première entrevue a été conduite avec la coordonnatrice des services courants afin de déterminer une entité multidisciplinaire qui pourrait faire l'objet de l'analyse de la collaboration interprofessionnelle. Aucune rencontre d'équipe n'a pu être observée.

Ajoutons que les services courants comprennent aussi une équipe responsable de la téléphonie, des admissions et des archives. Ces personnes n'ont toutefois pas été impliquées dans l'étude car elles ne dispensent pas de services cliniques mais des services de nature plutôt administrative.

1.3 Contexte du programme

1.3.1 Description du programme

Le programme des services courants s'adresse à l'ensemble de la population du territoire du CLSC, on le qualifie de multiâges, multicientèles et

multiproblématiques. L'orientation privilégiée¹ vise à ce que les interventions posées considèrent l'ensemble des dimensions biopsychosociales de la personne. Elle vise aussi à ce que la personne et son réseau de support soient associés aux solutions. Elle valorise la capacité de prise en charge de l'individu, de ses proches et de la communauté.

Le programme des services courants du CLSC à l'étude propose les services suivants:

- services d'accueil et d'orientation au CLSC
- consultations médicales avec ou sans rendez-vous. L'existence d'une unité de médecine familiale permet à des médecins résidents d'être présents aux services courants.
- consultations infirmières avec ou sans rendez-vous, services de support aux consultations médicales.
- prise de contact psychosociale et consultations psychosociales à court terme; la clientèle est référée au programme spécifique pour une intervention demandant un suivi.
- références aux autres programmes du CLSC et références à d'autres professionnels du CLSC tel que la diététiste ou la psychologue.
- consultations en planning et sexualité
- services de prélèvements
- services d'archives pour l'ensemble du CLSC

Cette énumération des services offerts confirme le rôle de porte d'entrée et de centre de référence des services courants en plus de l'intervention propre à ce programme.

¹ _____ .1992. *Étude de la structure médico-administrative au CLSC...* , Montréal: ÉNAP.

1.3.2 Le personnel des services courants

Mentionnons d'abord que le programme des services courants est constitué de deux entités. Une première entité regroupe les infirmières et les travailleuses sociales ainsi que les intervenantes de l'accueil. Cette première entité est sous la responsabilité de la coordonnatrice des services courants. Une deuxième entité regroupe les médecins qui oeuvrent aux services médicaux, au service d'obstétrique et à l'unité de médecine familiale. Ces médecins relèvent du chef du service médical. Les médecins ne font pas partie comme tel des services courants puisqu'ils sont regroupés sous le programme de médecine, mais ils constituent des intervenants majeurs autant en terme de nombre que de responsabilités. En raison de cette implication, les médecins seront considérés, aux fins de la présente étude, comme une entité des services courants même si structurellement ils n'en font pas partie.

Le programme des services courants compte ainsi 27 intervenantes dont douze médecins réguliers, trois infirmières, deux travailleuses sociales, deux téléphonistes, quatre préposées à l'admission, une secrétaire, une archiviste et enfin la coordonnatrice et le chef du service médical (personnel identifié en février 1995). Le nombre de médecins résidents est variable.

Parmi les médecins réguliers, onze travaillent à temps complet, c'est-à-dire plus de vingt heures par semaine, un seul est à temps partiel. Certains sont affectés à des dossiers particuliers et certains travaillent quelques heures par semaine au sein des autres programmes du CLSC. Tous consacrent une demi-journée par semaine au programme de maintien à domicile. La majeure partie de leur temps est toutefois consacrée à peu près également entre les consultations médicales sans rendez-vous et les consultations avec rendez-vous.

Les infirmières travaillent à temps complet. Elles sont affectées soit aux consultations infirmières sur rendez-vous ou à la fonction que l'on nomme support à la garde. Cette fonction consiste à faire un premier triage des personnes qui se présentent sans rendez-vous; si elles le peuvent, les infirmières répondent à la demande de la personne sinon, elles réfèrent la personne au médecin de garde. Cette dernière fonction est récente au CLSC et elle n'existe qu'au point de service et non au pavillon principal. Les infirmières peuvent suivre des clients sur une base à court ou à long terme.

Les travailleuses sociales des services courants sont davantage impliquées au niveau de l'évaluation des besoins que de la dispensation des services. Elles effectuent les évaluations psychosociales pour toutes les demandes qui ne sont pas médicales, que ce soit des demandes faites par téléphone ou en personne. Elles procèdent à une première évaluation que l'on nomme prise de contact. Dans certains cas, lorsque la demande concerne une intervention psychosociale à court terme, elles répondent à la demande de la personne, mais dans la majorité des situations, elles réfèrent au programme concerné qui assurera le suivi à plus long terme.

Les services courants constituent un point névralgique du CLSC. Nous pouvons facilement imaginer le travail de collaboration que cela suppose avec les autres intervenantes du CLSC. Il existe de nombreux liens avec le maintien à domicile car la clientèle est essentiellement la même, la différence se fait sur la base de l'autonomie de la personne. Par exemple, les médecins des services courants visitent à domicile la clientèle du maintien à domicile. De même, une personne peut être suivie par les services courants un certain temps et si son niveau d'autonomie fait en sorte qu'elle ne peut plus se déplacer, elle est transférée au maintien à domicile. L'inverse est aussi vrai, à savoir que la personne qui retrouve une autonomie suffisante pour se déplacer sera suivie aux services courants.

Les intervenantes des services courants ont aussi de nombreux liens avec les intervenantes de l'extérieur du CLSC soit parce qu'elles reçoivent des références ou en font à l'extérieur, particulièrement de la part des centres hospitaliers et des médecins du quartier. Ceci fait en sorte que les frontières de l'équipe sont éclatées.

1.3.3 Lieux physiques

Afin d'assurer une plus grande accessibilité géographique à la clientèle, les services courants du CLSC à l'étude sont physiquement situés à deux endroits. Ils sont principalement installés au point de service où se trouve le bureau de la coordonnatrice. Les bureaux des médecins sont ainsi répartis: 60% au point de service et 40% au pavillon principal. Le personnel infirmier et social se répartit entre les deux points de service. Les services offerts aux deux endroits sont sensiblement les mêmes sauf qu'à l'édifice principal, il n'y a pas de support à la garde.

Cette situation physique ne facilite pas les rencontres entre intervenantes, les communications se font davantage par téléphone. Par exemple, l'intervenante sociale au point de service est la seule intervenante sociale, ceci ne facilite pas les communications avec ses collègues travailleuses sociales qui se font le plus souvent par téléphone. L'aménagement des bureaux à l'intérieur de chacun des édifices semblent avoir des apports différents sur la communication. En effet, certaines intervenantes nous disent qu'au point de service, on a créé un lieu commun où les personnes se rencontrent pour prendre un café et discuter. Alors qu'au pavillon central, on nous donne plutôt l'image de bureaux disposés autour d'un îlot central où les intervenantes circulent sans nécessairement se rencontrer.

1.4 Design du programme

Cette partie tente de décrire les mécanismes de collaboration, la structure des rôles et des responsabilités ainsi que certains éléments de la gestion du programme.

1.4.1 Histoire du programme

Bien que notre connaissance de l'histoire des services courants soit partielle, elle nous fournit une mise en contexte pour alimenter notre compréhension de la collaboration actuelle. Trois événements marquants semblent avoir influencé la collaboration interprofessionnelle ces dernières années aux services courants, ce sont la modification de la structure médico-administrative, l'instauration d'un service de support à la garde et le relèvement des exigences quant à la formation des intervenantes psychosociales.

1.4.1.1 Modification à la structure médico-administrative

Les services courants existent depuis plusieurs années à savoir que les médecins offrent des services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous et les infirmières offrent des consultations infirmières sur rendez-vous depuis plusieurs années. Ce n'est qu'en 1989 que le CLSC adopte un plan d'organisation qui regroupe l'ensemble des intervenantes des services courants sous un même programme. Ce plan d'organisation prévoyait notamment que le chef de médecine serait sous la responsabilité de la coordonnatrice des services courants. Les responsabilités des médecins devenaient alors presque exclusivement d'ordre professionnel, les aspects administratifs étaient gérés par la coordonnatrice du programme des services courants. Il s'agissait d'un effort pour intégrer les médecins à la structure du CLSC sans reconnaître, comme on le fait habituellement au Québec, le statut particulier des

médecins. Ce regroupement administratif des médecins sous la responsabilité d'une coordonnatrice administrative d'une profession autre que médicale a causé plusieurs insatisfactions aux médecins en terme de leur autonomie et de leur pouvoir à prendre les décisions les concernant. On relevait aussi certaines imprécisions quant au mandat de la coordonnatrice au regard des médecins. Cette situation a provoqué une crise entre l'administration et les médecins. En 1991, une nouvelle coordonnatrice arrive en poste et mène une étude² sur la révision de la structure médico-administrative afin de mieux cerner les points de vue et les insatisfactions des médecins et des cadres du CLSC. Cette étude a résulté en des recommandations quant à la modification de la structure médico-administrative. Depuis avril 1993, les médecins ne sont plus sous la responsabilité de la coordonnatrice des services courants mais plutôt sous celle du chef du service médical qui relève de la direction générale, celui-ci siège au comité de régie.

Au niveau administratif, les médecins sont à une étape où ils reprennent des responsabilités qu'ils n'avaient plus, particulièrement le chef du service médical. Selon certaines répondantes, plusieurs zones grises existent au niveau du partage des responsabilités. Les médecins relèvent du chef du service médical mais ils oeuvrent dans un programme où l'ensemble des intervenantes autres que médecins est géré par une coordonnatrice et, comme nous le verrons, ce contexte organisationnel a des incidences sur la collaboration interprofessionnelle.

1.4.1.2 Mise sur pied du service de support aux consultations médicales

Dans le passé, les relations infirmières-médecins ont parfois été conflictuelles, entre autre, à cause de points de vue divergents quant à la tâche des infirmières. « L'infirmière disait c'est pas ma job, j'ai pas le temps de le faire ou je ne

² idem

sais pas comment le faire ». Ce sont les trois arguments utilisés par certaines infirmières pour contrer les demandes des médecins jugées alors inappropriées. Selon certaines infirmières, celles-ci semblaient craindre de servir d'assistante au médecin. Le groupe des infirmières et des médecins avaient alors peu de contacts, ils travaillaient plutôt de façon indépendante.

L'arrivée d'une nouvelle coordonnatrice qui croyait à un rôle plus large de la part des infirmières ainsi que l'arrivée de nouvelles infirmières plus ouvertes à collaborer avec les médecins ont donné un nouvel essor au programme. En 1992, on a mis sur pied un projet pilote de support à la garde. Cette fonction, exercée par une infirmière, consiste à faire un premier triage de la clientèle qui se présente aux consultations sans rendez-vous et à assurer un certain soutien aux médecins qui sont de garde. Le triage consiste à effectuer une première évaluation de la clientèle et suite à cette évaluation, l'infirmière, dans la mesure de ses compétences, répond ou non à la demande des clients. Les infirmières jouent aussi un rôle de soutien aux médecins dans leurs interventions que ce soit au niveau des examens diagnostiques, de certaines interventions ou de l'enseignement à la clientèle.

Le but premier du support à la garde était d'économiser du temps médecin... au niveau de l'état, ça coûte plus cher de payer un médecin pour faire ça que de payer une infirmière mais au niveau de l'organisation, ça coûte plus cher à l'établissement parce que l'infirmière, on la paie et le médecin, on ne le paie pas

Ce projet de support à la garde a été instauré uniquement au point de service et ceci pour diverses raisons. Entre autres, l'achalandage y est plus important qu'au pavillon principal et les budgets pour développer de nouvelles fonctions sont limités. Mais il semble y avoir aussi des raisons autres qu'administratives soit une moins grande ouverture de la part des infirmières du pavillon principal et une relation de confiance faible entre les médecins et les infirmières du pavillon principal; les

médecins remettant en question certains aspects relatifs à la compétence de ces infirmières.

Une infirmière au point de service a donc été désignée pour développer cette fonction. Le projet a fait ses preuves de sorte qu'un poste d'infirmière support à la garde a été officiellement ouvert. On est unanime à reconnaître la pertinence d'une telle fonction qui semble avoir une influence positive sur la collaboration interprofessionnelle:

Mais le fait qu'on a mis le support à la garde ici fait une collaboration beaucoup plus grande avec l'équipe des infirmières que sur... où il y a une infirmière et des médecins mais où chacun travaille dans sa grille de rendez-vous. Avant qu'on ouvre le support à la garde ici, c'était pareil comme sur.... Il y avait une infirmière sur rendez-vous qui faisait ses affaires, quand le médecin avait une urgence, il criait au secours viens m'aider. Depuis qu'on a ouvert le support à la garde, la collaboration informelle s'est beaucoup, beaucoup développée

En ce qui concerne l'efficacité d'une telle organisation du travail, on estime que les infirmières répondent à 20% des demandes, c'est-à-dire qu'environ 20% des clients n'ont pas à être vus dans l'immédiat par un médecin. De ces 20%, 10% à 12% sont référés pour une consultation médicale ultérieure. Les autres demandes, soit de 8 à 10%, reçoivent une réponse satisfaisante de la part de l'infirmière et n'ont pas à consulter un médecin. Une répondante mentionne que cette organisation du travail permet une meilleure utilisation des ressources médicales et infirmières, « met les bonnes personnes à la bonne place », a une influence positive sur la rétention des médecins et est socialement plus acceptable.

Ce développement semble avoir eu une influence positive sur la satisfaction des médecins et des infirmières quant à la qualité de leurs interventions et semble avoir fait en sorte d'établir des liens et des échanges informels plus nombreux et plus

fructueux. Les infirmières et les médecins du pavillon principal semblent fonctionner de façon plus parallèle que les intervenantes au point de service.

1.4.1.3 Le relèvement des exigences de la formation de base des intervenantes psychosociales

La collaboration *intraprofessionnelle* au niveau des intervenantes psychosociales a connu certaines difficultés en partie dues à des niveaux différents de formation entre les intervenantes à l'accueil qui possédaient une formation de technicienne en assistance sociale (TAS) et les travailleuses sociales professionnelles des programmes. Les premières, semble-t-il, ne possédaient pas la formation pour effectuer une évaluation qui corresponde aux exigences des dernières. Le relèvement des exigences, soit le fait d'exiger une formation universitaire a permis d'obtenir de meilleures évaluations psychosociales, ce qui a eu un impact sur la collaboration avec les intervenantes psychosociales des autres programmes.

Ce relèvement des exigences semble aussi avoir eu une influence positive sur la qualité des services courants mais nous n'avons pas recueilli de commentaires sur l'influence d'une telle mesure à l'égard de la collaboration interprofessionnelle.

1.4.1.4 L'introduction d'un changement: Info-Santé

Avant de conclure cette section, jetons un coup d'oeil sur l'introduction du service d'Info-Santé. Depuis le 1er avril 1995, donc après la fin de la présente collecte de données, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal a fait en sorte de transférer dans les CLSC le service d'Info-Santé. C'est le programme des services courants qui héritent de ces nouvelles responsabilités. Certaines données ont été recueillies à cet égard car on s'y prépare depuis plusieurs mois.

Le service d'Info-Santé est un service de prise de contact et d'informations sur tous les sujets abordés par les clients qui font appel au CLSC. Au CLSC à l'étude, cette fonction était assumée soit par des infirmières des services courants ou par des infirmières des programmes lorsque les demandes d'informations concernaient la dimension « santé ». Les questions relatives à la dimension psychosociale étaient prises en charge par les travailleuses sociales des services courants. Dorénavant, on dit que l'on ne veut plus séparer cette fonction en deux mais bien assurer une prise de contact globale. Selon la décision de la Régie, ce sont les infirmières qui en seront responsables. Ceci constitue un changement important pour les intervenantes en place. Les travailleuses sociales ne feront plus la prise de contact mais bien des évaluations sommaires des demandes sociales et les infirmières devront élargir leurs responsabilités en faisant la prise de contact pour des clients qui ont des problèmes d'ordre psychosocial. La ligne de démarcation semble difficile à opérationnaliser et entraînera possiblement des discussions sur ce nouveau partage des responsabilités:

Elles ont toutes les deux peur d'aller dans la plate-bande de l'autre sans savoir où est la ligne d'arrêt, c'est quoi qui est de la santé, qui appartient aux infirmières et c'est quoi qui appartient aux travailleuses sociales .

Ceci illustre bien que des changements structurels provenant de l'extérieur peuvent avoir des répercussions importantes sur le partage des territoires professionnels au sein d'un établissement, ces territoires doivent alors être renégociés entre intervenantes.

L'histoire du programme des services courants est plutôt récente mais démontre bien la vitesse des changements. L'arrivée d'une nouvelle coordonnatrice en 1991 a donné un nouvel essor au programme, on a modifié la structure médico-administrative, on a ajouté des ressources infirmières et modifié l'intervention des infirmières, on a haussé les exigences de formation des intervenantes à la prise de contact psychosociale.

1.4.2 Structure des rôles et des responsabilités

Les éléments structurels présentés ici sont ceux qui revêtent un caractère plutôt formel tel que l'encadrement et la gestion, l'intégration des médecins, le partage des responsabilités entre infirmières. Nous parlerons aussi des lieux de discussions formels et informels tels qu'ils se vivent aux services courants.

1.4.2.1 Encadrement et liens hiérarchiques

Les services courants sont gérés par une coordonnatrice qui est responsable des quinze intervenantes autres que médecins qui oeuvrent aux services courants. Ces intervenantes répondent directement à la coordonnatrice. On considère celle-ci comme étant « très impliquée sur le terrain »,

Je pense que X est très demandante pour son personnel, très exigeante pour son personnel mais c'est une personne qui l'est énormément pour elle-même aussi. X est beaucoup sur le terrain avec nous autres, elle va s'impliquer énormément. C'est sûr qu'il y a deux facettes à ça, il y en a qui vont dire moi je me sens observé, surveillé, moi je ne le vis pas comme ça, moi je le vois comme elle est impliquée et elle me donne son feed-back et je peux lui donner mon feed-back aussi. C'est sûr qu'il a fallu que X établisse des grandes règles pour dire bien le patient quand il est comme ça, il faut qu'il y ait une communication qui se fasse à quelqu'un, il faut que le médecin soit avisé, donc il y a des barèmes d'établis...

Les intervenantes semblent apprécier le style de gestion humaniste de la coordonnatrice. Elles apprécient aussi les changements apportés. Son rôle de leader est perçu positivement par les intervenantes. Les médecins la voient aussi comme une gestionnaire ayant des orientations.

La coordonnatrice assume aussi la fonction de responsable des soins infirmiers (RSI). Cette fonction a été instaurée en 1992 dans les CLSC par la loi 120. En tant que responsable des soins infirmiers, la coordonnatrice a reçu le mandat

d'encadrer la pratique professionnelle des infirmières de l'ensemble du CLSC. Cette structure d'encadrement d'un groupe professionnel n'existait pas auparavant dans les CLSC puisque ceux-ci fonctionnent historiquement sur la base de programmes à partir d'équipes multiprofessionnelles. Cette structure n'est pas sans rappeler la structure hospitalière où l'on retrouve une direction des soins infirmiers. Le but de la présente recherche n'est pas d'analyser l'impact de cette nouvelle structure mais il est permis de penser qu'elle peut influencer la collaboration interprofessionnelle.

Interrogées à cet effet, certaines infirmières croient que cette structure aidera la collaboration car elle amènera les infirmières à mieux définir leurs interventions, à augmenter leur niveau de compétence et donc à être plus en mesure de travailler avec d'autres professionnelles. Comment les autres professionnelles réagissent-elles à cela? Nous possédons peu d'informations de la part des autres professionnelles car elles sont peu informées à cet égard, elles savent toutefois que la responsable des soins infirmiers est impliquée dans la démarche d'adoption du modèle conceptuel McGill, en fait elle en a la responsabilité. Une informatrice souligne que cette fonction peut occasionner du chevauchement au niveau de l'encadrement des infirmières qui relèvent d'un cadre dans un programme et de la RSI en ce qui concerne les soins infirmiers. Effectivement la RSI doit négocier avec les cadres des autres programmes sur certaines dimensions telles que l'évaluation des soins infirmiers.

En ce qui touche ses rapports avec les médecins, la coordonnatrice des services courants a peu de rapports avec les médecins à l'exception du chef du service médical avec qui se font les discussions et les négociations.

1.4.2.2 Intégration des médecins à la gestion des services médicaux

Tel que mentionné, les médecins ont rapatrié en 1993, la gestion des services médicaux. Elle est maintenant assurée par le chef du service médical qui assume les responsabilités professionnelles et administratives. Cette situation avait causé des conflits entre la direction et les médecins et beaucoup d'insatisfaction de la part des médecins qui revendiquaient la possibilité de se diriger eux-mêmes, c'est-à-dire d'être dirigés par un des leurs.

Actuellement, les personnes en responsabilité soit le chef du service médical et la coordonnatrice trouvent important de se rencontrer fréquemment pour discuter des zones possiblement conflictuelles et trouver des solutions malgré les différences d'opinion. Cette situation demande beaucoup de discussions, de doigté et de maturité:

Mais en même temps, on ne peut pas tout clarifier les zones grises. Où il y a le plus de conflits, ce n'est pas au niveau clinique des intervenants, c'est au niveau d'administration surtout parce que depuis quelques années, le chef de service reprend de plus en plus de responsabilités qu'on avait perdues. Ce n'est pas toujours clair qui est en charge de quoi. Est-ce que c'est le chef des médecins, ou est-ce que c'est la coordonnatrice des services courants qui est encore patronne de nos réceptionnistes. Il y a beaucoup d'ambiguïtés dans tout ça, beaucoup, beaucoup même et donc il y a beaucoup de conflits à ce niveau-là. Est-ce que nous avons le droit de contester la coordonnatrice? Est-ce la coordonnatrice a le droit de dire aux médecins quoi faire? Ces conflits sont gérés par deux adultes mais ils connaissent des différences d'opinions mais beaucoup moins au niveau des intervenants.

Les services courants constituent donc une structure bicéphale gérée par deux types de cadres. Ceci occasionne certaines difficultés car les intervenantes doivent travailler en collaboration et les orientations ne sont pas nécessairement partagées. Des rencontres administratives se font régulièrement entre les deux cadres mais pas au niveau des intervenantes. De nouvelles activités ou orientations peuvent être implantées sans que l'autre moitié ne soit consultée. Par exemple, on pense à l'arrivée d'Info-Santé dans laquelle les médecins sont peu impliqués.

Un exemple peut illustrer la difficulté d'avoir des orientations et des interventions partagées. Une infirmière a préparé un cahier d'enseignement aux diabétiques sans que les médecins ne soient consultés à savoir si cela est une priorité ou non. Les médecins ont été consultés une fois le document terminé pour vérifier si les orientations cliniques correspondaient à leur pratique. Dans la logique des infirmières, elles n'ont pas à consulter les médecins sur les éléments qui relèvent de la pratique des soins infirmiers et il en va de même de la part des médecins, mais ces deux types de professionnels travaillent pour la même clientèle sur des problèmes de santé communs. Comment mettre la clientèle au coeur des préoccupations, est une question qui se pose clairement?

Les médecins travaillent à l'intérieur des services courants mais d'aucune façon, ont des contacts formels ou officiels avec les services courants . Bien ils ne font pas partie du personnel du CLSC en partant.

1.4.2.3 Répartition des responsabilités entre infirmières

Il s'agit ici de la division horizontale du travail, à savoir comment les infirmières qui interviennent aux services courants se partagent les responsabilités. Les activités aux services courants sont de différentes natures, par exemple, l'intervention en clinique planning-sexualité demande des habiletés et des compétences différentes des habiletés et connaissances requises pour le support à la garde. En raison de la nature diversifiée des activités des infirmières, chacune a une responsabilité première mais on s'assure que chacune puisse aussi assumer toutes les fonctions en faisant une certaine rotation ou des remplacements.

Malgré ces efforts d'intégration, on ressent un certain morcellement des activités infirmières aux services courants, morcellement qui se reflète dans les lieux de discussion formels. En effet, les infirmières ont peu de clients en commun à l'intérieur des services courants. Elles se réunissent pour discuter principalement

d'aspects administratifs mais en ce qui concerne les aspects cliniques elles n'en voient pas beaucoup la pertinence puisqu'elles ne suivent pas de clients en commun.

Ce morcellement semble vrai aussi à l'intérieur de chacun des groupes d'intervenants des services courants, notamment les travailleuses sociales. Il faut se poser la question, pour la clientèle quel est le niveau de collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle requis quant aux aspects cliniques et aux aspects administratifs? (cf paragraphe 3.1.3)

1.5 La coordination

La section coordination présente les modèles d'intervention et les processus cliniques comme éléments structurant la collaboration interprofessionnelle. Ces modèles et processus sont eux-mêmes structurés par les échanges entre intervenantes et par l'environnement interne et externe.

1.5.1 Modèles d'intervention

1.5.1.1 La nature du travail

Les interventions aux services courants sont diversifiées. Il s'agit de répondre à des demandes de services soit médicaux, infirmiers ou psychosociaux. Les interventions se font soit de façon ponctuelle, c'est-à-dire que le service demandé ne requiert pas plus de trois visites, ou les interventions se font à plus long terme. Les clients sont reçus soit sur rendez-vous ou en se présentant aux heures de cliniques sans rendez-vous, dans les situations d'urgence. Ceci signifie que les intervenantes sont encadrées par une grille horaire très bien remplie soit par des rendez-vous fixés à intervalles réguliers ou par des clients en attente.

Les interventions sont essentiellement de nature individuelle mais on aimerait aussi offrir des services à des groupes:

Alors je pense qu'il y a une réorganisation des soins qui peut être faite en libérant les cas des suivis chroniques,... aussi l'enseignement peut être fait en groupe, ce qui libérerait du temps parce que veut, veut pas, avec les coupures dans les hôpitaux, on va avoir des surcharges. Avec l'hôpital à domicile qui s'en vient, c'est sûr qu'on va avoir aussi un impact aux services courants. Donc il y a des choses intéressantes qui s'en viennent mais ça prend de l'organisation. C'est dans ce sens là que je dis, je suis peut-être un peu réticente, avant de commencer à me battre pour essayer d'augmenter mon rôle, j'aimerais bien que déjà ce que j'ai à faire soit bien fait. C'est sûr qu'on peut faire beaucoup de choses mais en même temps je me dis avant de commencer quelque chose de plus élaborée, je vais essayer de « dealer » avec ce qui s'en vient.

Les services courants semblent d'une nature autre que les services offerts dans les autres programmes du CLSC, ces derniers visent une clientèle à risque et pour laquelle une intervention avec une composante communautaire est importante. Les services courants visent d'abord à répondre à une demande ponctuelle et la composante prévention est moins présente même si le personnel en place a cette préoccupation.

1.5.1.2 L'utilisation de modèles conceptuels en milieu de travail

Aux services courants, comme dans les autres programmes du CLSC, les infirmières poursuivent une démarche en vue de l'adoption du modèle conceptuel McGill. L'adoption de ce modèle progresse plus lentement que dans les autres programmes vu le peu de personnel et la charge de travail.

Au niveau des infirmières c'est plus facile parce qu'on a fait notre conception de soins infirmiers et on a déjà le modèle conceptuel McGill alors les infirmières ont comme des limites identifiées là-dedans et elles ont des outils pour leur donner un coup de main au niveau de la nature de l'approche, ce qui n'est pas le cas pour les TS encore. Elles n'ont pas de modèle dit social ou d'intervention sociale alors les limites sont moins bien dessinées pour le moment.

L'application de ce modèle dans la réalité quotidienne des infirmières n'est pas évidente pour celles-ci:

Le modèle McGill, l'appliquer intégralement, c'est pas pour tous les clients parce que les gens que tu vois de façon ponctuelle n'ont pas besoin du modèle McGill. Il y a beaucoup de cas qu'on voit qui sont à court terme donc je ne pense pas qu'on va s'embarquer dans toute la démarche. Par contre, il y a beaucoup de cas qu'on suit depuis longtemps, je pense que ça va être intéressant de pouvoir mettre sur papier et que tout le monde sache où on s'en va avec ce client-là, c'est quoi son plus gros problème et qu'est-ce qu'on a l'intention de faire et qu'est-ce que lui peut faire.

Les intervenantes psychosociales disent être aussi dans une telle démarche:

On se rencontre une fois par 15 jours de ce temps ici parce qu'il y a des échéanciers, il y a un comité d'intervenants psychosociaux qui se penche sur l'approche psychosociale qui va être privilégiée ici au CLSC. C'est très intéressant.

Pour le moment ces démarches sur l'adoption de cadres conceptuels se font par groupes professionnels, elles n'ont pas été partagées et on ne parle pas d'en faire part aux autres bien que l'on en dise: « Les gens sont au courant que ça existe, qu'on a eu de la formation, que c'est en branle mais ils ne savent pas exactement de quoi ça ressort. » On ne mentionne pas non plus de démarche en vue de l'adoption d'un cadre commun.

1.5.1.3 Lieux de discussion formels

Les lieux de discussions formels sont plutôt organisés en fonction des différents groupes professionnels, il existe peu de lieux de discussion multiprofessionnels sauf à l'occasion entre infirmières et travailleuses sociales. Les rencontres portent sur les aspects administratifs, professionnels et techniques mais peu sur les aspects cliniques (discussion de cas). Tous les groupes professionnels se réunissent régulièrement entre eux. Les infirmières ont une rencontre avec la coordonnatrice d'une durée de trois heures toutes les deux semaines ainsi que les intervenantes psychosociales. Il y a, toutefois, des rencontres entre infirmières et travailleuses sociales pour certains projets particuliers:

Donc on a décidé de faire un nouveau document et de voir comment on pouvait élargir et rendre ça plus satisfaisant pour les usagers et pour les intervenants. Dans ce contexte là, il y a eu des réunions d'équipe infirmières et travailleuses sociales pour travailler le document, pour s'entendre sur un document avant qu'il soit envoyé dans les autres programmes, qu'il soit consulté et qu'il revienne. On a la même problématique qui s'en vient. Les infirmières ont une vision d'Info-Santé, les travailleuses sociales ont une vision d'Info-Santé, il y a des réunions de service avec l'une et avec l'autre mais pas encore ensemble.

Les médecins participent à plusieurs rencontres soit à l'intérieur du CMDP ou de l'unité de médecine familiale ou encore à des rencontres de médecine générale. Lors des entrevues, un médecin a mentionné qu'il serait intéressant que les médecins puissent assister aux rencontres des services courants. Actuellement les discussions se font entre les deux cadres.

Ils trouveraient ça intéressant d'assister des fois à nos réunions pour voir qu'est-ce qu'on fait et où on va et comment on travaille. Moi j'ai dit je suis bien d'accord mais à ce moment là pourquoi qu'on n'assisterait pas à la réunion du CMDP. S'ils assistent à nos réunions de service, eux autres quand ils ont des réunions de service, ils en arrivent et ils veulent que telle chose marche de telle façon à l'avenir. Il n'y a pas de lieu commun pour faire ça actuellement.

Ces lieux de rencontre par groupes professionnels reflètent la structure des services courants et démontrent la difficulté d'une véritable collaboration:

J'ai perçu ça quand même assez fort, ici aux services courants, de la part des intervenants que chaque intervenant se référait beaucoup, avait comme centre d'identité, beaucoup les autres de sa profession? Oui, c'est quasiment des pièces séparées. C'est très fort mais la structure actuelle est faite comme ça dans le sens, c'est sûr que si une femme battue arrive ici et l'infirmière la reçoit, elle va être vue immédiatement par le social et ils vont discuter. Mais de la façon dont les usagers arrivent dans les services dans le secteur des infirmières, ils arrivent avec une prescription médicale dans la majorité des cas avec un suivi nursing précis à faire. Si ce sont d'autres volets, ils s'en vont dans la boîte qu'on appelle prise de contact et on n'a pas beaucoup d'usagers qui sont suivis et en social et en santé en même temps, actuellement, on n'en a pas beaucoup.

On a le sentiment que les services courants sont morcelés dans leur conception, pourquoi? Est-ce à cause de la nature du travail ou du fait que les personnes suivies le sont plutôt de façon ponctuelle. Très peu de clients sont suivis simultanément par une infirmière et par une intervenante psychosociale. Peut-on avoir une approche clinique partagée dans ce contexte?

Les services courants visent à répondre principalement à des besoins ponctuels et souvent d'ordre médical. Dans les autres programmes en CLSC, on a le sentiment que la structure en est une d'équipe multidisciplinaire alors que dans les services courants on se rapproche davantage de la structure des centres hospitaliers où le client « appartient » à un des groupes professionnels. Les rapports interprofessionnels semblent toutefois plus égalitaires que le modèle des relations en milieu hospitalier. Dans un tel contexte, est-ce utopique de parler de véritable collaboration interprofessionnelle et plus réaliste de viser plutôt des échanges d'informations et d'expertise?

1.5.2 Processus clinique

Le processus clinique est défini comme une démarche systématique d'une ou de plusieurs intervenantes au regard de l'évaluation des besoins de la clientèle, de la planification de l'intervention, de la dispensation des services et du suivi. Nous verrons pour chacune des étapes les mécanismes formels et informels de collaboration.

1.5.2.1 Évaluation et échange d'informations

L'évaluation de la clientèle se fait différemment selon le type d'intervenante rencontré. Par exemple, le médecin fait son examen médical et note au dossier les résultats de cet examen selon le modèle médical. L'infirmière ne dispose pas encore des outils selon le modèle McGill et, par conséquent, ne dispose pas d'outil de collecte de données ou d'évaluation. Elle inscrit ses notes au dossier dans la partie des notes d'observations.

C'est la travailleuse sociale qui a le plus développé cette étape du processus clinique puisqu'il s'agit là de l'essentiel de ses fonctions aux services courants. Elle utilise un instrument d'évaluation développé par les travailleuses sociales du CLSC et qui permet une évaluation approfondie afin d'identifier ce sur quoi le client veut travailler. À la fin du formulaire, la travailleuse sociale note ses recommandations. Cette évaluation est ensuite acheminée au programme pertinent. Par exemple, si une famille avec un jeune enfant est concernée, il est possible que l'évaluation soit acheminée au programme Enfance-Famille, de même pour les programmes Jeunesse et Adulte. En ce qui a trait au programme de MAD, la travailleuse sociale des services courants ne fera que la prise de contact et c'est la travailleuse sociale du MAD qui fera l'évaluation à domicile. La travailleuse sociale essaie le plus possible de faire ces évaluations de personne à personne et non par téléphone.

Afin de compléter cette évaluation, la travailleuse sociale qui est au pavillon principal se rend à la réunion de l'équipe des intervenantes psychosociales à qui elle a envoyé la demande pour en discuter plus en profondeur et expliquer le pourquoi de ses recommandations. Ceci permet de compléter les informations.

Moi ce que je trouve c'est que ce sont tous des professionnels avec une expertise très pertinente sur le plan personnel et professionnel et lorsqu'on va présenter un cas, j'ai à faire à une équipe de professionnels, donc je me dis que chaque personne écoute ce que je présente et peut-être qu'ils peuvent m'amener une lueur que moi je n'ai même pas vue lors de mon évaluation. Une petite question qu'eux autres ils vont dire, très pertinente pour un suivi que moi je peux avoir omis même de la poser et qui peut changer toute l'influence du suivi. Mais en général, il n'y a pas tellement de questions, c'est plus un travail de ne pas faire répéter la personne qui va arriver en entrevue pour un suivi, il y a déjà une toile de fond. Alors le travailleur social quand je vais le présenter, il peut me poser une question: Quand vous avez rencontré cette dame, comment elle était, regardait-elle le plancher, l'as tu trouvée avec un potentiel de changement, était-elle gênée, était-elle timide?

La travailleuse sociale du point de service ne peut compléter cette démarche en raison d'horaire incompatible; celle-ci travaille à partir de 11h00 et les rencontres ont lieu le matin à 9h00. Cette dernière a demandé à ce que les heures des rencontres soient modifiées mais on n'a pas encore pu acquiescer à sa demande. Cette dernière apprécierait pouvoir partager avec ses collègues.

1.5.2.2 Planification des interventions

L'étape suivante du processus clinique est la planification des interventions. Dans le cadre des services courants, l'étape de la planification des interventions prend moins de sens lorsque la majorité des interventions se fait sur une base ponctuelle. Les commentaires qui suivent sont pertinents dans les situations où les clients sont suivis à plus long terme aux services courants.

Aux services courants, il n'existe pas de démarche systématisée en ce qui a trait au plan d'intervention que ce soit unidisciplinaire ou multidisciplinaire. Ce qui se rapproche le plus d'un plan d'intervention, ce sont les recommandations que font les travailleuses sociales à la fin de leur évaluation. Les autres intervenantes notent plutôt les interventions posées et dans certains cas, les objectifs poursuivis mais toujours de façon unidisciplinaire.

Les discussions de cas sont habituellement le lieu privilégié pour établir un plan d'intervention multidisciplinaire que ces discussions soient formelles ou informelles. Or il n'existe que peu de l'une ou l'autre aux services courants. Les infirmières mentionnent que dans les cinq dernières années, il y a eu environ cinq rencontres de discussions de cas multidisciplinaires planifiées. Une autre infirmière mentionne qu'entre infirmières, elles ont parfois des discussions de cas mais qui ne résultent pas en de véritables plans d'intervention, il s'agit plutôt d'un échange d'informations et de conseils.

Il arrive que la collaboration c'est que, l'intervenant qui en ressent le besoin va questionner l'infirmière d'une part et va questionner la TS de l'autre côté et qu'il n'y a pas nécessairement la rencontre des trois pour en arriver à un plan d'intervention plus orienté. C'est comme ça.

Comme on vient de le voir les travailleuses sociales du pavillon principal ont un lieu d'échange entre travailleuses sociales mais c'est plutôt un lieu de transmission d'informations, on ne fait pas la planification des interventions.

Quant aux médecins, les demandes peuvent provenir de plusieurs programmes. Ceux-ci doivent s'ajuster aux modalités de discussion de cas de chacun des programmes. Ce que les médecins déplorent le plus, c'est le sentiment qu'ils ont de perdre leur temps lors des discussions de cas. Ils apprécient avant tout les rencontres ponctuelles, courtes et efficaces pour traiter d'un problème précis. Mais

voilà, ils ont peu de disponibilité, leur horaire est planifié plus d'un mois à l'avance. Alors les discussions vont plutôt se faire vite par téléphone.

Les raisons de cette difficulté à instaurer des lieux pour se concerter sur des interventions cliniques ne sont pas uniquement structurelles, nous avons tenté de les explorer:

Est-ce que les intervenantes sont capables de vraiment établir un plan d'intervention? Elles sont capables mais c'est individuel. Chez certaines professionnelles, on dirait que c'est inné, elles le font d'emblée. Chez d'autres professionnelles, de par leur esprit de pratique ou pour d'autres raisons, il faut de temps en temps leur rappeler, bien là tu as tel problème, il y a tel intervenant, en avez-vous parlé ensemble les 2 intervenants. Ah, je n'y ai pas pensé. Bon, enfin, dans l'esprit de pratique, pour certains intervenants, ça va de soi.

C'est une question de compétence, de formation, d'orientation? Je ne sais pas à quoi l'attribuer, il y a autant d'infirmières qui le font qu'il y en a qui ne le font pas. Il y a autant de TS qui le font qu'il y en a qui ne le font pas et je ne mettrais pas ça de compétence parce que quand tu regardes dans leur schème de pratique, elles ont de grandes compétences. C'est peut-être, je ne dirais pas de l'individualisme, c'est peut-être un manque d'intégration d'une certaine vision, ça serait peut-être plus ça et il y a aussi, il ne faut pas se leurrer, les conflits interpersonnels. Si c'est telle personne qui est dans le cas, elle ne l'appellera jamais, si c'est d'autres, elle va les appeler. Ça, ça existe.

Les intervenantes des services courants mentionnent qu'elles font beaucoup de consultations et d'échanges informels dans le cadre d'une porte ou à l'heure du lunch et cette situation semble plutôt les satisfaire.

1.5.2.3 Suivi

Le suivi de la clientèle ne semble pas formalisé et dépend de l'intervention.

1.6 Le groupe en tant que système social

Deux dimensions du groupe, en tant que système social, seront considérées soit le climat et la cohésion.

1.6.1 *Le climat*

Le climat est défini comme la qualité des relations interpersonnelles entre les personnes qui travaillent à un même programme. Aux services courants, il existe deux lieux physiques et le climat semble être différent d'un endroit à l'autre. La majorité des personnes qui travaillent au point de service mentionne qu'il existe un bon climat de travail et qu'il y a ainsi beaucoup de collaboration informelle. Les intervenantes disent apprécier travailler ensemble. Trois raisons principales ressortent des entrevues comme étant liées à un bon climat. La première est l'existence de la fonction de support à la garde qui fait que l'ensemble des intervenantes échangent davantage. C'est une fonction qui est centrale et qui met toutes les intervenantes en relation. Une deuxième raison est reliée aux personnes qui sont sur place et qui ont su créer des lieux où les intervenantes se retrouvent pour prendre leur pause ou pour simplement discuter de façon informelle. C'est un bureau qui sert de lieu de rassemblement. La troisième raison pourrait être la capacité des personnes à établir une relation de confiance. Soulignons que l'infirmière qui a implanté le support à la garde y est allé par petits pas en créant d'abord une relation de confiance avec les médecins:

Quand j'ai commencé le support à la garde, ma tâche était très très limitée. J'installais le patient mais tranquillement, disons que je n'ai pas forcé la note en commençant parce que les médecins me connaissaient plus ou moins. J'étais une fille sur la liste de rappel, puis ils ne me faisaient pas confiance plus qu'à n'importe quelle autre. Mais tranquillement, ça s'est fait, au début, ils me disaient même pas de triage, tu ne passes pas un avant l'autre. Mais quand ça a fait quelques mois, bien là je fais ça de plus et ça de plus, et tranquillement... Oui et de gagner la confiance des gens parce qu'arriver et essayer d'imposer quelque chose dans un milieu qui a déjà ses structures et tu dis là moi je vais faire telle chose et vous autres vous ne le ferez plus, ça peut être choquant et il y a une question de confiance, je pense. Si les gens voient que bon, les filles sont capables.

Au pavillon principal, il n'y a pas de fonction de support à la garde, de sorte que les intervenantes travaillent plutôt chacune de leur côté. Les lieux physiques sont organisés de telle sorte que les bureaux sont disposés autour d'un îlot central et les gens disent tourner autour de cet îlot et se rencontrer très peu. Les intervenantes mentionnent qu'elles ont de bonnes relations mais se parlent peu. Elles échangent peu sur leurs clients sauf dans les situations plus difficiles qui le requièrent. Les intervenantes disposent de peu de temps, celles qui sont sur rendez-vous sont très chargées et les autres ont des clients en attente. On utilise d'ailleurs des expressions telles que ligne de feu, être dans le feu de l'action...

De l'autre côté, sur ..., on n'a même pas d'infirmière comme support à la garde, quand tu fais du sans rendez-vous là-bas, tu es tout seul comme médecin. Tu as une infirmière qui fait sa clinique nursing mais elle n'est pas là pour t'aider. Ça fait que ton sans rendez-vous, tu peux le faire de façon hyper isolée. Les bureaux sont un peu isolés, il n'y a rien qui est connecté, c'est comme tout autour, tu peux tourner en rond et ne jamais te voir et la structure fait qu'il y a moins d'interactions entre les intervenants. Ici, quand c'est avec les infirmières que je suis habituée de travailler, je leur demande des services et elles me demandent des services, c'est plus à la bonne franquette (2021) Tu as une infirmière mais elle fait sa petite affaire, c'est comme deux efforts parallèles. J'essaie de voir c'est quoi la différence entre ici et là-bas et la manière que c'est organisé, chacun peut faire sa petite affaire et ne pas être en interrelation donc c'est toi qui va falloir qui le crée parce que la structure n'est pas là pour le faire.

Il est intéressant de noter l'influence que peut avoir un rôle central ou pivot sur le climat (ici support à la garde) d'un groupe sans pour autant sous-estimer la contribution des personnes en place à créer ce climat. Ces deux éléments semblent inciter les personnes à établir de meilleures relations de collaboration.

En ce qui concerne les travailleuses sociales, les relations interpersonnelles aux services courants semblent être bonnes. La principale difficulté réside dans le fait qu'elles font des évaluations qui sont acheminées aux autres travailleuses sociales dans tout le CLSC, leur travail est ainsi exposé à plusieurs personnes et ceci, pour l'une d'entre elle, est une situation stressante.

La travailleuse sociale des services courants, tous ses écrits sont passés au peigne fin, même à la loupe, même les erreurs de frappe, l'écriture, le point virgule. On n'a pas de secrétaire nous, on le fait à la main donc ça c'est le côté le plus fatiguant pour une travailleuse sociale. Tout le monde lit ce que vous avez fait, tandis que les travailleurs sociaux qui font du suivi vont écrire au dossier et elle le fait classer aux archives. Le médecin va peut-être lire quelques fois mais c'est pas tous les intervenants sociaux qui le lisent et parfois ça peut porter des jugements de valeur entre les collègues de travail et les intervenants de la prise de contact et ça c'est ce que moi j'ai trouvé le plus difficile d'adaptation. Mais quand les gens apprennent à connaître qui tu es, et en blague on peut leur dire, « j'aimerais aller fouiller moi aussi dans ton case load » voir comment tu écris.

Le climat de confiance semble une question d'appropriation et ce n'est pas toujours facile même à l'intérieur d'un groupe professionnel.

1.6.2 La cohésion

La notion de cohésion regroupe les facteurs qui font en sorte que les parties d'un tout sont intimement liées, par exemple, le partage d'orientations communes, de projets communs... Aux services courants, les intervenantes abordent très peu les concepts qui pourraient se rattacher à la notion de cohésion.

Cohésion intragroupe

Le fait que chaque groupe professionnel soit physiquement divisé en deux n'aide certainement pas à donner une cohésion aux groupes. En plus de cette barrière, chaque groupe vit certaines difficultés. Par exemple, parmi les infirmières, il existe des divergences d'opinion quant à leur rôle et à leur collaboration avec les médecins.

Il y a des infirmières qui ont peur d'être la servante du médecin alors que moi j'appelle plutôt ça une collaboration. Si le médecin te demande de faire un test de grossesse pour sa patiente, c'est toi qui va voir la patiente et qui va lui expliquer. Si le médecin te demande ça, il s'ensuit quelque chose dont tu vas avoir la responsabilité. Mais pour certaines infirmières, faire certaines choses c'était servir le médecin, comme installer des patients, les voir avant le médecin, faire les cultures de gorge. Quand tu vois le patient avant le médecin, tu fais tout ce que tu penses que le médecin va demander. Tu dis bien ce patient là, il va lui demander un test d'urine, bien tu fais ton petit bâtonnet, il va lui demander une hémoglobine parce qu'il te dit qu'il a saigné, tu lui en fais un, on a des appareils donc le médecin quand il arrive, tout est déjà là, il arrive quasiment au diagnostic différentiel tu sais.

Par contre chez les infirmières, il existe cette démarche d'adoption et d'adaptation d'un modèle conceptuel qui devrait intensifier la cohésion entre infirmières.

Quant aux travailleuses sociales, elles sont peu nombreuses et elles se sentent isolées des autres travailleuses sociales:

Au niveau du service courant, on est des travailleurs sociaux isolés des autres travailleurs sociaux. On est beaucoup entouré de médecins et d'infirmières et moi je trouve ça très enrichissant de travailler avec eux mais sur le plan psychosocial, j'ai une formation que je me dis il faut absolument qu'on soit soutenu avec d'autres travailleurs sociaux moi j'appelle ça une équipe, pour éviter le burn-out.

En ce qui a trait aux médecins, on souligne le caractère individualiste de ceux-ci:

Est-ce que dans le sens qu'ils ont plus de pouvoirs ou qu'ils sont plus absents? Ils pensent qu'ils ont plus de pouvoirs mais d'après moi, ils sont plus absents. Ils sont plus indépendants et encore là, quand je dis plus absents, il ne faudrait pas que je généralise, c'est que l'individualité est plus permise chez les médecins que chez tout autre type d'intervenants. Une infirmière qui serait très individualiste dans sa façon de travailler serait ramenée par l'équipe et par les structures. Tandis qu'un médecin lui, peut travailler 3 ans ici sans jamais parler à un intervenant.

Cohésion intergroupe

Tel que mentionné précédemment, il n'existe pas de forum commun de discussion sur des orientations communes ou des projets communs aux services courants de telle sorte que le sentiment d'appartenance semble plus relié au groupe professionnel qu'aux services courants. Ceci est propre à la logique professionnelle et reflète la situation que l'on retrouve habituellement dans les groupes professionnels. Par contre, la littérature sur les groupes de travail nous dit que le sentiment de cohésion se développe avec le temps et lorsque les lignes de communication sont ouvertes et que l'on se donne des lieux de partage.

J'ai perçu ça quand même assez fort ici aux services courants de la part des intervenants que chaque intervenant se référait beaucoup, avait comme centre d'identité, beaucoup les autres de sa profession? Oui, c'est quasiment des pièces séparées.

Chaque groupe professionnel discute de ses orientations et protège ses prérogatives et son autonomie. Même s'il ne semble pas y avoir une forte cohésion, les intervenantes insistent sur la qualité des relations interpersonnelles. Les intervenantes se sentent respectées, si elles ont à demander des informations, des conseils ou de l'expertise, elles disent qu'elles sont toujours bien reçues:

Mais en général les médecins, moi je pense que c'est bien, je pense que j'ai développé une belle collaboration avec les médecins d'ici. Quand je consulte, j'ai pas l'impression qu'ils me regardent comme je suis pas compétente et pas capable de me débrouiller toute seule, non je pense qu'ils sont aidants à ce niveau là.

En résumé, le climat aux services courants est un bon climat. Au niveau de la cohésion telle que nous la définissons, c'est-à-dire le partage d'orientations communes, elle est peu présente que ce soit à l'intérieur des groupes ou entre les divers groupes de professionnelles.

1.7 L'environnement social et culturel

1.7.1 Le système professionnel

Dans cette partie, deux thèmes sont abordés soit l'orientation à la collaboration et le partage des juridictions. Le premier présente l'ouverture exprimée par les intervenantes envers la collaboration ainsi que la valeur qu'elles y accordent. Le deuxième point traite de la manière dont les zones frontières de juridiction professionnelle sont partagées par les différents groupes professionnels.

1.7.1.1 Orientation envers la collaboration

La façon de concevoir la collaboration est marquée par les expériences passées. Certaines intervenantes possèdent une longue expérience en CLSC, d'autres moins. Il semble y avoir une plus grande croyance en la collaboration interprofessionnelle chez les intervenantes qui ont eu peu d'expérience et elles semblent plus disposées, plus ouvertes. Par contre, ces dernières ne ressentent pas vraiment le besoin de travailler davantage en collaboration. Leur fonctionnement actuel basé sur des discussions informelles paraît satisfaisant. Certaines aimeraient participer à des discussions multiprofessionnelles, mais sans trop savoir quelle en serait la pertinence.

Ce serait un plus s'il y en avait mais peut-être pas un besoin pressant, c'est sûr que ce serait un plus, ce serait l'idéal qu'il y ait des discussions de cas, que la travailleuse sociale soit là, que le médecin qui suit le patient soit là, que nous on soit là, pour certains cas oui, pas pour tous les cas, c'est vraiment les cas problèmes.

Par contre, d'autres n'y croient pas tellement:

On parle de concertation, est-ce que ça ne devient pas un peu utopique de penser que ça reste la base de l'intervention en CLSC? Moi je pense que pour la majorité des cas c'est utopique fondamentalement et je pense que ça a toujours été utopique. Même si les intervenants avaient beaucoup de temps pour en discuter, ça n'amenait pas une modification dans le plan d'intervention parce que chacun y allait de sa petite idée, ce n'était pas ramassé et il n'y avait pas une concertation certaine pour dire bien voilà, on a tous donné notre idée, on va dans telle ligne. On y va dans ce sens là dans les cas dits problématiques ou les cas à multi-problématiques interreliées où il faut vraiment qu'on dise ça suffit, qu'est-ce qu'on fait dans ce cas là? Les autres cas sont vus selon la lunette de l'intervenant, quand il a une difficulté, il demande toujours de l'aide à l'autre, que la difficulté nécessite l'éclairage d'un professionnel de même formation ou l'éclairage d'une autre formation et ça c'est spontané et qu'il y ait de l'ouvrage ou pas d'ouvrage, ça se fait.

En ce qui a trait aux médecins, leur situation est particulière parce qu'ils ont vécu diverses expériences de collaboration à l'intérieur même du CLSC puisqu'ils sont appelés à travailler dans les différents programmes du CLSC. Il semble que la majorité des médecins ont vécu difficilement ces expériences, particulièrement en regard des discussions de cas, que ce soit au MAD à l'intérieur des équipes de secteur ou au programme Enfance-Famille au projet OLO, ils ont eu le sentiment de ne pas être utilisés adéquatement et de perdre leur temps. Le chef de médecine a d'ailleurs de la difficulté à trouver, parmi son personnel, des médecins qui acceptent d'être assignés à des rencontres multidisciplinaires formelles. Il semble que les médecins ont une vision différente de la collaboration:

Plus une rencontre est bien planifiée, plus les médecins sont coopératifs. On est comme ça de toute façon, pragmatiques, c'est notre formation vite, vite, vite. Tu règles le cas, tu t'en vas si tout est compris. Plus c'est long et vague et non médical, plus tu perds de l'intérêt.

D'autres intervenantes conçoivent la collaboration comme un échange d'expertise, un échange d'information ou de l'aide mutuelle occasionnelle. Une intervenante conçoit la collaboration comme un partage au niveau du plan d'intervention.

Je pense que l'équipe multi. est intéressante quand tu suis un usager par rapport au plan d'intervention. Et pour faire un plan d'intervention qui se tient, il faut que tu sois impliqué dans le cas. Je crois à l'équipe multi. ou au partage des professionnels vis-à-vis un bénéficiaire. L'équipe multi. pour l'équipe multi., pour moi c'est vide de sens.

Cette autre intervenante fait entrer la notion de clients avec problèmes multiples comme un élément qui justifierait une collaboration plus intense. Il faudrait voir aux services courants la proportion de clients qui nécessitent une intervention plus lourde en raison de leur situation. Peut-être que la proportion de clients qui vient pour des problèmes ponctuels influence-t-elle la conception et les mécanismes de collaboration?

La question de la faisabilité revient fréquemment comme étant un obstacle en ce sens que les intervenantes ne disposent pas du temps requis pour échanger, même informellement, la majorité étant enfermée dans des grilles horaires rigides.

Les répondantes mentionnent que pour travailler en collaboration, cela nécessite une ouverture d'esprit avant tout. Même si des structures sont mises en place, la collaboration passe d'abord par l'ouverture des personnes. Des habiletés de communication sont aussi importantes et il demeure, selon les répondantes, que la personnalité des individus influence l'ouverture à la collaboration. La notion d'échange aussi est présente.

C'est sûr que si tu donnes de ta collaboration à toi, les autres vont t'en donner aussi, il faut être disponible aux autres parce que si les gens te demandent des choses et que tu dis toujours non ou tu n'es pas disponible, quand toi tu vas arriver devant eux autres, c'est pour ça que je trouve que c'est plus un état d'esprit.

Une autre intervenante mentionne que la collaboration sert aussi à recevoir de la gratification et à se sentir valoriser. La valeur de la collaboration est perçue pour la clientèle mais une seule personne interviewée le mentionne.

On mentionne aussi que la différenciation intraprofessionnelle influence la collaboration. Par exemple, une intervenante qui a beaucoup d'habileté par rapport à certaines clientèles ou à certaines problématiques ira plus loin dans son intervention et demandera moins d'aide de la part des autres intervenantes. Il est évident que si l'on considère la collaboration essentiellement comme un partage au niveau de l'expertise, une personne ayant plus d'expertise dans un domaine demandera moins d'aide et trouvera moins pertinent de collaborer.

L'orientation à la collaboration semble donc influencé par les expériences passées, par la conception que l'on se fait de la collaboration, par l'ouverture des individus à collaborer et par l'intérêt et l'expertise développée dans un domaine.

1.7.1.2 Partage des juridictions

Dans cette partie, nous tenons pour acquis que chaque groupe professionnel possède son champ d'exercice exclusif. Nous discuterons uniquement des zones de partage et des zones conflictuelles. Il semble y avoir un questionnement constant et une réflexion soutenue de la part des professionnelles quant à l'étendue de leur territoire, quant aux zones de partage. Cette réflexion peut avoir lieu dans le cadre d'une démarche collective ou encadrée, mais elle nous a semblé davantage l'objet d'une réflexion individuelle.

La question des territoires professionnels n'apparaît pas, dans les faits, être une source importante de conflits. Comme on l'a mentionné dans d'autres programmes, la tâche est tellement lourde qu'une collaboration permet un allègement de la tâche, ce qui est fort apprécié. Cette situation n'empêche cependant pas la défense d'une juridiction, au moins au niveau des principes, si elle est menacée.

La question la plus importante qui se pose, dans les services courants comme dans la majorité des services de première ligne, est la question du partage des responsabilités entre médecins et infirmières en vue d'une meilleure efficacité des services. La question se pose aussi au CLSC à l'étude. Elle a partiellement été répondue par l'instauration du poste d'infirmière à la garde. En effet, le personnel cadre a demandé à une infirmière d'instaurer un tel projet dans le but premier d'une utilisation plus rationnelle des ressources financières, pas uniquement au niveau du CLSC mais dans le contexte social où les médecins coûtent plus cher à la société que les infirmières. Au niveau du CLSC, la ressource infirmière coûte plus cher puisque son salaire vient du budget du CLSC et non de la RAMQ, comme c'est le cas pour les médecins.

Les médecins ont accepté qu'une infirmière prenne certaines initiatives dans le triage et la réponse aux clients qui se présentent sans rendez-vous aux services courants. L'infirmière fait une première évaluation et dirige le client ou non vers le médecin. Dans le cadre du système actuel, cette responsabilité revient en général aux médecins, car la notion de diagnostic médical est identifiée à ce travail. Les médecins, pour accepter une telle délégation, doivent faire confiance à la personne à qui il délègue une telle responsabilité et être assurée de sa compétence. L'infirmière a instauré cette fonction sur la pointe des pieds pour ne pas brusquer les médecins qui risquaient de se braquer contre le projet. Elle a dû faire ses preuves et elle a accepté de jouer le jeu. Cette délégation des tâches semblent davantage basée sur l'individu que sur une entente formelle de partage des responsabilités. On a d'ailleurs mentionné

précédemment que cette fonction n'a pu être concrétisée dans un autre pavillon avec d'autres individus.

La mise sur pied du support à la garde pourrait, dans le présent contexte, être conçue comme un échange entre les médecins et les infirmières. En effet, les médecins trouvent souvent contraignant de ne pas pouvoir profiter de la présence d'une infirmière pour les assister lors des cliniques. Les infirmières des services courants, par contre, ne veulent pas servir de « servante » au médecin. Le support à la garde apparaît comme le résultat d'une négociation sans toutefois que les termes en soient précisés. L'infirmière peut prendre certaines initiatives et recevoir des clients sans rendez-vous, exécuter des tests diagnostiques et faire l'enseignement aux clients, ce qui rend son travail plus intéressant, en échange de quoi, elle assiste le médecin dans des tâches plus routinières tel que prélèvements, tests de grossesse, prise de signes vitaux... L'infirmière semble plus satisfaite de son travail puisqu'elle peut mener son action à terme, le médecin est aussi plus satisfait car il se sent épaulé dans son travail. Il semble que ce soit un exemple bien réussi de partage des responsabilités qui favorise la collaboration interprofessionnelle. Cette réussite est tributaire d'individus qui ont su instaurer une relation de confiance et faire reconnaître leur compétence.

On a délégué certains pouvoirs à l'infirmière de garde pour pouvoir recevoir des patients, les congédier sans consulter le médecin, même commencer certains traitements de base, c'est pas très avancé mais c'est quelque chose pour elle quand même, on ne s'est pas objecté à ça du tout, ça nous soulage. Je n'ai pas eu de médecin qui m'a dit écoute, elle fait des tâches médicales. Je suppose que si un jour ils veulent tous nous remplacer par des nurses practitioners, peut-être qu'on va faire des problèmes.

X a sa vision de sa job et elle prend des initiatives qui sont tout le temps correctes et posées. Si elle ne le sait pas, elle le demande. Un moment donné, il y avait une infirmière qui est venue au service courant et, j'ai entendu ça par d'autres infirmières, pour elle faire du support à la garde, il n'en était pas question parce qu'elle se sentait comme la servante du médecin, c'était comme par principe, elle ne se donnait pas ce rôle du tout. Ça faisait référence à un ancien rôle. Moi quand je travaille avec X, je ne le vois pas comme ça, je ne la vois pas comme inférieure, c'est sûr qu'elle m'aide à être plus efficace mais c'est une collaboration parce qu'elle fait les trucs qu'elle peut faire et je fais les trucs que je peux faire.

Au niveau politique, les corporations professionnelles ont tendance à réclamer davantage que les intervenantes sur le terrain. Par exemple, chez les infirmières, la corporation professionnelle, à l'automne 1995, a profité de la conjoncture de la réforme du système de santé pour mettre de l'avant et vendre aux infirmières le rôle de « nurse practitioner ». Pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la fonction de triage n'est pas une fonction qui est déléguée par les médecins mais qui appartient aux infirmières selon la loi des infirmières. Nous n'entrerons pas dans ce débat, mais nous apportons ce point pour souligner l'influence des corporations professionnelles sur la collaboration dans les milieux et pour noter le fait que le discours des corporations n'est pas toujours suivi par les intervenantes. Dans ce cas-ci, les infirmières et les médecins ne semblent pas très influencés par ce discours au regard de l'adoption de ce rôle précis. En effet, les médecins trouvent que cette délégation allège leur fardeau et les infirmières disent ne pas vouloir rapatrier plus de responsabilités par rapport aux champs de délégation des actes médicaux. Elles en ont suffisamment et elles préfèrent mettre plus d'énergie et de créativité à l'intérieur des responsabilités qu'elles détiennent déjà de par leur formation et leur fonction d'infirmière, notamment au niveau de l'élaboration de programme.

Les zones de partage entre les médecins de famille et les infirmières sont de plus en plus floues. Les infirmières poussent plus loin leur formation et leurs interventions et les médecins de famille se sentent à l'étroit par rapport aux médecins spécialistes.

L'Association des médecins omnipraticiens va s'enligner vers ça, le travail d'équipe et de concertation et les médecins vont devoir apprendre à gérer des dossiers si on veut ou à gérer des patients ou à être la plaque tournante pour les soins d'un patient. En tout cas, c'est la vision de cette association là et je pense que c'est réaliste.

On a fait un atelier de réflexion au niveau d'un programme de perfectionnement sur la polyvalence chez les médecins de famille et vers quoi est-ce qu'on s'en va face à la profession qui se spécialise de plus en plus... Tu regardes les infirmières qui vont chercher de la formation, tout le monde va chercher des champs de compétence pointue. Je regarde le dossier de sages-femmes, les gens ont peur de ce qui est nouveau mais il faut peut-être justement apprendre à définir c'est quoi du travail ensemble, on est capable d'avoir chacun notre place. Là, tu as l'impression que tout le monde essaie de gruger la place de tout le monde, effectivement ça n'avance pas.

D'autres intervenantes, à l'encontre de réclamer plus de responsabilités, pensent qu'on leur en attribue parfois trop. Par exemple, une intervenante mentionne que l'on ne connaît pas très bien le rôle de la travailleuse sociale à qui on réfère des clients qui ont besoin de services plus spécialisés, tel que des services de psychiatrie. La travailleuse sociale est alors placée dans une situation où elle ne se sent pas la compétence d'intervenir adéquatement. On peut facilement concevoir que le manque de ressources peut amener ces situations entre autre en santé mentale où la « désinstitutionnalisation » a fait en sorte de retourner des clients dans des milieux de vie où il n'y a pas toujours les ressources suffisantes.

Sur les lieux de travail, les professionnelles ne réclament pas d'ajout, elles ont habituellement une charge de travail suffisamment importante et elles y pensent à deux fois avant de revendiquer de nouvelles responsabilités. Elles désirent d'abord bien faire le travail pour lequel elles ont été formées. On défend toutefois son territoire s'il est menacé.

1.7.2 L'environnement social et politique

Les influences venant de l'extérieur du CLSC sont nombreuses dans cette période de transformation du système de santé. Tel que mentionné, une modification importante des pratiques entrera bientôt en vigueur au CLSC à l'étude, soit l'arrivée d'Info-Santé. Ce système de réception des demandes téléphoniques de consultation ou de référence était, jusqu'à l'automne 1995, centralisé. Une décision politique de décentraliser cette fonction a été prise par la Régie régionale.

La Régie a aussi décidé de confier aux infirmières la responsabilité de répondre à ces demandes téléphoniques qu'elles soient de l'ordre du social ou du médical. Or, dans le CLSC à l'étude, cette fonction est séparée en deux soit: le volet médical et le volet social, ce qui signifie que les travailleuses sociales qui faisaient la prise de contact devaient voir leurs responsabilités modifiées. En réalité, on a implanté un cheminement des demandes qui fait en sorte qu'une demande identifiée au départ comme une demande sociale, est prise par les travailleuses sociales alors qu'une demande non identifiée comme sociale ou santé, est prise par les infirmières. On prévoit qu'il peut y avoir certaines résistances de la part des travailleuses sociales mais on prévoit aussi des espaces de collaboration:

Ce qui est prévu, pour le moment, au niveau régional, c'est que ce soit les infirmières qui fassent l'Info-Santé. On sait qu'on va avoir de la résistance au changement parce que ça a toujours été fait sur le volet social exclusivement, le volet santé étant perdu un peu partout dans le CLSC. On sait aussi qu'il va quand même falloir avoir des évaluations approfondies au niveau social donc l'équipe devrait être une équipe d'infirmières bachelières et de travailleuses sociales, une équipe de prise de contact interreliée.

Ceci est un exemple d'une modification imposée de l'extérieur et qui peut avoir des répercussions majeures sur la collaboration que ce soit au niveau du climat de l'équipe, de la remise en question des responsabilités déjà partagées... Le système

de santé est actuellement en pleine restructuration, nous pouvons facilement imaginer l'impact sur la collaboration qu'elle soit interprofessionnelle ou intersectorielle.