

2 n 11. 2856.3

Université de Montréal

La collaboration entre les infirmières d'un centre hospitalier (CH)
et d'un centre local de services communautaires (CLSC)
dans le cadre du congé précoce en postnatal

Par

Karina Daigle

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières



Décembre 2000

© Karina Daigle, 2000

WY

5
W58

2001

10,009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La collaboration entre les infirmières d'un centre hospitalier (CH)
et d'un centre local de services communautaires (CLSC)
dans le cadre du congé précoce en postnatal

Présenté par
Karina Daigle

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Andréa Maria Laizner, présidente
Lise Goulet, membre du jury
Danielle D'Amour, directrice de mémoire

Mémoire accepté le

Sommaire

Le but de l'étude est de comprendre le processus de collaboration interétablissements tel qu'il se vit entre les infirmières de centres hospitaliers (CH) et de centre local de services communautaires (CLSC) dans le cadre du congé précoce en postnatal. Cette étude trouve son importance dans le fait que la restructuration du réseau de la santé issue du virage ambulatoire favorise l'instauration d'un réseau de services de santé plus interactif, où les murs entre les établissements de santé s'estompent créant ainsi de nouvelles relations interétablissements.

La recension des écrits sur la collaboration entre les infirmières de milieux hospitaliers et de milieux communautaires dans le cadre du congé précoce en postnatal nous a démontré l'existence de peu d'études portant sur le sujet. Les quelques recherches identifiées démontrent que la collaboration, au moyen d'une entente formelle entre les établissements de santé, assure une qualité des soins accrue à la mère et au nouveau-né en période postnatale. Toutefois, ces études ne permettent pas de comprendre en profondeur la nature de la collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC.

Afin d'approfondir notre compréhension de ce phénomène, nous avons choisi un devis d'étude de cas unique afin de discerner, non seulement les perceptions des infirmières du CH et du CLSC impliquées dans ces relations interétablissements, mais également leur contexte d'action. Un CH et un CLSC ayant établi une entente formelle interétablissements ont participé à la recherche. Trois sources de données ont été utilisées : des entretiens individuels avec une infirmière gestionnaire et trois infirmières

soignantes oeuvrant au CH et deux infirmières gestionnaires et deux infirmières soignantes oeuvrant au CLSC, la consultation de documents cliniques et administratifs et la rédaction de notes de terrain. La collecte de données a été réalisée sur une période de trois mois. L'analyse des données a été effectuée selon l'approche de Huberman et Miles (1991) où la collecte de données et les activités analytiques constituent une démarche continue et interactive. De plus, le cadre de référence utilisé dans cette étude, soit le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) inspiré de l'approche organisationnelle telle que proposé par Friedberg (1993), sert d'armature intellectuelle à quiconque désire mieux comprendre et analyser le processus de collaboration défini comme une action collective.

La présente étude confirme la pertinence des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) afin de saisir les contraintes et les enjeux dans le contexte de la collaboration interétablissements. Les résultats obtenus révèlent que les mécanismes formels de collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC favorisent une meilleure accessibilité aux services de santé en période postnatale pour la mère et le nouveau-né. Les résultats démontrent que l'établissement d'une entente formelle est la conséquence d'un processus où les infirmières gestionnaires ont appris à se connaître et à se faire confiance. Ce processus d'interconnaissance au niveau administratif doit également se réaliser au niveau clinique pour que les infirmières soignantes apprennent elles aussi à se connaître. Enfin, cette étude suggère des recommandations pouvant répondre aux interrogations des milieux désireux de réussir cet arrimage interétablissements.

Tables des matières

SOMMAIRE	i
TABLES DES MATIÈRES.....	iii
DÉDIDACE.....	vii
REMERCIEMENTS	viii
CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE	1
LE BUT DE LA PRÉSENTE ÉTUDE	8
LES QUESTIONS DE RECHERCHE	8
CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS	9
LE CONGÉ PRÉCOCE EN POSTNATAL	10
<i>L'origine et la définition.....</i>	<i>10</i>
<i>Les avantages et les inconvénients sur la santé de la mère et du nouveau-né</i>	<i>12</i>
<i>Les connaissances actuelles sur le congé précoce en postnatal.....</i>	<i>14</i>
<i>Les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né après le congé précoce.....</i>	<i>15</i>
LA COLLABORATION INTERÉTABLISSEMENTS	21
<i>Le concept d'intégration</i>	<i>21</i>
<i>Les réseaux intégrés de services de santé</i>	<i>23</i>
<i>L'évolution du concept de la collaboration.....</i>	<i>27</i>
LE MODÈLE DE STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	33
<i>L'approche organisationnelle de Friedberg</i>	<i>34</i>
<i>Les prémisses à l'action collective.....</i>	<i>34</i>
<i>Les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle</i>	<i>35</i>
LA COLLABORATION INTERÉTABLISSEMENTS DANS LE CADRE DU CONGÉ PRÉCOCE EN POSTNATAL	41
.....	41
<i>Les ententes établies entre les CH et les CLSC</i>	<i>41</i>

<i>La culture organisationnelle</i>	44
<i>La connaissance mutuelle entre les infirmières de CH et de CLSC</i>	47
<i>L'établissement d'une relation de confiance</i>	48
<i>Le partage des responsabilités professionnelles</i>	50
<i>La résolution des conflits interétablissements</i>	51
CHAPITRE III : LA MÉTHODOLOGIE	53
LE PARADIGME CONSTRUCTIVISTE	54
LE DEVIS DE L'ÉTUDE	54
SÉLECTION DES MILIEUX DE LA RECHERCHE	57
<i>Sélection des participantes</i>	58
LE DÉROULEMENT GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	61
LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES	62
<i>L'entretien semi-structuré</i>	62
<i>L'analyse documentaire</i>	63
<i>Les notes de terrain et le journal de bord</i>	64
LE PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES	65
<i>La condensation des données</i>	66
<i>La présentation des données</i>	68
<i>L'élaboration et la vérification des conclusions</i>	68
LA RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE	69
LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	71
CHAPITRE IV : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	72
SÉLECTION ET DESCRIPTION DES MILIEUX À L'ÉTUDE	73
<i>La description du CH à l'étude</i>	74
<i>La description du CLSC à l'étude</i>	75

RÉSULTATS RELATIFS AUX QUESTIONS DE RECHERCHE	76
<i>La formalisation de la collaboration interétablissements</i>	76
<i>La finalisation de la régulation de la collaboration interétablissements</i>	89
<i>L'intériorisation de la collaboration interétablissements</i>	92
<i>La délégation de la régulation de la collaboration interétablissements</i>	100
<i>Les facteurs organisationnels</i>	104
CHAPITRE V : LA DISCUSSION	109
<i>La formalisation de la collaboration interétablissements</i>	110
<i>La finalisation de la régulation de la collaboration interétablissements</i>	115
<i>L'intériorisation de la collaboration interétablissements</i>	117
<i>La délégation de la régulation de la collaboration interétablissements</i>	119
<i>Les principaux facteurs organisationnels</i>	121
<i>Implications pour la pratique infirmière</i>	122
<i>Implications pour la recherche</i>	124
<i>Recommandations</i>	126
<i>Les limites de l'étude</i>	128
<i>Conclusion</i>	129
LES RÉFÉRENCES	131
APPENDICES	141
<u>Appendice A</u>	142
Lettre expliquant le projet à l'étude.....	142
<u>Appendice B</u>	145
Formulaire de consentement pour participer à l'étude	145
<u>Appendice C</u>	148
Guides pour les entretiens	148

<u>Appendice D</u>	154
Grille d'analyse de la feuille de continuité des soins.....	154
<u>Appendice E</u>	157
La matrice de la codification.....	157
<u>Appendice F</u>	159
Lettre du comité d'éthique de l'Université de Montréal.....	159

Dédidace

À toutes ces infirmières

dont l'amour, le dévouement et le professionnalisme soutiennent les
nouveaux parents dans l'expérience entourant la naissance de leur enfant.

Remerciements

À madame Danielle D'Amour, Ph.D., professeur adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, je désire exprimer ma profonde reconnaissance. Madame D'Amour a su transmettre sa passion pour l'organisation et la gestion des soins infirmiers et a suscité à la fois rigueur et patience dans la réalisation de ce mémoire. Elle a contribué de façon exceptionnelle en offrant une générosité et une énergie peu commune.

Je veux également remercier de façon bien spéciale, les infirmières des deux établissements de santé qui ont accepté de participer à cette étude et ont contribué ainsi au développement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières.

Enfin, j'exprime ma profonde gratitude à mes parents Ghislaine et Raynald, à mes beaux-parents et à mes amies Manon et Marcela pour leur soutien indéfectible et leur encouragement tout en long de ce cheminement. Je remercie du fond du cœur mon conjoint Éric pour sa grande générosité. Il fut pour moi une aide inestimable ...

À ma fille Victoria, qui a su me rappeler que dans notre vie le processus d'apprentissage demeure un long parcours inachevé, mais avec détermination nous pouvons tout réussir!

Enfin à tous mes ami(es) qui ont su m'encourager, un merci des plus chaleureux!

Chapitre I : La problématique

Dans le cadre de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, le virage ambulatoire en périnatalité s'est principalement manifesté par la réduction du temps d'hospitalisation, lors de la naissance d'un enfant. En effet, la durée de séjour en postnatal s'est grandement modifiée depuis le début des années 1990 (Beck, 1991 ; Bennett & Tandy, 1998 ; Evans, 1991). L'avènement du virage ambulatoire a permis de concrétiser et de renforcer cette pratique au Québec. Deux raisons principales ont motivé le court séjour en postnatal. D'une part, le contexte économique a conduit à des restructurations budgétaires importantes dans le secteur de la santé en général (Arnold & Bakewell-Sachs, 1991 ; Beck, 1991 ; Britton, 1998 ; Brooten, 1995 ; Brown & Towne, 1996 ; Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1997 ; Frank-Hanssen, Hanson, & Anderson, 1999 ; Williams & Cooper, 1996). D'autre part, le changement d'attitude de la société qui considère la maternité comme un processus naturel a entraîné une «démédicalisation» de l'accouchement en réduisant les interventions médicales jugées non nécessaires si la naissance se déroule sans complication (Arnold & Bakewell-Sachs, 1991 ; CÉTSQ, 1997 ; Locks & Ray, 1999).

Au Québec, la durée moyenne du séjour hospitalier total d'une femme, lors d'un accouchement vaginal sans complication, a diminué de 29% entre 1993-1994 et 1997-1998, passant de 3,4 à 2,4 jours (CÉTSQ, 1997 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000). Au cours de la même période, le séjour hospitalier moyen d'une femme, après une césarienne sans complication, a été réduit de 27% passant de 5,8 à 4,2 jours (CÉTSQ, 1997 ; MSSS, 2000). Cette diminution de la durée de séjour se traduit dans la pratique par le concept de congé précoce en postnatal. Celui-ci se définit comme étant

un séjour hospitalier de 48 heures ou moins après un accouchement vaginal normal et de 96 heures ou moins après une césarienne sans complication (CÉTSQ, 1997 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Le congé précoce en postnatal suscite l'émergence et le développement de nouvelles pratiques de soins mère-enfant pour assurer le suivi des familles suite à la naissance d'un enfant, autant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire (Braveman, Ergeter, Pearl, Marchi, & Miller, 1995). Il devient alors essentiel de définir les rôles et de partager les responsabilités entre chacun des milieux de soins afin d'harmoniser et d'assurer une meilleure continuité des soins et des services de santé entre l'hôpital et le domicile (Bakewell-Sachs & Armstrong Persily, 1995 ; MSSS, 1999).

En effet, selon le MSSS (1999), l'une des conditions essentielles à la mise sur pied du congé précoce en postnatal suppose une réorganisation des soins infirmiers offerts à la mère et au nouveau-né qui concerne, entre autres, un transfert de ressources des centres hospitaliers vers les CLSC. Cette réorganisation s'appuie sur l'approche du virage ambulatoire qui a constitué l'un des axes prioritaires de la réforme du système de santé québécois, durant cette dernière décennie. Ce processus de changement vise à orienter vers le milieu de vie des personnes, plusieurs soins et services traditionnellement dispensés en cours d'hospitalisation, afin d'accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé (Fédération des CLSC du Québec, 1995 ; Fournier, 1999 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997). Cette transformation veut encourager l'établissement d'un réseau intégré de soins et de services pour favoriser une qualité, une accessibilité et une continuité optimales des soins et des services pour les

personnes et leur famille, tout en maximisant leur autonomie (Association des hôpitaux du Québec, 1995). Également, les lignes directrices nationales concernant les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale recommandent que toutes les femmes aient accès à des soins appropriés, adaptés à leurs besoins, et que ces soins soient offerts aussi près de leur milieu naturel (Santé Canada, 2000). Pour le système de santé québécois, la mise sur pied d'un tel réseau intégré de soins et de services en périnatalité représente un véritable défi car il provoque l'éclatement des frontières interétablissements. En effet, le développement de nouveaux liens interétablissements s'avère essentiel suite au virage ambulatoire où l'on abolit virtuellement les murs entre les établissements de santé, en demandant à des professionnels et à des gestionnaires de poursuivre des objectifs communs et d'assurer ce continuum de services intégrés (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998). Cette situation crée une interdépendance entre les différents acteurs du réseau, une interdépendance qui nécessite la collaboration de chacun des professionnels (MSSS, 1997). Cette collaboration doit s'appuyer sur une vision collective des besoins de la clientèle, sur une philosophie commune d'interventions, ainsi que sur la reconnaissance et le respect du rôle et de la mission de chacun des acteurs (Fédération des CLSC du Québec, 1996).

Bien que les orientations du système de santé québécois favorisent le développement d'un réseau intégré en périnatalité à l'intérieur duquel s'insère le congé précoce en postnatal et que la collaboration ressort comme un préalable à la mise en place de ce réseau, il appert que certaines difficultés sont vécues entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire. Les écrits actuels sur la continuité des soins en

périnatalité révèlent très souvent un fonctionnement parallèle, occasionnant de la duplication et de la fragmentation dans les soins et les services de santé (Bakewell-Sachs & Armstrong Persily, 1995). En effet, dans la région montréalaise, une étude présentement en cours de réalisation sur l'évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le cadre du congé précoce en obstétrique démontre que 33% des mères bénéficient d'un suivi téléphonique double de l'infirmière de CH et de l'infirmière de CLSC, les deux premières semaines suivant leur congé de l'hôpital (Goulet, D'Amour, Pineault, Séguin, & Bisson, 2000).

De plus, un manque de collaboration interétablissements peut diminuer l'accessibilité aux soins et aux services en engendrant des délais importants entre le moment où les mères quittent le CH et celui où elles reçoivent un premier appel d'une infirmière. En effet, même si la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000) mentionne la nécessité de téléphoner à toutes les mères dans les 24 heures suivant leur congé précoce et de visiter celles-ci entre un à trois jours après le retour à la maison, il persiste encore des délais considérables. L'étude de Goulet et al. (2000) démontre que seulement 44% des mères reçoivent la visite de l'infirmière et ce, dans un délai pouvant atteindre 14 jours après leur sortie de l'hôpital. Ces délais dans la prestation des modalités de suivi postnatal peuvent se répercuter sur la santé de la mère et du nouveau-né. En effet, la réceptivité limitée de la mère à l'enseignement lors de l'hospitalisation et le manque de temps des infirmières pour effectuer celui-ci entraînent la nécessité de supporter et d'éduquer la mère en période postnatale immédiate dans la communauté, soit dans les 24-48 heures suivant son congé du CH (Ament, 1990 ;

Bennett & Tandy, 1998 ; Brown & Johnson, 1998 ; Evans, 1991; Holden, Josephs, & Scantlebury, 1996). Ainsi, plusieurs problèmes d'allaitement maternel, de perte de poids et d'ictère chez le nouveau-né, d'insécurité parentale, de fatigue et de dépression chez la mère peuvent être résolus plus rapidement (Bennett & Tandy, 1998 ; Biancuzzo, 1997 ; Carty, Bradley, & Winslow, 1996 ; Dowswell, Piercy, Hirst, Hewison, & Lilford, 1997).

La collaboration interétablissements, dans le cadre du congé précoce en postnatal, a été relativement peu étudiée (CÉTSQ, 1997 ; Montreuil, 1997 ; Ste-Marie, 1998). L'étude de Ste-Marie (1998) visait à dresser le portrait des services postnataux sous l'angle de la collaboration entre les CH et les CLSC du Québec. Ste-Marie (1998) mentionne que les CLSC où il existe une entente formelle avec des centres hospitaliers accoucheurs effectuent plus systématiquement des contacts téléphoniques à toutes les mères et ce, de façon plus précoce, soit 48 heures et moins après leur sortie du CH. Ils offrent des visites systématiques à un plus grand nombre de mères et ce, dans un délai beaucoup plus rapide que pour les autres CLSC, soit dans la première semaine. L'existence d'ententes interétablissements semble influencer positivement la collaboration et favoriser l'accessibilité aux soins et services de santé offerts à la clientèle.

Quant à la collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal, aucune étude n'a pu être répertoriée. Il est important d'examiner plus en profondeur les conséquences du congé précoce en postnatal sur la pratique des infirmières œuvrant en milieu hospitalier et en milieu communautaire (Gupton & Mackay, 1995 ; Rush & Valaitis, 1992). Bakewell-Sachs et Armstrong

Persily (1995) mentionnent que les infirmières sont dans une position clé pour faciliter ce lien entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire à travers le continuum de la périnatalité. Cependant, certaines difficultés à collaborer peuvent survenir car ces infirmières proviennent de deux milieux de soins différents aux cultures, finalités et pratiques distinctes. Les recherches deviennent nécessaires pour mieux comprendre le processus de collaboration interétablissements dans divers secteurs d'activités de soins, comme les soins mère-enfant (Polivka, 1997). La collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal semble alors un domaine tout indiqué pour poursuivre le développement de connaissances. Dans un premier temps, il paraîtrait à propos de comprendre comment ces infirmières parviennent à collaborer afin de favoriser l'émergence de pratiques infirmières efficaces qui, évitant la fragmentation et le dédoublement des services de santé offerts à la mère et au nouveau-né en période postnatale, augmenteraient ainsi leur accessibilité.

D'Amour (1997) propose un modèle intitulé: modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle convient bien à cette étude puisqu'il permet d'analyser et de comprendre en profondeur le processus de collaboration. Bien que ce modèle fut réalisé dans le cadre d'une étude sur la collaboration au sein d'équipes interprofessionnelles, D'Amour (1997) mentionne qu'il serait approprié de reprendre le modèle de structuration de la collaboration pour comprendre d'autres contextes de collaboration comme celle entre les infirmières de deux établissements de santé. Ce modèle s'inspire de l'approche organisationnelle de Friedberg (1993), où la collaboration est conçue comme un ensemble de processus d'interactions desquels naît

une action collective entre des partenaires en situation d'interdépendance. Il permet d'analyser le processus de collaboration et d'en comprendre les dynamiques à travers les quatre dimensions suivantes : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et finalement la délégation. Ces quatre dimensions interagissent et s'influencent entre elles, lors de toute action collective ; leur intensité et leur mise en œuvre varieront selon les contextes.

Le but de la présente étude

La présente étude vise la compréhension du processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal afin de favoriser la continuité du suivi postnatal. Pour l'atteindre, nous tenterons de répondre à deux questions de recherche.

Les questions de recherche

1. Quel est le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal ?
2. Quels sont les facteurs organisationnels qui favorisent ou qui entravent le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal ?

Chapitre II : La recension des écrits

Ce chapitre présente la recension des écrits ainsi que le cadre de référence de l'étude. Dans la recension des écrits, les thèmes suivants sont abordés : le concept du congé précoce en postnatal et celui de la collaboration interétablissements en le situant dans le contexte des réseaux intégrés des services de santé, par une présentation du cadre de référence à l'étude à savoir, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) où les quatre dimensions du modèle sont exposées et décrites. Ce chapitre se termine en synthétisant les écrits pertinents sur le congé précoce en postnatal en lien avec les quatres dimensions du modèle.

Le congé précoce en postnatal

Cette première partie du chapitre de la recension des écrits aborde le concept de congé précoce en postnatal. Ainsi, l'origine et la définition du congé précoce en postnatal, les avantages et les inconvénients sur la santé de la mère et du nouveau-né, les connaissances actuelles sur le congé précoce en postnatal et les modalités de suivi sont exposés dans les paragraphes suivants.

L'origine et la définition

Le concept du congé précoce en postnatal apparaît dès les années 1940. En effet, en 1943, le séjour hospitalier en postnatal aux États-Unis dure dix jours. Guerrero, un médecin de l'époque, émet la possibilité d'accorder le congé en toute sécurité pour la mère et son enfant après une période variant entre deux et cinq jours, en autant qu'un suivi postnatal à domicile soit effectué (Beck, 1991). C'est d'ailleurs dans ce pays que l'idée de diminuer la durée de séjour en postnatal voit le jour. Ainsi, aux États-Unis,

cette pratique se répand depuis plus de 40 ans (Beck, 1991 ; Bennett & Tandy, 1998 ; Braveman & al., 1995 ; Brown, Towne, & Ruth, 1996 ; Evans, 1991). Les statistiques y montrent une diminution de la durée moyenne de séjour hospitalier de 46% pour une femme ayant eu un accouchement vaginal sans complication entre 1970 et 1992 passant de 3,9 à 2,1 jours. Le séjour hospitalier moyen d'une femme ayant eu une césarienne sans complication est passé de 7,8 jours en 1970 à 4,0 jours en 1992 (CÉTSQ, 1997 ; Brooten, 1995).

Au Canada, on observe aussi une réduction marquée du séjour des mères et des nouveau-nés en milieu hospitalier passant de quatre à cinq jours dans les années 1970 à la norme actuelle de un à deux jours (Santé Canada, 2000). Au Québec, tel que mentionné précédemment, les CH connaissent aussi une importante diminution de leur durée de séjour en postnatal. Rappelons que la durée moyenne du séjour hospitalier diminue de 29% pour une femme ayant eu un accouchement vaginal sans complication entre 1993 et 1998 passant de 3,4 à 2,4 jours. Pendant la même période, le séjour hospitalier moyen d'une femme ayant eu une césarienne sans complication, décroît de 27% passant de 5,8 à 4,2 jours (CÉTSQ, 1997 ; MSSS, 2000).

La définition du congé précoce en postnatal n'est pas homogène à travers le temps et les études. En effet, le départ de l'hôpital de la mère et du nouveau-né varie entre 12 et 48 heures après un accouchement vaginal sans complication ou entre 48 et 96 heures après une césarienne sans complication (Bennett & Tandy, 1998 ; Braveman & al., 1995 ; Britton, 1998 ; Evans, 1991 ; Gillerman & Beckham, 1991 ; MSSS, 1999 ; Weinberg, 1994). Ainsi, il importe de faire la distinction entre le congé précoce à 48

heures ou moins et le congé très précoce à 24 heures ou moins pour une femme ayant eu un accouchement vaginal normal. (CÉTSQ, 1997). Aux États-Unis, un séjour hospitalier de 12 heures pour accouchement vaginal sans complication et de 48 ou 72 heures pour une césarienne sans complication sont fréquents (Braveman & al., 1995). Toutefois, au Québec, le congé précoce se définit comme un séjour de 48 heures ou moins pour une femme ayant accouché par voie vaginale sans complication et avant 96 heures pour une femme ayant eu une césarienne sans complication (CÉTSQ, 1997).

Les avantages et les inconvénients sur la santé de la mère et du nouveau-né

Dans les écrits, le congé précoce en postnatal suscite de nombreux questionnements quant aux avantages et inconvénients d'une telle pratique sur la santé de la mère et du nouveau-né. Ces avantages et ces inconvénients sont exposés dans les paragraphes suivants.

Les partisans du congé précoce en postnatal soulignent de nombreux avantages sur la santé de la mère et du nouveau-né à savoir, une diminution du risque d'infection nosocomiale, un retour plus rapide au domicile réduisant d'autant l'interruption de la vie familiale et un impact positif favorisant le développement de la relation parents-enfant (Brown & al., 1996 ; CÉTSQ, 1997 ; Evans, 1991).

Par contre, plusieurs auteurs mentionnent des inconvénients sur la santé de la mère et du nouveau-né, tant sur le plan physique que sur le plan psychosocial (CÉTSQ, 1997 ; Kessel, Kiely, Nora, & Sumaya, 1995). Lors d'un accouchement vaginal sans complication, la mère et le nouveau-né ne bénéficient pas d'un séjour hospitalier

suffisamment long pour déceler des problèmes cliniques qui pourraient survenir entre la deuxième et la troisième journée après la naissance (Beck, 1991 ; Braveman & al., 1995 ; Frank-Hanssen & al., 1999). Pour la mère, des problèmes d'allaitement maternel, d'infection suite à l'épisiotomie, d'hémorragie tardive peuvent survenir au retour à domicile. De plus, les opportunités pour la mère d'apprendre son nouveau rôle s'amenuisent, les parents peuvent aussi ressentir une insécurité face aux soins à prodiguer à leur enfant puisque les infirmières de CH disposent de moins de temps à consacrer pour compléter cet enseignement. (Brooten, 1995 ; Brown & Johnson, 1998 ; Gupton & McKay, 1995 ; Kessel & al., 1995). Pour le nouveau-né, ces complications sont reliées à des problèmes d'alimentation, à des pertes de poids importantes, à des risques associés à la non-détection précoce de l'hyperbilirubinémie et des maladies métaboliques ou congénitales, notamment certaines malformations cardiaques et des problèmes gastro-intestinaux qui se détectent généralement, trois à cinq jours après la naissance (Frank-Hanssen & al., 1999 ; Gupton & McKay, 1995).

Pour le système de santé, l'avantage équivaut à une réduction des coûts des services hospitaliers (CÉTSQ, 1997). Cette économie potentielle devient réelle s'il y a absence de complications et de réadmissions maternelles et néonatales. Cependant, les données relatives aux coûts réels demeurent encore peu disponibles (Braveman & al., 1995 ; CÉTSQ, 1997 ; Gazmararian & Koplan, 1998).

Les connaissances actuelles sur le congé précoce en postnatal

La plupart des recherches sur le congé précoce en postnatal ont principalement étudié les aspects sécuritaires de cette pratique sur la santé de la mère et du nouveau-né, lorsqu'ils retournent à domicile. Beck (1991) de même que Braveman et al. (1995) suggèrent de se montrer prudents face aux résultats des études qui affirment que le congé précoce est sécuritaire. Un sommaire de leurs écrits est présenté dans les paragraphes suivants.

Beck (1991), dans une revue critique des programmes de congé précoce en postnatal, relève plusieurs limites dans les études précédentes dont l'absence de groupe de contrôle dans presque la moitié des recherches, entre autres. De plus, la définition du congé précoce en postnatal varie de deux ou trois heures à trois jours de séjour hospitalier, rendant ainsi la comparaison des résultats de recherches très limitée, puisqu'un manque de standardisation dans la définition opérationnelle du congé précoce en postnatal existe.

Braveman et al. (1995), dans une revue critique des écrits, indiquent que les recherches publiées à ce jour n'évaluent pas suffisamment les conséquences sur la santé de la mère et du nouveau-né du congé précoce en postnatal. Les recherches affirmant que le congé précoce en postnatal reste sécuritaire présentent plusieurs lacunes méthodologiques. Parmi ces lacunes, il faut mentionner notamment les devis non randomisés, le choix non aléatoire de sujets et des échantillonnages trop restreints pour détecter des effets cliniques significatifs et pour conclure à la sécurité d'une telle pratique pour la mère et le nouveau-né.

Par contre, au Québec, le CÉTSQ (1997) a mené une méta-analyse pour connaître les avantages et les conséquences du raccourcissement de la durée de séjour dans le domaine des soins en période postnatale, particulièrement en ce qui concerne les effets sur la santé de la mère et du nouveau-né. Les résultats démontrent que le congé précoce en postnatal n'entraîne pas de conséquences négatives pour la mère ou le nouveau-né, en autant qu'un suivi adéquat soit assuré. Cependant, la proportion de mères et de nouveau-nés non vus au rendez-vous de suivi peut s'élever jusqu'à 29% dans les programmes où aucun suivi systématique n'est prévu. Norr et Nacion (1987), dans une revue des écrits, arrivent aux mêmes conclusions sur la sécurité de cette pratique et l'importance d'assurer un suivi adéquat. Malgré ces constats divergents, il n'en demeure pas moins que le congé précoce en postnatal devient un fait accompli dans la pratique. Lucas (1991) mentionne qu'il fait maintenant partie de l'expérience de maternité.

*Les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né après le congé
précoce*

Aux États-Unis et au Canada, les différentes modalités de suivi qui sont offertes à la mère et au nouveau-né comme un suivi téléphonique, une visite à domicile, une ligne disponible 24 heures sur 24 ou un rendez-vous dans une clinique externe au CH ont été développées majoritairement en milieu hospitalier (Evans, 1991 ; Bennett & Tandy, 1998 ; Brooten, 1995 ; Poliot & O'Beim, 1997 ; Weinberg, 1994 ; Williams & Cooper, 1996). En effet, les écrits recensés jusqu'à aujourd'hui démontrent que les modalités de

suivi offertes n'ont pas été développées conjointement par les milieux hospitaliers et les milieux communautaires.

Au Québec, plusieurs CH ont aussi développé des modalités de suivi pour la mère et le nouveau-né de façon indépendante (Gagnon, Edgar, Kramer, Papageorgiou, Waghorn, & Klein, 1997 ; RRSSSMC, 2000). En effet, la diminution de la durée de séjour postnatal en milieu hospitalier ne semble pas avoir été accompagnée d'une réorganisation rapide des soins et services en période postnatale offerts par les CLSC. Or, depuis quelques années, la préoccupation est de consolider et de structurer des modalités de suivi efficaces entre les CH et les CLSC à l'intérieur desquelles, des interventions infirmières uniformisées permettent d'assurer la continuité du suivi postnatal de la mère et du nouveau-né (CÉTSQ, 1997 ; RRSSSMC, 2000 ; Ste-Marie, 1998). La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000) et le MSSS (1999) recommandent que toutes les mères qui ont eu un congé précoce bénéficient d'un suivi téléphonique dans les 24 heures suivant leur congé de l'hôpital et une visite à domicile dans un délai de 24 à 72 heures, par les infirmières du CLSC. Ces recommandations ne reposent cependant pas sur des données probantes. En effet, les modalités de suivi les plus adéquates ainsi que le moment jugé le plus opportun pour assurer le suivi de la mère et du nouveau-né ne font pas consensus dans les écrits (Braveman & al., 1995 ; Brooten, 1995 ; CÉTSQ, 1997).

Certains auteurs soutiennent que la clientèle ne nécessite pas le même suivi après leur congé précoce (Bennett & Tandy, 1998 ; Brooten, 1995). Pour certaines mères, un suivi téléphonique peut suffire (Bennett & Tandy, 1998). Or, tout en étant utile pour

détecter des problèmes ponctuels suite au congé du CH, le suivi téléphonique ne permet pas une évaluation physique et psychosociale complète de la mère et du nouveau-né (Weinberg, 1994). Frank-Hanssen et al. (1999) affirment que la visite à domicile systématique demeure la modalité la plus efficace et sécuritaire pour assurer le suivi de la mère et du nouveau-né. Cette modalité de suivi est exposée dans les paragraphes suivants.

La visite à domicile

La visite à domicile est un service de prévention et de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né qui permet de faciliter leur transition entre le séjour hospitalier et le retour au domicile (Arnold & Bakewell-Sachs, 1991 ; Bennett & Tandy, 1998 ; Kessel & al., 1995). La pertinence de cette modalité repose sur le fait que plusieurs problèmes reliés à l'allaitement maternel, à la prise de poids insuffisante, à l'ictère chez le nouveau-né, à l'adaptation parentale, peuvent être résolus en offrant de l'enseignement et du support à la mère et à sa famille (Bennett & Tandy, 1998 ; Biancuzzo, 1997). Selon Arnold et Bakewell-Sachs (1991), la visite à domicile a pour effet de diminuer le stress vécu par les parents, de faciliter la transition parentale et d'augmenter la connaissance des parents face à leur enfant. L'étude de Hall et Carty (1993), qui avait pour but de comprendre l'expérience de femmes ayant vécu un congé précoce en postnatal, démontre l'importance que ces femmes ont accordé à la visite à domicile et au suivi téléphonique effectués par la même infirmière.

Arnold et Bakewell-Sachs (1991) indiquent quatre facteurs pouvant influencer la qualité des soins et des services de santé offerts lors de la visite à domicile, soit le délai de la première visite, la fréquence et le nombre de visites et la formation des infirmières. Certains auteurs signalent que le délai pour effectuer la visite se situe entre la troisième et la cinquième journée après la naissance, ce qui permet de détecter les problèmes et les préoccupations plus rapidement et de réduire ainsi les complications et réadmissions maternelles et néonatales au CH (Bennett & Tandy, 1998 ; Frank-Hanssen & al., 1999 ; Jacobson, Brock, & Keppler, 1999). Toutefois, les écrits recensés ne permettent pas de statuer sur le moment jugé le plus opportun pour effectuer la visite à domicile ainsi que sur la fréquence et le nombre de visites nécessaires pour assurer le suivi (Bennett & Tandy, 1998 ; Braveman & al., 1995 ; Evans, 1991 ; Frank-Hanssen & al., 1999). De même, la recommandation d'une visite systématique à toutes les mères nécessite des données supplémentaires pour en démontrer l'efficacité (Bennett & Tandy, 1998 ; CÉTSQ, 1997 ; Evans, 1991 ; Frank-Hanssen & al., 1999). En ce qui concerne la formation des infirmières, Brooten, Brown, Kumar et Munro (1988) proposent un modèle de suivi à domicile offert par des infirmières cliniciennes spécialisées. Ce modèle de suivi à domicile a obtenu des résultats significatifs sur la santé de la mère et du nouveau-né. De plus, il a permis de diminuer les coûts reliés à l'hospitalisation. Cependant, des recherches sont encore nécessaires afin d'établir les connaissances et les habiletés requises pour répondre aux besoins spécifiques des familles et déterminer ainsi le niveau de formation pour atteindre des résultats les plus efficaces (Arnold & Bakewell-Sachs, 1991).

Les interventions infirmières

À travers les différentes modalités de suivi, plusieurs interventions infirmières de prévention et de promotion de la santé sont offertes à la mère et au nouveau-né, dans une perspective familiale. Santé Canada (2000) souligne que les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale représente un processus complexe, multidimensionnel et dynamique permettant d'assurer des services de santé en toute sécurité, compétents et personnalisés, qui tiennent compte des besoins physiques et psychosociaux de la mère et de sa famille. Cette perspective reconnaît également l'importance du soutien aux familles, de leur participation et des choix qu'elles font.

Lors du retour à domicile, les interventions infirmières consistent en un examen physique de la mère et du nouveau-né qui peut comporter des tests de dépistage sanguin chez le bébé pour les maladies métaboliques et le dosage de bilirubinémie, une évaluation psychosociale de la relation parents-enfant et du réseau de soutien, de l'enseignement apporté à la famille et finalement des références à d'autres professionnels au besoin (Beck, 1991 ; Gagnon & al., 1997 ; MSSS, 1999). L'évaluation physique procure un portrait global de l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Bennett & Tandy, 1998). L'évaluation psychosociale permet de connaître le réseau social de la famille en élaborant l'écocarte et le génogramme, ces diagrammes donnent une description visuelle de la famille située dans son contexte (Léonard & Paul, 1996). De plus, les interventions infirmières en postnatal consistent à apporter du support et de l'enseignement à la famille pendant la période de transition qu'entraîne l'arrivée d'un

enfant, ceci afin de soutenir l'acquisition et le développement de compétences parentales (Paul, Lambert, St-Cyr Tribble, & Lebel, 1997).

Pour conclure, les constats divergents dans les études concernant la sécurité du congé précoce en postnatal sur la santé de la mère et du nouveau-né et la généralisation de cette tendance dans les milieux hospitaliers suscitent le développement de nouvelles pratiques interétablissements afin de garantir des soins de qualité pour la clientèle lors de son retour à domicile. Au Québec, les infirmières de CH et de CLSC sont au cœur du suivi postnatal et pourtant peu d'information dans les écrits sont en mesure de fournir une compréhension claire de leur collaboration interétablissements en vue d'assurer la continuité des soins de cette clientèle. À cet égard, il importe que les études s'intéressent de plus près à l'impact du congé précoce en postnatal sur la pratique des infirmières œuvrant en milieu hospitalier et en milieu communautaire.

La collaboration interétablissements

Cette seconde partie du chapitre de la recension des écrits aborde la collaboration interétablissements en la situant dans le contexte des réseaux intégrés en périnatalité. Tout d'abord, les concepts d'intégration, d'intégration clinique et des réseaux intégrés en périnatalité sont exposés. Par la suite, le concept de la collaboration, les définitions, les avantages de la collaboration interétablissements et finalement les facteurs favorisant celle-ci sont présentés.

Le concept d'intégration

Nous adhérons à la définition de Gillies, Shortell, Anderson et Morgan (1993) qui définissent le concept d'intégration en ces termes :

...as the extent to which functions and activities are appropriately coordinated across operating units – that is, any organization within the system that is involved in the provision of health care services such as acute care and specialty hospitals, home health agencies, nursing home facilities – so as to maximize the value of services delivered to patients. (p.468)

Il existe plusieurs types d'intégration; toutefois, l'intégration clinique retient l'attention de la présente étude.

L'intégration clinique

Plusieurs auteurs se sont attardés à définir l'intégration clinique (Gillies & al., 1993 ; Alter & Hage, 1993). L'intégration clinique constitue un élément clé dans l'augmentation de la performance du système de santé. Elle implique, entre autres, la fusion ou la consolidation des soins et des services de santé entre les établissements de santé en développant des protocoles de suivi communs pour une clientèle visée, ce qui

permet d'éviter le dédoublement et la fragmentation, tout en diminuant les coûts pour le système de santé (Gillies & al., 1993). Gillies et al. (1993) indiquent que l'intégration clinique se divise en deux types d'intégration soit l'intégration horizontale et l'intégration verticale. L'intégration horizontale réfère à la coordination des fonctions, des activités et des unités d'opérations dispensées simultanément entre les établissements de santé de même niveau dans le processus de distribution des soins et des services de santé. Souvent, il s'agira d'alliance stratégique entre les établissements de santé. L'intégration verticale, quant à elle, réfère à la coordination des fonctions, des activités et des unités d'opérations à des étapes différentes dans la distribution des soins et des services de santé. Cela peut être le cas lorsque des établissements de santé de vocation différentes s'allient pour assurer la continuité entre les soins et les services de santé qu'ils dispensent.

Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell et Morgan (1993) ont mené une étude basée sur l'analyse de 12 réseaux, c'est-à-dire 12 établissements de santé ayant développé des liens interétablissements avec d'autres organisations. Cette étude a permis d'identifier les obstacles pouvant influencer le niveau d'intégration clinique. Les principales barrières identifiées sont les suivantes: l'incapacité des professionnels à adhérer à cette nouvelle vision, l'incapacité à convaincre les professionnels résistants d'accepter les stratégies du réseau, l'incapacité des professionnels à comprendre leur nouvel environnement de soins et leurs responsabilités, l'ambiguïté des rôles et des responsabilités à travers le réseau. Ces auteurs proposent des lignes directrices facilitant l'intégration clinique entre les différents établissements de santé constituant un réseau.

Elles empruntent différentes avenues, à savoir, développer une nouvelle culture dans la gestion, soutenir la motivation des différents acteurs impliqués, favoriser la création de liens de qualité dans la transmission de l'information et finalement, évaluer les besoins de la population à partir de l'information transmise.

Les réseaux intégrés de services de santé

Shortell et al. (1993) définissent un réseau intégré de services de santé comme un réseau d'organisations qui procure un continuum coordonné de soins et de services pour une population spécifique, tout en étant responsable collectivement des résultats cliniques et économiques. Mais qu'est-ce qu'un réseau ? Pour Alter et Hage (1993), le réseau constitue une forme sociale qui permet des interactions interétablissements, des actions concertées et des résultats communs. Ainsi, Lazega (1994) souligne qu'un réseau se définit par un ensemble de relations de collaboration entre un ensemble d'acteurs.

Les résultats visés

Pour la clientèle, l'efficacité d'un réseau intégré de services de santé permet de réduire le dédoublement et la fragmentation des soins et des services afin d'assurer une continuité. Cette efficacité se traduit également en terme d'une meilleure accessibilité pour la clientèle qui reçoit les soins et les services de santé le plus longtemps possible dans son environnement naturel, les séjours hospitaliers s'écourtant et devenant moins fréquents (Shortell & al., 1993; Provan & Milward, 1995). Pour le système de santé, le réseau intégré de services de santé apporte une réponse en terme d'efficience, soit l'amélioration du rapport coût/efficacité (Faulconnier, 1998). Finalement, pour les

acteurs, il suscite une plus grande satisfaction en terme de valorisation et de reconnaissance de leurs habiletés et de leurs compétences professionnelles (Faulconnier, 1998).

Provan et Milward (1995) ont mené une étude de cas comparative comportant une analyse aux niveaux multiples sur l'efficacité de réseaux intégrés de services de santé dans le domaine de la santé mentale au sein de quatre villes des États-Unis. L'efficacité des différents réseaux intégrés de soins et de services a été évaluée auprès de la clientèle, de la famille et des gestionnaires de chacune des villes, ce qui a permis une analyse à trois niveaux à savoir individuel, organisationnel et au niveau du réseau. L'analyse a permis de faire la démonstration que l'efficacité des réseaux intégrés de soins et de services peut être expliquée par des variations structurelles et des facteurs contextuels, dont l'intégration du réseau, le contrôle externe, la stabilité du système et les ressources environnementales. Les données qualitatives de l'étude ont été collectées à partir d'entrevues, d'analyses documentaires et de l'observation. En se basant sur leurs résultats, les auteurs ont développé des propositions théoriques pour guider le développement de théories et les recherches futures sur l'efficacité des réseaux intégrés de soins et de services.

Les réseaux intégrés de services de santé en périnatalité

Les réseaux intégrés de services de santé en périnatalité reposent sur l'idée selon laquelle la grossesse et l'accouchement ne sont plus des éléments séparés mais deviennent un tout cohérent qui commence au moment de la conception, se poursuit par

la grossesse et se termine par le retour à domicile en postnatal de la mère et du nouveau-né (Faulconnier, 1998). Au Québec, l'établissement de ces réseaux tient compte de la «Politique de périnatalité du Québec» (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993). Cette politique précise l'une des voies d'actions prioritaires en indiquant « la nécessité d'offrir une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins des futurs parents et des familles » (MSSS, 1993, p.52). Dans un premier temps, les comités régionaux, pour la plupart, ont suivi une démarche progressive dans l'organisation des soins et des services de santé en périnatalité, se centrant uniquement sur la période postnatale. Or, l'implantation du congé précoce en postnatal commande diverses interventions professionnelles qui doivent être réalisées aussi en prénatal afin d'assurer une meilleure qualité des soins ultérieurs. Présentement, l'organisation des soins et des services de santé en périnatalité vise à englober la période prénatale et postnatale (RRSSSMC, 2000).

Le fonctionnement en réseau apporte des avantages à la pratique professionnelle des infirmières de CH et de CLSC. Faulconnier (1998) mentionne que « la responsabilité de chacun n'est plus seulement liée à leur exercice propre, mais s'enrichit d'une dimension collective dans la construction d'un mode de prise en charge débattu professionnellement en commun » (p. 234). Ainsi, l'engagement des infirmières de CH et de CLSC dans la démarche réseau est un acte de responsabilité et d'autonomie, de professionnalisme et de liberté au sens d'un exercice professionnel individuel et collectif qui permettra aux infirmières d'agir ensemble pour la santé de la clientèle. De plus, Faulconnier (1998) souligne que la mise en place de réseaux intégrés de services de

santé en périnatalité permet de dépasser la perception de nombreux professionnels qui croient que le système de santé est gouverné par des établissements lointains qui ignorent ce que font ou sont capables d'effectuer l'ensemble des acteurs sur le terrain. Ainsi, le fonctionnement en réseau reconnaît l'ensemble des compétences des acteurs pour résoudre des problèmes collectifs par delà les différents établissements de santé et leurs missions respectives.

De l'instauration de réseaux intégrés de services de santé en périnatalité, il en résulte que les différents établissements de santé ne peuvent assurer le suivi de la clientèle de façon indépendante. Le milieu hospitalier et le milieu communautaire doivent favoriser le partage de leurs idées et travailler ensemble (McGregor, 1994). Des relations de collaboration afin d'atteindre cet engagement collectif sont grandement encouragées (Santé Canada, 2000). En effet, pour parvenir à l'intégration des réseaux en périnatalité, il faut reconnaître le rôle de chacun des professionnels tout en conservant l'idée maîtresse que les différents établissements de santé forment une seule et même organisation dans le continuum de soins et de services. La mise en place de tels réseaux intégrés sollicite une complémentarité dans la pratique des soins mère-enfant entre les infirmières de milieu hospitalier et de milieu communautaire. À cet égard, la collaboration entre les infirmières des deux établissements de santé est essentielle au succès de la transition des parents et du nouveau-né lors de leur retour dans la collectivité (Santé Canada, 2000). C'est pourquoi, le concept de collaboration est exposé dans les paragraphes suivants.

L'évolution du concept de la collaboration

Plusieurs auteurs en théorie des organisations se sont attardés à l'importance de la collaboration pour atteindre les objectifs d'une organisation. Smith, Carroll et Ashford, (1995) rappellent que Fayol (1949) a été le premier auteur de la gestion classique à identifier la collaboration comme l'une des cinq fonctions de la gestion et à définir celle-ci comme le fait d'harmoniser, d'unir et d'orienter tous les efforts des acteurs vers un même but. De plus, selon Smith et al. (1995), Barnard (1938) a conceptualisé l'organisation comme un système d'efforts de collaboration et d'activités coordonnées et Mayo (1945), pour sa part, a mis l'accent sur le besoin de collaboration entre les niveaux de l'organisation, plus particulièrement entre les gestionnaires et les travailleurs. Thompson (1967), dans le développement des théories de l'organisation, a porté une attention toute particulière aux différents types d'interdépendance dans une organisation et sur les méthodes pour atteindre un niveau élevé de collaboration et de coordination. Lawrence et Lorsh (1969), de façon similaire, définissent l'organisation comme un système de comportements spécialisés interreliés qui doivent être intégrés dans le but d'atteindre une certaine performance. L'évolution démontre à quel point les notions d'interdépendance et de collaboration ne cessent de prendre de l'importance (Smith & al., 1995).

La définition de la collaboration

Le concept de collaboration n'est pas clairement défini dans les écrits (Henneman & al., 1995). Plusieurs synonymes comme coopération et partenariat sont utilisés dans

les recherches pour désigner la collaboration et plusieurs définitions de celle-ci sont proposées (Smith, & al.,1995 ; Stichler, 1995). Les auteurs en théorie des organisations définissent la collaboration comme une contribution d'efforts personnels volontaires pour l'achèvement d'un travail interdépendant (Wagner, 1995). Dans le domaine de la santé, Liedtka et Whitten (1997) mentionnent que la collaboration est un processus conjoint de prise de décision parmi des partis interdépendants impliquant une responsabilité collective envers les résultats. La collaboration demeure un moyen significatif et non une fin en soi permettant l'atteinte de résultats (Liedtka & Whitten, 1997). Dans le domaine des soins infirmiers, la collaboration est généralement perçue comme un processus conjoint de décision partagée. En effet, Hanson et Spross (1996) définissent la collaboration comme un processus interpersonnel dans lequel plusieurs individus s'engagent à interagir de façon constructive pour résoudre des problèmes et atteindre des objectifs ou des résultats identifiés au préalable. Les individus reconnaissent des valeurs partagées et articulent leur action autour de celles-ci, rendant ainsi possible cet engagement (traduction libre, p.232).

La définition de la collaboration interétablissements

Quant à la collaboration interétablissements, Gray (1985) et Sullivan (1997), la voient comme le partage de ressources entre deux ou plusieurs établissements de santé afin de solutionner des problèmes qu'individuellement ils seraient incapables de résoudre. Alter et Hage (1993) avancent une autre définition, ainsi la collaboration interétablissements est la façon de coordonner des services de santé et des programmes

au moyen de ressources partagées afin d'atteindre les buts mutuellement fixés entre différents types d'établissements. Ring et Van de Ven (1994) se sont aussi intéressés à la collaboration interétablissements. Ces auteurs ont proposé une définition plus dynamique de la collaboration en incluant la bonne volonté des individus à s'engager dans ce type de relation (Smith & al., 1995). Ainsi, les relations de collaboration sont socialement construites autour d'une action collective. Ces relations sont continuellement partagées et restructurées par des actions et une interprétation symbolique des acteurs.

Pour Alter et Hage (1993), l'analyse des relations interétablissements assurant la circulation de la clientèle nécessitant des soins entre les établissements de santé permet d'apprécier le degré de collaboration interétablissements. Trois configurations sont identifiées pour caractériser la circulation de la clientèle. Il peut s'agir d'un mode séquentiel. Le client reçoit des soins et des services de santé d'un seul établissement ; ceux-ci terminés, le client est alors référé à un second établissement pour la continuité du suivi. Le mode réciproque suppose que le client reçoit des soins et des services de santé simultanément par plus d'un établissement. Le mode collectif implique que le client reçoit des soins et des services de santé par des établissements où les professionnels ont développé un plan de traitement commun constituant une intervention d'équipe. Somme toute, cette façon de concevoir l'accessibilité des clients aux services de santé traduit le niveau d'interdépendance entre les acteurs concernés. La collaboration, dans le cadre du congé précoce en postnatal, rejoint le mode séquentiel puisque l'intervention

clinique débute au CH et se poursuit au CLSC, lorsque la mère et le nouveau-né obtiennent leur congé de l'hôpital.

Les avantages de la collaboration interétablissements

Alter et Hage (1993) ont identifié plusieurs avantages à la collaboration interétablissements. Ainsi, la collaboration interétablissements offre-t-elle des opportunités d'apprentissage et d'adaptation pour les professionnels et les organisations. De plus, elle favorise le développement de nouvelles compétences et le partage des ressources humaines et financières. Elle apporte un support mutuel dans la résolution de problème, en favorisant une synergie au sein du groupe et une harmonie dans les relations de travail. Finalement, elle offre une meilleure qualité de services pour la clientèle. Bien que la collaboration interétablissements comporte de nombreux avantages, peu de recherches sur son efficacité ont été publiées à ce jour (Smith & al., 1995). Ainsi, des recherches futures deviennent nécessaires afin de démontrer que la collaboration interétablissements génère des résultats positifs pour la clientèle, les professionnels et les organisations.

Les facteurs influençant la collaboration interétablissements

Plusieurs facteurs influencent la collaboration interétablissements. Nous avons retenu trois modèles conceptuels qui, à notre sens, apportent un nouvel éclairage sur des facteurs susceptibles d'influencer la collaboration interétablissements. Ces facteurs sont présentés dans les paragraphes suivants.

Alter et Hage (1993) en identifient quatre principaux pour le développement de la collaboration entre différents établissements. Ces facteurs sont la motivation de l'organisation à s'engager dans la collaboration, le besoin d'expertise, le partage des ressources et le besoin d'efficacité.

Polivka (1995) a développé un modèle de collaboration interétablissements basé sur une synthèse des travaux de Alter et Hage (1993), Gray (1985), Morrissey, Tausig et Lindsey (1985), Van de Ven et Ferry (1980) et Whetten (1981). Polivka (1995) énumère cinq composantes majeures de la collaboration interétablissements à savoir, le contexte environnemental, les facteurs situationnels, les caractéristiques de la tâche, les facteurs transactionnels et les résultats. Le contexte environnemental inclut le contexte géopolitique affectant le comportement organisationnel. Les facteurs situationnels comme la motivation de l'organisation, le partage des ressources, la similarité et le consensus entre les organisations constituent des éléments organisationnels préexistants qui contribuent au besoin d'entrer en relation avec une autre organisation. Les caractéristiques de la tâche et le type de technologies influencent également les relations. Les facteurs transactionnels décrivent la structure et les processus de relations entre les professionnels tels que l'intensité de la relation, le degré de formalisation, les stratégies de prise de décision partagée. Finalement, les résultats de la collaboration interétablissements se traduisent en terme d'efficience pour la clientèle, la communauté, les professionnels et les organisations. Ainsi, l'augmentation de l'accessibilité aux soins et aux services pour la clientèle, la satisfaction des professionnels dans les relations de collaboration, la diminution des coûts pour les organisations représentent des indicateurs

de résultats positifs. Le modèle de Polivka (1995) permet de reconnaître l'influence de divers facteurs sur la collaboration interétablissements mais il ne permet pas de saisir comment se tissent les relations de collaboration entre les acteurs de différents établissements de santé.

Ring et Van De Ven (1994) ont développé un modèle qui examine le développement du processus de la collaboration interétablissements au niveau de son émergence, de sa croissance et de sa dissolution à travers le temps. Pour effectuer leur observation, ces auteurs retiennent quatre facteurs dont les incertitudes inhérentes à s'engager dans la collaboration, l'évaluation basée sur l'efficacité et l'équité, le besoin pour une résolution interne des conflits et finalement, l'importance du rôle des relations interpersonnelles dans la collaboration. Le développement du processus de collaboration s'appuie sur des mécanismes de construction sociale au moyen de l'action collective, lesquels se partagent continuellement et se reconstruisent dans l'action et les interprétations symboliques des parties impliquées. Le développement et l'évolution de la collaboration reposent sur des séquences cycliques répétées de négociations, d'obligations, d'exécutions et chacune de ces séquences est évaluée en terme d'efficacité et d'efficacité.

La troisième partie du chapitre de la recension des écrits présente le cadre théorique utilisé dans cette étude, soit le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Tout d'abord, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle puis l'approche organisationnelle de Friedberg, les prémisses de l'action collective et enfin les quatre dimensions du modèle à savoir, la formalisation, la

finalisation, l'intériorisation et la délégation y sont exposés. Cette partie se termine en synthétisant les écrits pertinents à l'aide des quatre dimensions du modèle ce qui permet de dresser l'état actuel des connaissances sur la collaboration interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal.

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle

Le cadre théorique utilisé est le modèle de D'Amour (1997) intitulé : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle retenu pour la présente étude permet d'analyser et de comprendre en profondeur le processus de la collaboration. En effet, D'Amour (1997) souligne que le modèle sert d'armature intellectuelle à quiconque désire comprendre des contextes d'actions où des acteurs travaillent en situation d'interdépendance. Bien que ce modèle ait émergé d'une étude sur la collaboration interprofessionnelle, D'Amour (1997) suggère de le reprendre afin de comprendre d'autres contextes de collaboration telle la collaboration interétablissements. De plus, dans ce modèle, la collaboration est vue comme la structuration d'une action collective entre professionnels en situation d'interdépendance. Ainsi, nous croyons que l'action collective se construit même à l'extérieur des établissements de santé, entre autres, dans le contexte des réseaux intégrés de services de santé en périnatalité. En effet, D'Amour (1997) précise que Fiedberg (1993), auteur duquel s'inspire le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, a voulu aller au-delà de l'organisation et démontrer que l'action collective se construit à l'extérieur des murs d'une organisation.

L'approche organisationnelle de Friedberg

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle a été élaboré à partir d'écrits en sociologie des organisations, notamment de l'approche organisationnelle telle que proposée par Friedberg (1993), où la collaboration est conçue comme un ensemble de processus d'interactions desquelles naît une action collective. L'approche organisationnelle a ainsi conduit D'Amour (1997) à concevoir la collaboration comme la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance. Cette approche émet l'hypothèse que les acteurs, autonomes et rationnels, doivent être considérés dans leur contexte social. D'Amour (1997) explique que Friedberg (1993) conçoit les organisations comme des systèmes d'action locale naissant d'un processus d'interinfluence ou d'interstructuration entre les tentatives de formalisation et les stratégies des acteurs qui désirent, pour diverses raisons, influencer ou modifier la structure. Ce processus accorde à l'acteur sa liberté d'action, tout en prenant en considération l'interdépendance qui se crée avec les différents partenaires et l'organisation.

Les prémisses à l'action collective

Le modèle de structuration de la collaboration s'inspire des trois prémisses à l'action collective proposées par Friedberg (1993) et Crozier et Friedberg (1995). D'Amour, Sicotte et Lévy (1999) expliquent ces trois prémisses de la façon suivante :

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

intérêts, comportements qui deviennent un outil méthodologique pour lier les acteurs et leurs systèmes d'interactions.

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

Le pouvoir comme capacité d'action: les deux prémisses précédentes sont articulées autour de la conceptualisation de l'interaction humaine en tant que relations de pouvoir, c'est-à-dire un échange non égal de ressources qui conduit à la négociation. Donc, le système d'action perçu comme un ordre négocié se trouve à être le produit de relations de pouvoir par lesquelles des acteurs interdépendants ont stabilisé leurs interactions. (p72-73).

Ces trois prémisses montrent qu'il n'existe pas de logique linéaire pour expliquer des comportements qui peuvent paraître contradictoires (D'Amour & al., 1999).

Les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle

Friedberg (1993) propose de considérer l'organisation des champs d'action selon quatre continuums, soit la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. À partir d'une étude empirique, D'Amour (1997) a proposé une modélisation de ces dimensions, tout en les rendant plus explicites et adaptées au contexte de la collaboration dans le domaine de la santé. Les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) sont définies et expliquées dans les paragraphes suivants.

La dimension de la formalisation

La dimension de la formalisation porte sur les règles de conduite qui tentent de régulariser et de stabiliser l'action par la structure formelle à savoir, les structures, les règles, les procédures et les descriptions de tâches régissant la coordination clinique de l'intervention et les modalités d'interaction des professionnels. La formalisation permet aux gestionnaires d'exercer un certain contrôle sur les incertitudes du travail; elle est aussi utilisée par les professionnels eux-mêmes, comme protection et ressource dans les négociations. D'Amour (1997) remarque que certaines règles sont porteuses de conflits et suscitent des revendications en regard d'enjeux de pouvoir importants. Ces conflits peuvent entraîner des conséquences négatives au sein des professionnels et se répercuter sur la clientèle. Ainsi, ce n'est pas tant la connaissance du degré de formalisation qui importe, mais plutôt l'identification des règles suscitant des conflits.

La dimension de la finalisation

La dimension de la finalisation touche l'existence de buts formulés et l'intégration de ces buts à l'action. Cette dimension se traduit par le degré auquel les professionnels intègrent ces buts et les résultats de leur collaboration dans leurs interactions, c'est-à-dire mettent leurs transactions au service de ces buts, en acceptant de faire des concessions. D'Amour (1997) mentionne que l'adhésion inconditionnelle aux finalités de l'organisation et la cohésion entre les professionnels revêtent un caractère plutôt utopique. Il s'avère alors important que les professionnels prennent conscience et tentent de comprendre les enjeux concernant les finalités. Le processus de négociation, pour une

plus grande harmonie des conceptions, des finalités et des moyens représente un enjeu majeur pour la réussite de la collaboration.

La dimension de l'intériorisation

La dimension de l'intériorisation réside dans la prise de conscience par les acteurs de leurs interdépendances et la nécessité de les réguler. Les acteurs sont conscients de leurs interdépendances constamment recrées par les besoins de santé complexes de la clientèle (D'Amour, 1997). Les professionnels éprouvent de la difficulté à intérioriser le fait qu'ils doivent agir de façon collective, à savoir atteindre une action davantage commune. Cette interdépendance des professionnels exige : 1) l'interconnaissance, 2) l'établissement d'une relation de confiance et 3) le partage des territoires professionnels. Ces trois sous-dimensions sont présentées dans les paragraphes suivants.

En premier lieu, le processus d'interconnaissance se définit comme un ensemble d'actions amenant des individus à se connaître en tant que professionnels (D'Amour, 1997). En effet, il peut sembler contraignant de collaborer avec d'autres professionnels dont les orientations et la nature du travail restent floues. Ainsi, ce processus constitue un élément vital de la régulation de la collaboration (D'Amour & al., 1999).

En deuxième lieu, l'établissement d'une relation de confiance est important pour les professionnels et ce, pour les trois raisons suivantes. D'une part, les professionnels évoluent dans un contexte d'incertitudes élevées liées à la complexité des besoins de santé de la clientèle, à la disponibilité de leur réseau social et aux échanges entre les professionnels. D'autre part, il s'agit de professionnels autonomes qui régulent eux-

mêmes une partie de leurs échanges. Et enfin, la nature des échanges demande un énorme investissement affectif individuel (D'Amour & al., 1999).

En dernier lieu, le partage des territoires professionnels reste au centre de la collaboration puisqu'il structure l'action collective des professionnels, à partir des savoirs spécifiques appartenant à chaque profession (D'Amour & al., 1999). Or, le partage des territoires professionnels comporte de nombreuses zones limitrophes dont la légitimité n'est pas clairement établie engendrant des débats dans la réalisation des interventions quotidiennes auprès de la clientèle. D'Amour et al. (1999) affirment que les zones limitrophes résident dans des interventions telles que la promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'habilitation (*empowerment*) et la relation d'aide. De plus, les professionnels sont généralement peu enclins à établir des zones communes de responsabilités (D'Amour & al., 1999). Ces constats autorisent, pour la présente étude, à considérer le partage des territoires professionnels sous l'angle du partage des responsabilités professionnelles entre les infirmières de deux établissements de santé à vocation différente.

La dimension de la délégation

La dimension de la délégation implique que pour reconnaître qu'il existe une action collective, il doit y avoir une forme plus ou moins officielle et explicite de délégation des responsabilités de réguler cette action. La délégation peut revêtir deux caractères: endogène et exogène. La délégation endogène réfère aux moyens internes utilisés pour gérer l'action collective. La délégation exogène réfère aux influences

externes, aux structurations englobantes qui influencent l'action collective, comme les ordres professionnels, les institutions d'enseignement ou les instances politiques (D'Amour, 1997). Les effets de cette délégation doivent être connus puisqu'ils permettent de savoir si la délégation facilite ou nuit à la collaboration entre les professionnels.

Ces quatre dimensions entrent en interaction et s'influencent mutuellement et, bien qu'elles soient constamment présentes à toute action collective, leur intensité et leur mise en œuvre varient selon les situations et les contextes spécifiques à chaque action (D'Amour & al., 1999). Ce modèle trouve son utilité puisqu'il offre la possibilité de se pencher sur la collaboration en tant que processus de structuration de l'action collective. Les recherches en grande majorité ne considèrent pas le monde des rapports humains, c'est-à-dire les stratégies des acteurs, pour tenter d'expliquer la collaboration interétablissements. Le recours à ce cadre de référence permet une analyse des dynamiques en jeu autour des quatre dimensions (D'Amour & al., 1999). Ainsi, les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) ont permis de guider et d'orienter la suite de la recension des écrits. Les pages suivantes présentent les connaissances actuelles sur la collaboration interétablissements entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal regroupées sous les quatre dimensions du modèle de collaboration.

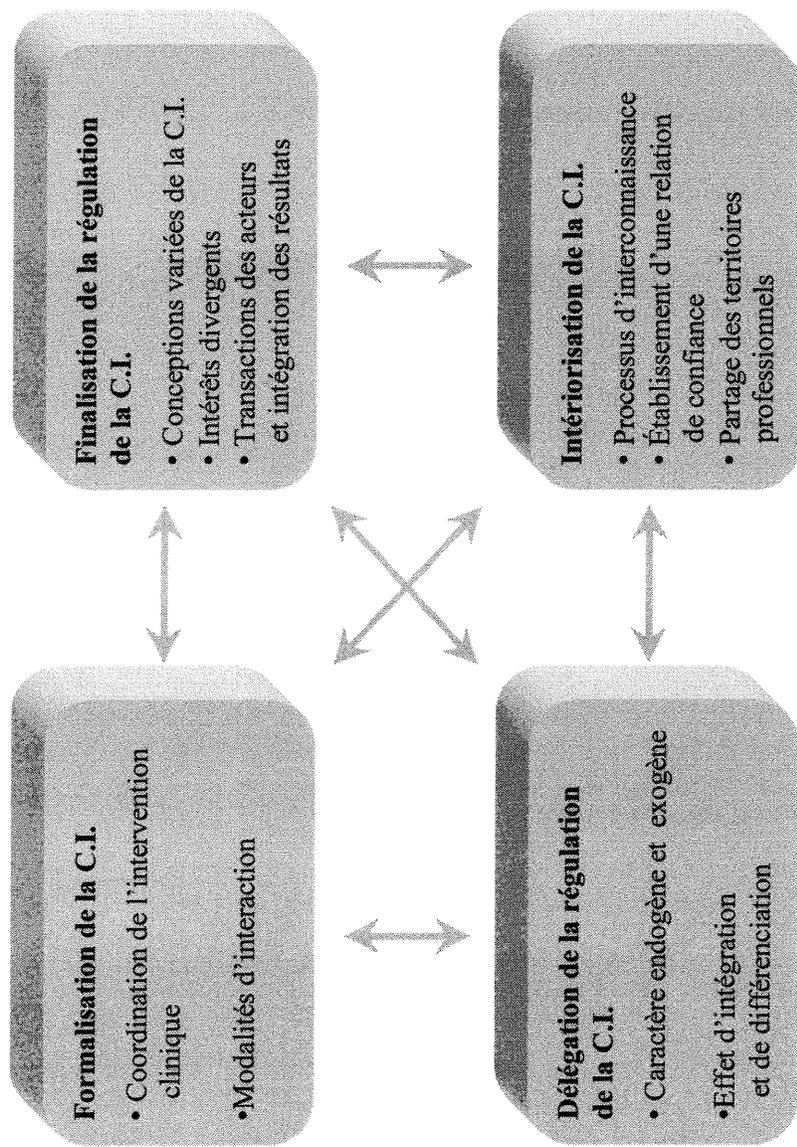


Figure 1. Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (C.I.)

La collaboration interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal

Les ententes établies entre les CH et les CLSC

(dimension de la formalisation)

À partir des écrits recensés, la dimension de la formalisation dans le cadre de la collaboration interétablissements entre les infirmières de CH et de CLSC dans le contexte du congé précoce en postnatal se traduit par le développement de règles à l'intérieur d'ententes pour assurer le suivi de la mère et du nouveau-né (Bakewell-Sachs & Armstrong Persily, 1995 ; Ste-Marie, 1998). Ces ententes se présentent sous deux formes soit des ententes formelles écrites et des ententes informelles, c'est-à-dire non écrites (Ste-Marie, 1998). Dans la région montréalaise, l'étude de Goulet et al. (2000), portant sur l'évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et l'enfant dans le cadre du congé précoce en obstétrique, démontre qu'aucun CH ne possède d'entente formelle avec un CLSC. Ste-Marie (1998) relie cette quasi absence d'entente formelle entre les CH et les CLSC à deux raisons principales, soit la prise en charge des soins et des services en période postnatale qui est majoritairement assurée par les CH et aussi la méconnaissance réciproque des soins et des services de santé offerts ou dispensés par chacun des milieux. De façon générale, les ententes formelles entre les CH et les CLSC portent principalement sur la façon de communiquer l'information et d'assurer le suivi (Ste-Marie, 1998). Les règles et les pratiques concernant la planification du congé et la communication interétablissements ainsi que les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né sont exposées dans les paragraphes suivants.

La planification du congé et la communication interétablissements.

Ces deux responsabilités professionnelles représentent pour les infirmières des activités de collaboration importantes puisqu'elles permettent d'échanger de l'information sur la clientèle afin de coordonner son suivi. Mitchell, Van Berkel, Adam, Ciliska, Sheppard Baumann, Underwood, Walter, Gafni, Edwards, et Southwell (1993) désignent la planification du congé comme une composante importante du suivi de la clientèle puisqu'elle prévient le manque de continuité des soins lorsque les clients sont transférés de l'hôpital au domicile, assurant ainsi des soins et des services de qualité. Ce processus vise la transmission d'une information de qualité dans un temps rapide en regard de la condition médicale, des besoins en matière de soins et de la situation sociale de la clientèle (Anderson & Helms, 1993 ; Gillerman & Beckham, 1991 ; Hansen, Bull, & Gross, 1998).

Selon Ste-Marie (1998), la modalité de communication interétablissements la plus fréquemment utilisée dans le cadre du congé précoce en postnatal se résume à la transmission d'un formulaire de continuité des soins comportant des renseignements cliniques sur la mère, le nouveau-né et la famille, par télécopieur, la journée du congé du CH. Cependant, en 1998, le délai moyen de transmission de ces formulaires de continuité des soins était de 2,1 jours (RRSSSMC, 2000). Les CLSC expriment leur insatisfaction en regard de la transmission tardive des références rendant ainsi l'organisation du suivi postnatal problématique (Ste-Marie, 1998). De plus, les formulaires de continuité des soins comportent, dans certains cas, un manque de renseignements pertinents; ils sont souvent incomplets (RRSSSMC, 2000). La vitesse de

transmission et la qualité de l'information transmise au moyen des formulaires de continuité des soins représentent des enjeux importants dans le contexte du court séjour en postnatal (RRSSSMC, 2000 ; Ste-Marie, 1998).

Dans la plupart des CH, c'est une infirmière soignante qui évalue la situation postnatale et qui complète le formulaire de continuité des soins. Par contre, à certains endroits, c'est l'infirmière de liaison qui participe à la décision de référer et qui complète le formulaire de continuité des soins (RRSSSMC, 2000). Mitchell et al. (1993) ont réalisé une étude visant à comparer les références postnatales effectuées par les infirmières soignantes en postnatal et par les infirmières de liaison, quant à l'exactitude des renseignements cliniques transmis. Ces auteurs concluent que les infirmières soignantes sont mieux habilitées que tout autre professionnel pour identifier les clientes qui nécessitent un suivi à domicile, suite au congé. Ce résultat s'explique par le fait que les infirmières soignantes entretiennent un contact direct avec les clientes, lors de leur séjour hospitalier. Elles peuvent alors mieux évaluer les besoins des familles en vue de planifier leur congé.

Les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né.

Dans une étude descriptive qui avait pour but de dresser le portrait des services de santé durant la période postnatale, sous l'angle de la collaboration entre les CH et les CLSC, Ste-Marie (1998) indique que 80% des CLSC du Québec effectuent des appels téléphoniques systématiquement aux nouvelles mères, suite à leur congé du CH. Ce pourcentage augmente à 88% dans les CLSC possédant une entente avec un CH et

diminue à 65% dans les CLSC ne possédant aucune entente. Par contre, les visites à domicile se font beaucoup moins systématiquement; elles sont effectuées par 47% des CLSC du Québec. Cependant, ce pourcentage augmente à 65% dans les CLSC possédant une entente avec un CH. En somme, les CLSC possédant des ententes formelles avec des CH téléphonent plus systématiquement à toute la clientèle et ce, de façon plus précoce. Ils effectuent des visites systématiques à un plus grand nombre de mères et ce, dans un délai beaucoup plus rapide que les autres CLSC. Ainsi, les liens formels de collaboration développés par les CH et les CLSC améliorent la qualité des soins et des services de santé dispensés durant la période postnatale (Ste-Marie, 1998)

La culture organisationnelle
(dimension de la finalisation)

À partir des écrits recensés, la dimension de finalisation dans le cadre de la collaboration interétablissements devient un défi très grand, puisque l'on demande aux infirmières oeuvrant dans des établissements de santé à vocation différente de partager la même conception des services de santé à rendre à une population spécifique ainsi que les mêmes objectifs à atteindre, au-delà des murs de leur établissement respectif. Or, chaque établissement de santé possède sa propre culture organisationnelle, constituée des valeurs et des croyances qu'ont les individus au sein de l'organisation (Davis, 1997). La collaboration interétablissements implique des efforts pour les infirmières des deux milieux de soins afin d'unifier les cultures organisationnelles entre les établissements de santé.

Poupart, Simard et Ouellet (1986) définissent la culture de façon générale comme « un ensemble intégré de manière d'être, de penser, de sentir et d'agir qui, étant partagé et intériorisé par une pluralité de personnes, confère à une collectivité une identité particulière qui la distingue des autres » (p.29). L'expression culture organisationnelle réfère à toutes significations communes au sein d'un groupe engagé dans la poursuite d'un ensemble d'objectifs, elle est constituée des croyances et des valeurs; des coutumes, des rituels et mœurs, de l'apprentissage des pratiques; et du système de récompense de l'organisation (Lowery, 1998; Smucker, 1988).

Dans le secteur de la santé, la restructuration des soins et des services a contribué à modifier les rôles et les responsabilités des professionnels, ceux-ci doivent adhérer à de nouvelles orientations et à de nouvelles priorités dans leurs pratiques cliniques (Lowery, 1998). Ces changements rapides créent le besoin envers des cultures organisationnelles variées non seulement pour rehausser la performance et l'efficacité, mais aussi pour augmenter la satisfaction des professionnels et des clients (Vestal & Spreir, 1998). Lowery (1998) souligne que ces changements entraînent chez les professionnels une transformation radicale de leur culture organisationnelle.

Les infirmières de CH et de CLSC proviennent de deux cultures organisationnelles que l'on tente d'unifier. Les valeurs et les croyances sous-jacentes à ces deux cultures organisationnelles ont un impact significatif sur la capacité du système à s'adapter et à changer (Barnsley, Lemieux-Charles, & McKinney, 1998). En effet, ces valeurs et ces croyances produisent chez les infirmières des deux établissements de santé une différence culturelle qui teinte leur conception des soins et des services de santé

(Barnsley & al., 1998). Coffey et al. (1997) distinguent deux conceptions des soins illustrant ainsi la différence culturelle entre les CH et les CLSC, soit la conception orientée vers la maladie et celle orientée vers le bien-être. Ces différences de conception des soins dressent des obstacles à l'arrimage entre les interventions des infirmières des deux types d'établissements de santé.

Selon Coffey et al. (1997), les infirmières en milieu hospitalier sont davantage interpellées par « l'orientation de la maladie » qui définit la santé comme l'absence de maladie. Les soins et les services de santé sont centralisés, fondés sur des problèmes spécifiques d'une maladie pour un ensemble de clients. Ils sont dispensés, la plupart du temps, dans un contexte hospitalier ou dans des cabinets médicaux privés. Les professionnels décident eux-mêmes ce qui est bien pour la clientèle. L'information sur la clientèle est conservée séparément par chaque organisation, l'échange d'information n'est pas favorisé. Les résultats pour la clientèle sont mesurés en terme de durée de séjour et d'absence de complications.

Toujours selon Coffey et al. (1997), les infirmières en milieu communautaire se situent davantage sous « l'orientation du bien-être ». Dans cette orientation, la définition de la santé inclut la dimension physique, mentale, sociale et spirituelle de la personne. Les soins et les services de santé décentralisés s'établissent selon les besoins identifiés par la population à l'intérieur de la communauté. Ils sont dispensés dans plusieurs endroits comme au domicile des clients, dans les milieux de travail et dans les écoles. Les professionnels se considèrent des consultants; les clients et leur famille demeurent les seuls à prendre les décisions concernant leur santé. L'information sur la clientèle

reste disponible et circule facilement parmi les professionnels afin de favoriser la continuité des soins.

Même si les infirmières de CH considèrent la personne dans sa globalité, elles se retrouvent tout de même dans des établissements de santé où la culture organisationnelle demeure orientée vers l'approche médicale axée sur des soins et des services de santé curatifs, possédant des buts et des finalités auxquels elles doivent se conformer (Fournier, 1999). Les infirmières de CLSC, quant à elles, se retrouvent dans des établissements de santé où la culture organisationnelle demeure orientée vers l'approche communautaire axée sur des activités de prévention et de promotion de la santé (Poupart & al., 1986).

La connaissance mutuelle entre les infirmières de CH et de CLSC
(dimension de l'intériorisation)

Tel que mentionné précédemment, la dimension de l'intériorisation traite de l'interdépendance qu'exige la collaboration entre les professionnels. Cette interdépendance implique trois sous-dimensions soit la connaissance mutuelle, l'établissement d'une relation de confiance et le partage des responsabilités professionnelles. Ces trois sous-dimensions sont documentées à partir des écrits recensés sur la collaboration interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal. La RRSSMC (2000) souligne que les infirmières peuvent éprouver de la difficulté à cibler qui fait ou doit faire quoi, puisqu'il existe une méconnaissance mutuelle face aux soins et aux services de santé offerts par les CH et les CLSC. Cette méconnaissance mutuelle entraîne un fonctionnement parallèle, où les établissements de santé procurent les

mêmes soins, avec un minimum de coordination et d'intégration, ce qui produit une duplication et une fragmentation des services de santé (Bakewell-Sachs & Armstrong, 1995). Les infirmières qui se sentent responsables des résultats de santé de la mère et du nouveau-né doivent structurer leurs soins et leurs services de santé ensemble pour optimiser la coordination et l'intégration (Bakewell-Sachs & Armstrong, 1995). Ces auteurs attirent l'attention sur l'importance de développer des liens à l'intérieur et entre les établissements de santé. Les infirmières de CH et de CLSC demeurent au cœur de la création de ces relations de collaboration entre les établissements de santé. Le MSSS (1998) propose de développer ces liens par la mise en œuvre de formations continues, sous forme de jumelage entre les infirmières de CH et de CLSC.

L'établissement d'une relation de confiance
(dimension de l'intériorisation)

Plusieurs facteurs interactionnels ont été étudiés en regard de la collaboration à savoir la qualité des relations interpersonnelles, la communication, le leadership, l'ouverture des individus et la motivation à s'engager dans ce type de relation (Henneman & al., 1995). Cependant, le principal facteur est la confiance entre les membres du groupe (Henneman & al., 1995 ; Ring & Van De Ven, 1992 ; Smith & al., 1995). Mayers et al. (1995) définissent la confiance comme la volonté des parties à se rendre vulnérables dans l'action. Dans le domaine de la santé, la confiance peut faire la différence entre le succès ou l'échec, dans la prestation des soins et des services de santé à la clientèle. En effet, le développement d'une confiance mutuelle permet aux individus de travailler ensemble plus efficacement (Mayer & al., 1995).

Selon McAllister (1995), la confiance est un sentiment qui permet aux individus de prendre des risques. Elle se construit sur le succès des relations antérieures et sur la ressemblance sociale, c'est-à-dire le degré d'adhésion des individus à des valeurs partagées. Cet auteur identifie deux types de confiance soit celle basée sur la cognition et celle basée sur l'affectivité, le premier étant plus superficiel que le second. Les résultats de cette recherche de McAllister (1995) indiquent que la confiance basée sur l'affectivité est positivement reliée à la performance des pairs au sein d'une organisation.

Par contre, selon Mayer et al. (1995), les notions de confiance et de collaboration tendent à se confondre. Selon ces auteurs, la confiance ne constitue pas une condition nécessaire à la collaboration, parce que la collaboration n'implique pas nécessairement la prise d'un risque. En effet, un individu peut collaborer avec un autre sans que la confiance existe. D'une part, la situation de collaboration peut ne pas impliquer la perception d'un risque. D'autre part, l'individu peut se sentir obligé de collaborer par des mécanismes de contrôle ou parce qu'il considère retirer un avantage de sa collaboration. Selon ces auteurs, la confiance organisationnelle se construit à partir de trois conditions récurrentes qu'ils ont identifiées lors d'une revue des écrits, soit la bonne volonté, la compétence et l'honnêteté. Ce sentiment de confiance pourra se traduire en comportements de confiance si le risque perçu dans l'environnement le permet. Johns (1996) souligne le peu d'information contenu dans les écrits quant à la confiance qu'éprouvent et s'accordent les infirmières issues de différents établissements de santé.

Le partage des responsabilités professionnelles
(dimension de l'intériorisation)

Dans les années 1990, le court séjour en postnatal a provoqué une modification du rôle et des responsabilités des infirmières de CH (Evans, 1991 ; Luckas, 1991 ; Stolte, Myers, & Owen, 1994). Elles doivent évaluer et contrôler les problèmes de santé qui peuvent survenir pendant le séjour hospitalier et enseigner aux nouveaux parents les soins à leurs enfants. Par contre, avec l'avènement du congé précoce en postnatal, elles doivent aussi favoriser la coordination des soins et des services de santé, afin d'éviter les problèmes de santé potentiels et le déficit de connaissances qui pourraient survenir après le congé. Ce sens de responsabilité et d'imputabilité peut instiller des sentiments de frustration chez les infirmières de postnatal qui essaient de procurer le même niveau de soins, dans une plus courte période de temps (Evans, 1991 ; Gillerman & Beckman, 1991 ; Lukacs, 1991 ; McGregor, 1994).

Depuis la création des CLSC, les infirmières œuvrant au sein de ces organisations ont développé une gamme de soins et de services de santé diversifiée pour rejoindre les familles et dépister les situations à risque. En effet, en période postnatale, elles assurent des services de santé comme le suivi téléphonique aux nouvelles mères suite à la réception de l'avis de naissance. La visite à domicile est surtout effectuée chez les primipares et la clientèle à risque (RRSSSMC, 1998). Le congé précoce en postnatal implique que les infirmières de CLSC doivent assurer le suivi postnatal plus hâtivement et ce, de façon plus systématique pour l'ensemble de la clientèle. En effet, elles doivent développer de nouvelles habiletés et acquérir de nouvelles connaissances en regard des

soins de la mère et du nouveau-né en période postnatale immédiate; des soins et des services de santé axés davantage sur la santé physique (CÉTSQ, 1997). Toutefois, les infirmières de CLSC ne doivent pas perdre de vue les services de santé communautaire qu'elles prodiguent dans une perspective familiale.

Suite à l'énumération de certaines difficultés éprouvées par les infirmière de CH et de CLSC à situer leurs rôles dans cette nouvelle forme de pratique, il appert que celles-ci doivent reconnaître leur interdépendance. Stichler (1995) souligne que la reconnaissance de l'interdépendance entre les professionnels demeure une condition indispensable pour que la collaboration puisse se développer et s'intérioriser. Ainsi, l'interdépendance force les infirmières à reconnaître qu'elles ne peuvent résoudre un problème ou atteindre un but de façon indépendante ou isolée; elle doivent manifester de la bonne volonté à s'engager dans ce processus (Stichler, 1995). Le partage des responsabilités doit être négocié et déterminé mutuellement dans une relation de collaboration, afin de favoriser la complémentarité des soins et des services de santé en périnatalité. Blondeau et Hébert (1999) indiquent qu'il est trop tôt pour dresser un bilan significatif des conséquences de ce nouveau mode de fonctionnement sur la pratique professionnelle des infirmières.

La résolution des conflits interétablissements
(dimension de la délégation)

À partir des écrits recensés, la dimension de la délégation portant sur la régulation de la collaboration interétablissements dans le contexte du congé précoce en postnatal est primordiale car différents moyens pour gérer l'action collective sont nécessaires pour éviter d'éventuels conflits entre les établissements. Alter et Hage (1993) définissent le

conflit interétablissements, comme un désaccord à propos des objectifs, des méthodes et des règles entre les individus et les organisations participant à un réseau. En effet, Ste-Marie (1998) relève certaines difficultés vécues dans les relations de collaboration entre les CH et les CLSC. Entre autres, certains gestionnaires de CLSC ont exprimé qu'ils doivent se battre avec le CH pour occuper le champ du postnatal. Selon Ste-Marie (1998), un système régional de coordination semblait être, pour ces CLSC, la solution aux conflits qu'ils rencontrent. Ainsi, les régies régionales concernées doivent être sensibilisées à cet état de fait et assumer un leadership plus important dans le développement d'un système régional d'organisation des services de santé en périnatalité où les rôles et les responsabilités de chaque établissement seraient clairement définis.

Pour conclure, les écrits que nous avons recensés à l'aide des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) permettent de considérer divers aspects importants de la collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal. Tel que mentionné précédemment, la grande majorité des recherches portant sur la collaboration interétablissements ont peu considéré les stratégies des acteurs pour tenter d'actualiser ce processus. La présente étude permet donc de poursuivre le développement des connaissances dans ce domaine en essayant de comprendre ce processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal. Cette compréhension en profondeur contribuera à mettre en évidence les différents aspects qui suscitent et favorisent la collaboration interétablissements.

Chapitre III : La méthodologie

Ce chapitre aborde les aspects méthodologiques suivants : le paradigme constructiviste, le devis de l'étude, la sélection des milieux et des participants, le déroulement de l'étude, les méthodes de collecte de données, le processus d'analyse des données, la rigueur méthodologique, et, finalement, les considérations éthiques.

Le paradigme constructiviste

Le paradigme constructiviste vise la compréhension et la reconstruction d'un phénomène d'intérêt (Schwandt, 1994). La perception de la réalité est construite socialement, c'est-à-dire que les constructions proviennent des individus qui tentent de donner un sens aux expériences qu'ils vivent. Dans ce paradigme, il reste impossible de séparer le chercheur du sujet de recherche. C'est justement leur interaction qui crée les données qui pourront émerger de l'étude (Guba & Lincoln, 1989). Ainsi, la compréhension du processus de collaboration entre les infirmières de différents établissements de santé réside dans les discours et les comportements de celles-ci, enracinées dans un contexte, dans un système dont il semble impossible de les dissocier. Ainsi, ce n'est qu'à partir des constructions des acteurs que l'investigatrice pourra construire sa propre interprétation de leur expérience et confronter cette interprétation avec d'autres expériences (Schwandt, 1994). Ce paradigme nous a incité à opter pour l'étude de cas comme devis pour générer de nouvelles connaissances quant au phénomène d'intérêt.

Le devis de l'étude

Le devis est celui d'une étude de cas exploratoire-descriptive de type qualitatif. Cette méthode permet l'investigation approfondie d'un individu, d'un groupe, d'une

communauté ou d'une organisation en ne dissociant pas le contexte dans lequel apparaît le phénomène à l'étude. La présente étude tente de comprendre en profondeur le processus de collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC. Selon D'Amour (1997), l'étude de la collaboration vise à rendre plus explicite l'ensemble des relations, des interactions et des négociations des acteurs autour de valeurs et des processus de travail dans un contexte particulier. L'étude de cas s'avère alors appropriée lorsque le phénomène à l'étude ne se distingue pas facilement de son contexte et que la richesse de celui-ci signifie que l'étude ne peut se réaliser à partir d'une seule stratégie de collecte de données, mais plutôt en employant des stratégies multiples (Yin, 1994). De plus, l'étude de cas autorise l'utilisation d'un cadre de référence a priori qui sert de guide lorsque l'étude est de type exploratoire (Yin, 1994; Creswell, 1997; Mariano, 1994). Ainsi, le cadre de référence permet de mieux situer ce qui devrait être exploré dans l'étude, tout en laissant place à l'émergence de nouveaux éléments (Creswell, 1997). Nous reviendrons sur la pertinence de l'emploi d'un cadre de référence pour guider l'étude de cas, lors de la description du processus d'analyse des données dans le présent chapitre.

Notre étude est qualifiée de cas unique, car elle ne porte que sur un cas, soit une dyade CH-CLSC ayant développé une collaboration interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal. L'étude de cas unique a été privilégiée puisqu'elle suppose une analyse en profondeur des divers aspects d'une situation, pour en faire apparaître les éléments significatifs et les liens qui les unissent, dans le but de saisir la dynamique particulière de cette situation (Collerette, 1997; Mariano, 1994). Yin (1994) discerne des

critères justifiant le choix de l'étude de cas unique. Un premier critère veut que l'étude de cas unique soit extrême. Dans la présente étude, le cas extrême est représenté par un CH et un CLSC qui ont développé, de façon plus significative, des liens de collaboration dans le cadre d'une entente formelle. Un deuxième critère veut que l'étude de cas unique soit révélatrice, c'est-à-dire que le cas unique n'a pu être observé auparavant puisqu'il est inédit.

Une première condition de l'étude de cas consiste à bien définir l'unité d'analyse (Yin, 1994). Ainsi, l'unité d'analyse peut correspondre à une personne, une famille ou une organisation, mais elle peut aussi être un processus (Mariano, 1994; Yin, 1994). L'unité d'analyse de la présente étude est le processus de collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC, où une entente formelle dans le cadre du congé précoce en postnatal est en vigueur entre les deux établissements de santé. Les infirmières rencontrées sont des informatrices clés quant aux relations de collaboration vécues entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal. C'est à l'aide de leur discours et de leurs perceptions que l'étude de cas unique deviendra possible.

Stake (1994) ajoute une seconde condition à l'étude de cas qui est de pouvoir délimiter les frontières du cas, c'est-à-dire déterminer ce qui est à l'extérieur et à l'intérieur de celui-ci. La présente étude répond à cette seconde condition à savoir que les frontières du cas sont bien délimitées. Elles sont représentées par l'ensemble des relations de collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC, dans le cadre du congé précoce en postnatal. Ainsi, même si nous considérons que les relations de

collaboration entre les infirmières d'un même établissement de santé ou avec d'autres professionnels de la santé tels que médecins, travailleurs sociaux, psychologues pourraient s'avérer significatives, elles ne sont pas retenues pour les fins de la présente étude.

Finalement, une dernière condition importante de l'étude de cas est de démontrer une certaine spécificité (Stake, 1994). 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 spécifique. La présente étude de cas remplit cette condition. En effet, le cas est spécifique en ce sens que les relations de collaboration entre les infirmières des deux établissements de santé seront étudiées spécifiquement aux niveaux clinique et administratif. Le niveau clinique sera approfondi en regard des processus cliniques, c'est-à-dire des activités qui concernent l'échange d'informations relatives au congé des mères, à la planification du congé et au suivi à assurer par les infirmières du CH et du CLSC. Le niveau administratif sera approfondi en regard des ententes et règles formelles, des protocoles de soins élaborés pour assurer une continuité des soins et du support offert par les organisations aux infirmières du CH et du CLSC.

Sélection des milieux de la recherche

La sélection des milieux s'est effectuée à partir des deux critères de sélection suivants : 1) le CH et le CLSC devaient posséder une entente formelle interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal et 2) le CLSC choisi sur le territoire du CH devait être celui où retourne la majorité de la clientèle. Le choix du premier critère de sélection se justifiait par l'étude de Ste-Marie (1997) qui a démontré

que l'établissement d'ententes formelles entre un CH et un CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal influence la collaboration, en augmentant la fréquence des liens entre les professionnels de la santé et favorise une meilleure accessibilité des services offerts à la clientèle. Ainsi, ce critère de sélection basé sur les résultats de l'étude de Ste-Marie (1997) a permis de sélectionner une dyade CH-CLSC où les liens de collaboration entre les infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire sont plus marqués depuis la mise en œuvre d'une entente interétablissements. Le choix du deuxième critère de sélection permettait de nous assurer que des liens fréquents existent entre les infirmières des deux établissements de santé. Enfin, le CH et le CLSC choisis sont situés dans une région semi-urbaine socio-économiquement défavorisée.

Sélection des participantes

Les participantes proviennent d'un CH et d'un CLSC et agissent à titre soit d'infirmières gestionnaires ou d'infirmières soignantes. Huit infirmières ont participé à l'étude. L'objectif de départ visait à rencontrer trois infirmières soignantes au CH et trois, au CLSC ainsi qu'une infirmière gestionnaire au CH et une infirmière gestionnaire au CLSC. Au CH, cette distribution du nombre d'infirmières a été respectée. Toutefois, au CLSC, nous avons rencontré une infirmière gestionnaire, une infirmière gestionnaire clinique et deux infirmières soignantes. Cette modification a été apportée suite à la pertinence de rencontrer l'infirmière gestionnaire clinique puisqu'elle comptait de nombreuses années d'expérience à titre d'infirmière soignante dans ce programme. Les critères de sélection des infirmières soignantes s'énonçaient ainsi : 1) faire partie de

l'unité de postnatal sur le quart de travail de jour ou du programme enfance-famille-jeunesse secteur petite enfance, 2) y intervenir depuis plus d'une année soit à temps plein ou à temps partiel ; ce qui représente un minimum de temps pour que les participantes soient en mesure d'agir à titre d'informatrice clé, 3) accepter de faire partie de l'étude en donnant un consentement écrit et 4) accepter d'être enregistrée sur bande audio, lors des entretiens.

Les tableaux 1 et 2 montrent les caractéristiques des infirmières du CH et du CLSC ayant participé aux entretiens.

Tableau 1

Caractéristiques des infirmières du CH participant à l'étude

CH	Âge	Expérience à ce poste (années)	Statut du poste	Expérience au CH (années)	Expérience en soins infirmiers (années)	Expérience Postnatal (années)	Formation initiale	Formation continue
Infirmière en chef	51	22	Temps complet	22	31	25	Diplôme de l'hôpital	B.Sc.
Infirmière	33	2	Temps complet	12	12	7	DEC	Non
Infirmière	47	26	Temps complet	27	27	26	DEC	1 certificat
Infirmière	32	11	Temps complet	12	12	11	DEC	Non

Le tableau 1 révèle que l'âge moyen des infirmière du CH s'élève à 41 ans. Elles possèdent toutes un poste à temps complet et plus de dix ans d'expérience à ce poste et dans cet établissement, ceci démontre beaucoup de stabilité et suppose possiblement peu de mobilité à l'intérieur de l'équipe. La moyenne d'années d'expérience en postnatal se

chiffre à 17 ans. Les trois infirmières soignantes détiennent une formation collégiale en soins infirmiers et l'une d'elles possède un certificat de premier cycle.

Tableau 2

Caractéristiques des infirmières du CLSC participant à l'étude

CH	Âge	Expérience à ce poste (années)	Statut du poste	Expérience au CLSC (années)	Expérience en soins infirmiers (années)	Expérience postnatal (années)	Formation initiale	Formation continue
Chef de programme (intérim)	48	0.5	Temps complet	21	25	21	B.Sc.Inf.	2 certificats 2 ^e cycle
Gestionnaire Clinique (intérim)	41	1	Temps complet	11	21	6	DEC	B.Sc.
Infirmière	50	1.5	Temps complet	18	22	1.5	Diplôme de l'hôpital	B.Sc.
Infirmière	39	1	Temps partiel occ.	1	5	5	DEC	1 certificat

Le tableau 2 révèle que les infirmières du CLSC ont une moyenne d'âge de 45 ans. Trois infirmières sur quatre jouissent d'un poste à temps complet. Le nombre moyen d'années à ce poste est seulement d'un an, ce qui révèle des mouvements récents à l'intérieur de l'équipe. Par contre, le nombre moyen d'années d'expérience au CLSC s'élève à 12 ans. Le nombre moyen d'années d'expérience en soins infirmiers monte à dix-huit ans, comparativement à un nombre moyen d'années d'expérience en postnatal de huit ans. Une infirmière est détentrice d'une formation initiale universitaire en sciences infirmières. Deux infirmières sur quatre ont acquis une formation initiale collégiale en soins infirmiers et ont poursuivi une formation continue au niveau universitaire, leur

procurant ainsi le titre d'infirmière bachelière. Une infirmière possède un certificat de premier cycle.

Le déroulement général de l'étude

L'investigatrice a contacté par téléphone l'infirmière gestionnaire de l'unité de postnatal du CH et l'infirmière gestionnaire du programme enfance-famille-jeunesse du CLSC afin de solliciter leur appui à la réalisation de l'étude. Suite à leur acceptation, une rencontre a été fixée séparément avec l'infirmière gestionnaire du CH et du CLSC et l'investigatrice s'est engagée à leur faire parvenir par télécopieur la lettre expliquant le projet afin qu'elles puissent en prendre rapidement connaissance (voir appendice A). Lors des rencontres avec chacune des infirmières gestionnaires, l'investigatrice a répondu à leur questionnement suite à l'envoi de la lettre expliquant le projet. Elle a expliqué la pertinence de la recherche pour les sciences infirmières et finalement la nature de l'implication des milieux nécessaire à la réalisation du projet à l'étude. Les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC ont accepté que leur milieu respectif participe au projet. L'investigatrice et les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC ont établi la procédure de recrutement des participantes. Les deux infirmières gestionnaires ont alors présenté le projet à l'ensemble des infirmières soignantes. La lettre expliquant le projet a été remise aux infirmières soignantes désireuses de participer à l'étude et elles ont été invitées à communiquer avec l'investigatrice si besoin. Par la suite, les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC ont élaboré un horaire afin de réaliser les entretiens individuels avec les infirmières concernées. Lors des entretiens individuels, l'investigatrice a expliqué le projet et a répondu aux questions des

infirmières concernant leur participation à l'étude. Les infirmières ont pu donner un consentement écrit libre et éclairé pour leur participation au projet et pour l'enregistrement sur bande audio (voir appendice B). L'étude s'est échelonnée du mois de mars 2000 à mai 2000.

Les méthodes de collecte des données

Selon Yin (1994), l'étude de cas favorise l'utilisation de plusieurs méthodes pour collecter les données. L'entretien semi-structuré, l'analyse documentaire, les notes de terrain et le journal de bord ont été les méthodes retenues pour collecter les données.

L'entretien semi-structuré

Selon Yin (1994), l'entretien constitue l'une des sources les plus importantes d'information dans l'étude de cas. L'entretien semi-structuré a été privilégié. Il s'organise autour de thèmes reliés au phénomène d'intérêt, tout en permettant une flexibilité considérable dans l'étendue et la profondeur des questions (Daunais, 1989 ; Morse, 1991). Cette forme d'entretien permet à la personne de s'exprimer longuement sur son expérience. Elle autorise aussi un retour direct sur les thèmes importants non abordés. Aussi, cette forme d'entretien dicte-t-elle la nécessité de dresser un plan ou une grille d'entretien. La grille d'entretien a été élaborée à partir des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration (D'Amour, 1997). Les quatre dimensions du modèle ont permis de préciser les thèmes et les sous-thèmes de l'entretien, de guider leur ordre d'apparition et de prévoir, pour chacun d'eux, des questions ouvertes (voir appendice C). La préparation de ce plan et la mémorisation de celui-ci a inculqué à

l'investigatrice l'assurance d'une meilleure maîtrise de l'entretien (Daunais, 1989). De plus, cette grille d'entretien accordant une plus grande liberté d'esprit a laissé plus de latitude pour porter une attention toute particulière aux attitudes et aux comportements de la personne interviewée (Daunais, 1989).

Les entretiens, d'une durée approximative de 75 minutes, ont été enregistrés sur bande audio puis transcrits intégralement. L'investigatrice a rédigé un rapport pour chacun des entretiens afin de noter ses impressions suite à l'entretien.

L'analyse documentaire

L'analyse documentaire dans l'étude de cas vise à vérifier des noms, des titres, des éléments organisationnels mentionnés dans les entretiens par les participantes afin d'augmenter ou de corroborer l'information fournie (Yin, 1994). Dans la présente étude, l'analyse documentaire a porté sur deux types de documents, soit la feuille de continuité des soins et sur quelques documents administratifs. La feuille de continuité des soins est une façon de formaliser la communication interétablissements. Elle a été utilisée principalement pour corroborer les renseignements recueillis lors des entretiens individuels. Ainsi, l'investigatrice a pu avoir accès aux cartables contenant l'ensemble des feuilles de continuité reçues et classées par mois au CLSC. Quarante feuilles de continuité des soins ont été analysées à partir du mois d'août 1999 au mois de mai 2000, soit une période de 10 mois. Les feuilles de continuité des soins ont été choisies de façon aléatoire, à raison de quatre feuilles par mois. Dans un premier temps, le contenu des renseignements cliniques à inscrire sur la feuille de continuité a été comparé à trois

autres modèles de feuille de continuité des soins utilisés dans d'autres CH. Cette comparaison a permis de constater que le contenu de la feuille de continuité de soins utilisée dans ce milieu est appropriée. Dans un deuxième temps, l'analyse a consisté à évaluer dans quelle mesure les renseignements cliniques sont effectivement inscrits. Pour ce faire, nous avons établi un système de pointage au moyen d'une grille d'analyse élaborée à partir des renseignements cliniques que l'infirmière de CH doit inscrire (voir appendice D). Nous cherchions à déterminer la qualité des renseignements cliniques inscrits sur la feuille de continuité des soins. Ces données ont permis de corroborer l'information obtenue lors des entretiens individuels concernant la qualité des renseignements cliniques au moyen de cette modalité de communication interétablissements.

Plusieurs documents administratifs traitant de l'organisation du travail, de l'entente interétablissements et des comptes-rendus de réunions du comité périnatalité ont été analysés. Cette démarche a permis de mieux comprendre le contexte à l'étude ainsi que l'histoire et l'évolution de la collaboration entre ces deux établissements de santé, dans le cadre du congé précoce en postnatal.

Les notes de terrain et le journal de bord

Des notes de terrain descriptives, théoriques et méthodologiques ont été rédigées, lors du processus de recherche. Selon Jaccound et Mayers (1997), les notes descriptives font état du travail de repérage sur le vif et de description du contexte à l'étude. Les notes descriptives ont été prises de façon chronologique, à partir du moment où

l'investigatrice est entrée dans le milieu. Ainsi, les notes descriptives décrivent les lieux, les infirmières du CH et du CLSC et les événements se rattachant à la période où l'investigatrice était sur le terrain.

Les notes théoriques visent la construction d'une interprétation théorique du phénomène à l'étude. Elles retracent les efforts de l'investigatrice pour trouver un sens et une cohérence aux données accumulées. Les notes théoriques ont permis d'inscrire, de façon méthodique, les questions auxquelles l'investigatrice était confrontée et d'établir des liens avec les écrits reliés au phénomène à l'étude.

Les notes méthodologiques consistent à décrire le déroulement des activités de l'étude et les décisions méthodologiques. Les notes méthodologiques ont offert à l'investigatrice l'occasion de décrire chronologiquement le déroulement du projet à l'étude, en y énonçant les difficultés rencontrées pour se conformer au plan initial et les ajustements apportés pour remédier à la situation.

Finalement, le journal de bord a servi à enregistrer les comportements, les craintes, les interrogations, les doutes, les révélations et les sentiments de l'investigatrice. Il s'est montré d'une grande utilité afin d'aider à cerner les biais qui auraient pu être introduits dans l'étude.

Le processus d'analyse des données

Selon Yin (1994), le processus d'analyse des données dans les études de cas s'avère particulièrement complexe puisqu'il est lié à plusieurs stratégies de collecte de données. La meilleure stratégie pour analyser le cas demeure la stratégie déductive (Yin, 1994). Cette stratégie consiste à s'appuyer sur des propositions théoriques et à recourir à

une logique de « pattern-matching » (Yin, 1994). Ainsi, l'utilisation d'un cadre de référence a priori, à savoir le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997), a permis de guider la collecte de données et l'analyse, tout en laissant place à l'émergence de nouveaux éléments. L'analyse a consisté à comparer méthodiquement le cas avec les propositions du modèle de D'Amour (1997), afin de discerner celles qui sont fondées, d'enrichir ou de modifier celles qui le nécessitent, et enfin d'en retrancher ou d'en ajouter (Collerette, 1997). De plus, Yin (1994) suggère d'utiliser la méthode d'analyse de données qualitatives de Huberman et Miles (1991), surtout chez les novices en recherche. Huberman et Miles (1991) décrivent une méthode d'analyse qualitative en trois activités, soit la condensation, la présentation de même que l'élaboration et la vérification des données. L'analyse des données qualitatives et l'activité même du recueil des données forment un processus cyclique et interactif (Huberman & Miles, 1991).

La condensation des données

La première activité analytique, la condensation des données, représente une opération continue et interactive se déroulant à toutes les étapes d'une étude qualitative. Cette opération débute avant même la collecte effective des données et se traduit, à cette étape, par une condensation anticipée de ces dernières. Ainsi, le choix d'un cadre de référence, des questions de recherche, du devis et du groupe de participants à l'étude contribue à effectuer une condensation anticipée des données (Huberman & Miles, 1991).

Pendant la collecte de données, la condensation se poursuit par la création d'un système de codage. Huberman et Miles (1991) privilégient une méthode, lors de la création du système de codage, qui consiste à établir une liste préliminaire de codes, tout en attribuant une définition claire à chacun de ceux-ci. Cette liste préliminaire de codes a été réalisée en prenant en considération le but de l'étude, les questions de recherche, le cadre de référence et le guide d'entrevue, tout en réservant une place à l'émergence. Les codes constituent des catégories aidant à identifier rapidement et à regrouper tous les segments d'un texte (Huberman & Miles, 1991). L'application du système de codage se révèle un processus de sélection, de simplification, de regroupement et de transformation des données brutes figurant dans les transcriptions des entretiens, de l'analyse documentaire, des notes de terrain et du journal de bord (Huberman & Miles, 1991). De plus, Huberman et Miles (1991) suggèrent d'effectuer un codage impliquant d'autres personnes (codage multiple), ce qui favorise non seulement l'obtention de définitions claires des codes, mais constitue aussi une façon d'assurer la fiabilité. La participation d'une personne possédant une expertise distincte dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle et une connaissance du cadre de référence s'est révélée un apport précieux. Une fois la codification des deux premiers entretiens effectuée avec l'aide de cette personne, l'investigatrice a pu réajuster la liste préliminaire de codes. Par la suite, l'utilisation d'un support informatique, soit le programme N.U.D.I.S.T (Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing) s'est montré utile pour entrer, emmagasiner, organiser et coder les données recueillies et créer ainsi l'arborescence de codification (voir appendice E).

La présentation des données

La seconde activité analytique, la présentation des données, s'effectue au moyen de différents formats de présentation, constituant un assemblage organisé d'informations qui incite à tirer des conclusions. Huberman et Miles (1991) proposent des formats de présentation comme des matrices, des diagrammes ou des tableaux, afin de rassembler l'information et de l'organiser sous une forme compacte facilement accessible. Le mode traditionnel de présentation des données qualitatives, soit le texte narratif appuyé d'extraits de verbatim illustrant les résultats, a été privilégié. Les tableaux ont été utilisés pour présenter les caractéristiques sociodémographiques des infirmières du CH et du CLSC participant à l'étude.

L'élaboration et la vérification des conclusions

La troisième activité analytique, l'élaboration et la vérification des conclusions, s'amorce dès le début du recueil des données (Huberman & Miles, 1991). L'investigatrice a commencé à interpréter en identifiant les régularités, en repérant les thèmes et les configurations possibles, tout en essayant d'établir des regroupements dans le discours des participantes. Ces différentes tactiques proposées par Huberman et Miles (1991) ont aidé l'investigatrice à identifier des résultats. Les résultats identifiés doivent également être vérifiés au fur et à mesure du travail d'analyse. Les significations qui se dégagent des données doivent être testées, quant à leur validité. Ainsi, la vérification des conclusions doit se faire, selon différentes stratégies, afin d'évaluer la qualité de celles-ci (Huberman & Miles, 1991). La stratégie préconisée a été d'effectuer une triangulation

des données, en utilisant plusieurs méthodes de collecte de données. Cette stratégie démontre que les résultats obtenus, indépendamment selon chaque méthode, apportent des renseignements pertinents pour l'étude (Huberman & Miles, 1991 ; Yin, 1994). La triangulation peut aussi se réaliser à partir de l'expertise d'autres chercheurs. Ainsi, la directrice de la présente recherche a participé au développement de la codification et a validé la codification de deux entretiens.

La rigueur méthodologique

Dans les études qualitatives, les critères de validité et de fiabilité ne peuvent être utilisés de la même façon que dans les recherches quantitatives. Ainsi, Pourtois et Desmets (1988) proposent des critères d'évaluation qui établissent le parallèle avec les critères de validité et de fiabilité. Selon ces auteurs, quatre critères de qualité doivent assurer la rigueur méthodologique; ce sont les critères de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité.

Premièrement, le critère de crédibilité a été évalué par la question suivante : « Quelle garantie le chercheur fournira-t-il quant à la qualité et à la quantité des observations effectuées ainsi qu'à l'exactitude des relations qu'il établit entre les observations, lors de l'interprétation ? » (Pourtois & Desmets, 1988). Comme l'a déjà mentionné Huberman et Miles (1991), un moyen d'assurer la crédibilité des données et les résultats a été la triangulation des sources de données, c'est-à-dire l'usage de deux ou de plusieurs sources, lors de la collecte des données. Ainsi, la triangulation des données recueillies par les entretiens individuels, l'analyse documentaire et les notes de terrains s'est montré indispensable pour garantir la qualité de l'information. Un second moyen

d'assurer la crédibilité a été l'utilisation d'un cadre de référence à savoir, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Selon Yin (1994), cette stratégie déductive qui consiste à s'appuyer sur des propositions théoriques et à recourir à une logique de *pattern-matching* assure une bonne validité interne.

Deuxièmement, le critère de transférabilité a été évalué par la question suivante : « Les conclusions auxquelles le chercheur arrive peuvent-elles s'étendre à d'autres contextes d'études ? » Dans la présente étude, ce critère a été plus difficile à prendre en considération, puisque l'étude de cas unique optimalise la compréhension en profondeur plutôt que la généralisation (Stake, 1993). En effet, lorsqu'on étudie un cas unique pour tester un modèle théorique, il importe d'éviter une généralisation prématurée (Collerette, 1997). Ainsi, l'utilisation du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) élargit celui-ci en l'appliquant à d'autres niveaux de collaboration. Toutefois, il s'agit plutôt de considérer le résultat comme un modèle provisoire qui demandera à être vérifié de nouveau, dans d'autres contextes, avant d'espérer le généraliser (Collerette, 1997).

Troisièmement, le critère de constance interne manifeste sa présence s'il existe une indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques. La méthode de la triangulation de données a contribué à augmenter la constance interne. Finalement, le critère de fiabilité représente l'indépendance des analyses, par rapport à l'idéologie du chercheur (Pourtois & Desmets, 1988). À la base de la fiabilité, le chercheur se doit de prendre conscience de ses jugements en tant qu'éléments influençant ses analyses et ses interprétations. La

tenue d'un journal de bord par l'investigatrice tout au long du processus de collecte de données en assure le critère de fiabilité. En effet, elle a pu y noter ses sentiments, ses impressions ou ses jugements qui auraient pu introduire des biais.

Les considérations éthiques

Le projet de recherche a été soumis et accepté par le comité d'éthique de l'Université de Montréal puisque les deux établissements de santé identifiés ne possédaient pas de comité d'éthique (voir appendice F). Les infirmières participant à l'étude ont donné leur consentement écrit libre et éclairé tant pour leur participation aux entretiens que pour l'enregistrement sur bande audio. Tous les enregistrements des entretiens individuels ont été conservés dans un endroit sécuritaire et seront détruits, lorsque le mémoire aura été accepté. Les infirmières participant à l'étude ont également été assurées de la confidentialité ainsi que de l'anonymat en regard des informations transmises. De plus, celles-ci ont été avisées qu'elles pouvaient se retirer à tout moment de l'étude sans aucun préjudice.

Chapitre IV : La présentation des résultats

La première partie de ce quatrième chapitre est consacrée à la description des milieux à l'étude en ce qui a trait aux données relatives aux naissances et aux caractéristiques des infirmières en périnatalité des deux établissements de santé. Cette première partie est rédigée à partir des données obtenues du fichier informatisé des naissances et de l'analyse documentaire.

La seconde partie répond aux deux questions de recherche, soit quel est le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC afin d'assurer la continuité du suivi postnatal dans le cadre du congé précoce ? Et quels sont les facteurs organisationnels qui favorisent ou qui entravent le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal ?

Sélection et description des milieux à l'étude

Le but de l'étude étant d'analyser la collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal, deux milieux ont été sélectionnés à partir de deux critères qui démontrent la démarche importante de collaboration interétablissements. L'identification des deux milieux à l'étude s'est réalisée à partir des données d'une autre recherche s'intitulant : Analyse stratégique de la mise en place d'un réseau de soins en périnatalité (D'Amour, Goulet, Pineault, & Daigle, 2000).

C'est en 1996 que le CH à l'étude a amorcé la réduction du séjour hospitalier en postnatal. À ce moment, la principale modalité de suivi offerte à la mère et au nouveau-né était un rendez-vous au CH 24 à 48 heures après leur congé afin d'effectuer une vérification de poids et un dépistage de l'ictère chez le nouveau-né. Les infirmières du

CLSC assuraient le suivi postnatal uniquement par un appel téléphonique et ce, pour l'ensemble de la clientèle. Les visites à domicile étaient effectuées exceptionnellement et avec l'autorisation de l'infirmière gestionnaire du CLSC, faute de ressources financières. En 1999, suite à trois années de négociations, les gestionnaires des deux établissements de santé ont statué sur une entente interétablissements.

La description du CH à l'étude

Les données sur les naissances sont tirées du fichier informatisé du CH à l'étude pour la période du 1 avril 1999 au 30 mars 2000. Le nombre total de naissances est de 1089. De ce nombre, 936 (86%) femmes ont accouché par voie vaginale et 153 (14%) ont eu une césarienne. Du nombre total de naissances, 368 (34%) femmes sont des primipares et 743 (68%) allaitaient à la sortie du CH. La durée moyenne du séjour pour une femme ayant eu un accouchement vaginal est de 2.2 jours et de 4.1 jours pour celles ayant eu une césarienne. Du nombre total de naissances, 762 (70%) mères résident sur le territoire du CLSC de la présente étude. L'unité des naissances du CH comporte 14 lits pour la période postnatale et 5 chambres de naissance.

Le nombre d'infirmières en postnatal par quart de travail est de trois infirmières soignantes et d'une assistante infirmière en chef pour le quart de jour et de deux infirmières soignantes et d'une assistante infirmière en chef pour le quart de soir et le quart de nuit. Le rapport infirmières/mères-nouveau-nés est d'une infirmière par quatre dyades mères/nouveau-nés sur le quart de jour et d'une infirmière par sept dyades mères/nouveau-nés pour le quart de soir et de nuit. Au total, quarante infirmières

composent l'équipe de périnatalité au CH en regroupant trois secteurs d'activités soit les soins périnataux et postnataux et la néonatalogie. Quinze infirmières possèdent un poste à temps complet soit 37,5%, alors que vingt cinq occupent un poste à temps partiel soit 62,5%. De plus, trente et une infirmières ont acquis une formation collégiale en soins infirmiers soit 77,5%, alors que neuf détiennent une formation universitaire soit 22,5% leur procurant le titre d'infirmière bachelière. La moyenne des années d'expérience sur l'unité pour l'ensemble des infirmières se chiffre à dix années.

La description du CLSC à l'étude

Les données sur les naissances sont tirées du fichier informatisé du CLSC à l'étude pour la période du 1 avril 1999 au 30 mars 2000 de CLSC. Le nombre total de naissances est de 1200. De ce nombre, 1068 (89%) femmes ont accouché par voie vaginale et 132 (11%) ont eu une césarienne. La durée moyenne du séjour hospitalier pour une femme ayant eu un accouchement vaginal est 2.1 jours et de 4.0 jours pour celles ayant eu une césarienne.

Au total onze infirmières composent l'équipe de périnatalité au CLSC. Neuf infirmières possèdent un poste à temps complet soit 81,8%, alors que deux occupent un poste à temps partiel soit 18,2%. Sept infirmières détiennent une formation collégiale en soins infirmiers soit 63,6%, alors que quatre ont acquis une formation universitaire soit 36,4% leur procurant le titre d'infirmière bachelière. Toutefois, il est important de souligner que les sept infirmières de formation collégiale en soins infirmiers possèdent un certificat de premier cycle universitaire. La moyenne des années d'expérience dans le

programme enfance-famille-jeunesse pour l'ensemble des infirmières se chiffre à six années.

Résultats relatifs aux questions de recherche

Cette première partie de la présentation des résultats vise à répondre à la question de recherche initiale : Quel est le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC afin d'assurer le suivi postnatal dans le cadre du congé précoce ? Les résultats à cette question sont présentés avec l'aide du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) à l'intérieur duquel quatre dimensions permettent de comprendre la collaboration en tant que processus de structuration de l'action collective.

La formalisation de la collaboration interétablissements

La dimension de la formalisation est étudiée en fonction des règles et des procédures qui guident la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal. Les paragraphes suivants décrivent les résultats reliés à la dimension de la formalisation.

L'existence d'une entente formelle interétablissements

Une entente formelle écrite et explicite régit le suivi postnatal des infirmières des deux établissements de santé. Le contenu de l'entente fait clairement état des orientations, des objectifs, des principes directeurs, de la définition du congé précoce, des critères d'admission, du partage des responsabilités entre les établissements de santé, de la gestion de l'entente et du suivi d'évaluation des résultats chez la clientèle. Selon

l'ensemble des infirmières participant à l'étude, l'entente formelle interétablissements s'avère indispensable à la mise en place d'une procédure commune pour assurer le suivi postnatal. À ce sujet une infirmière du CLSC et une infirmière du CH affirment :

« Alors, moi je trouve qu'avant l'entente, il y avait plein de choses qui étaient nébuleuses. Si on en discutait avec l'infirmière responsable à l'unité des naissances, elle disait : « Là, je n'ai pas encore averti toutes mes filles, on n'a comme rien de signé encore. » Ce qui était correct aussi, sauf de notre côté, on essayait de travailler et on se frappait à des barrières. » Entrevue # 5 (22-28)

« Si tu n'as pas comme tel un protocole pour dire, quand est-ce qu'on consulte puis quand est-ce qu'on ne consulte pas ; qu'est-ce qu'on spécifie, qu'est-ce qu'on spécifie pas, ça peut-être un brouhaha !. » Entrevue # 8 (626-630)

L'entente formelle interétablissements comporte deux règles relatives à la collaboration interétablissements. Ces deux règles concernent les modalités de communication interétablissements et les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né. Ces deux règles sont décrites et exposées dans les pages suivantes.

Les modalités de communication interétablissements

L'entente formelle interétablissements signale globalement la pertinence de cette première règle concernant l'échange de renseignements cliniques écrits et verbaux sur la clientèle entre les infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire. Les entretiens individuels réalisés auprès des infirmières participant à l'étude et l'analyse de documents administratifs et cliniques ont permis d'identifier trois modalités de communication interétablissements à savoir: la fiche de liaison prénatale, la feuille de continuité des soins et les échanges téléphoniques. Dans les paragraphes suivants, ces

trois modalités de communication font l'objet d'une brève description et d'une présentation des résultats ressortant comme significatifs pour chacune.

La fiche de liaison prénatale

La fiche de liaison prénatale assure la transmission écrite de renseignements cliniques pour la clientèle perçue comme étant vulnérable par les infirmières du CLSC. Lorsque nécessaire, les infirmières du CLSC communiquent avec l'infirmière de liaison du CH par téléphone au préalable. Par la suite, l'infirmière de liaison avise les infirmières de l'unité des naissances. Elles peuvent assurer alors un meilleur suivi, puisqu'elles sont avisées des clientes qui nécessiteront davantage de soutien et de support. Il semble que les fiches de liaison prénatale pourraient être acheminées plus fréquemment aux infirmières du CH afin qu'elles puissent apporter un soutien précoce à la clientèle vulnérable. À cet effet, une infirmière du CH indique :

« Si l'infirmière en prénatal nous l'avait communiqué avant, on aurait commencé à planifier ou investiguer avec elle, dès la première journée, dès le moment qu'elle arrive à l'hôpital. Je trouve qu'il y a un petit peu de perte de temps, il faut renforcer ça. » Entrevue # 1 (718-723)

Pour les infirmières du CLSC, les fiches de liaison prénatale acheminées sont vraiment prises en considération par les infirmières du CH. À cet effet, une infirmière du CLSC souligne :

« J'ai rempli une fiche de liaison, elle l'a eue, elle l'a mise de côté. Quand la maman est allée accoucher, automatiquement elle l'avait, ça très très bien été. Après l'accouchement, l'infirmière a recommuniqué, en plus de la formule que l'on reçoit automatiquement. » Entrevue # 4 (106-112)

La feuille de continuité des soins

La feuille de continuité des soins permet la transmission écrite de renseignements cliniques sur le séjour hospitalier de la mère et du nouveau-né aux infirmières du CLSC, afin qu'elles puissent assurer la continuité des soins. Il importe de souligner que la communication entre les infirmières du CH et du CLSC se réalise majoritairement par cette modalité. Selon les répondantes, la feuille de continuité des soins doit être acheminée précocement aux infirmières du CLSC et contenir des renseignements cliniques de qualité sur la santé de la mère et du nouveau-né pour assurer leur suivi postnatal. Ces deux constats sont exposés dans les paragraphes suivants.

Avec l'avènement du congé précoce en postnatal, la précocité de l'envoi et la réception des feuilles de continuité des soins au CLSC deviennent impératives pour assurer le suivi de la clientèle. L'entente formelle interétablissements énonce clairement la nécessité de transmettre rapidement par télécopieur, les feuilles de continuité des soins aux infirmières du CLSC, soit au moment du départ de la clientèle du CH vers leur domicile. À ce sujet, deux infirmières du CH explique :

« Ça va leur donner une chance à elles, parce que si on veut qu'elles tiennent leur engagement de dire qu'elles font les appels téléphoniques rapidement, il faut qu'elles reçoivent la feuille rapidement, ça va ensemble. » Entrevue # 1 (191-195)

« Il faut que ce soit envoyé la journée même du départ de la mère, pour que le CLSC puisse prendre contact tout de suite le lendemain avec la mère. Pour cédule leur rendez-vous, le 48 heures. » Entrevue # 7 (179-182)

Il apparaît que cette procédure est respectée et fait consensus au sein des infirmières participant à l'étude. Les infirmières du CLSC affirment recevoir les feuilles

de continuité des soins au bon moment, soit en milieu d'après-midi au CLSC. Elles disposent de suffisamment de temps pour planifier et organiser le suivi postnatal de la clientèle. À ce sujet, une infirmière du CLSC souligne :

« La maman a son congé, on reçoit la journée même de son congé une formule qui est remplie par l'infirmière, nous avisant de l'avis de naissance et du congé du bébé. On la reçoit toujours à date. » Entrevue # 4 (130-134)

La qualité des renseignements cliniques à inscrire sur la feuille de continuité des soins a évolué suite au congé précoce en postnatal et à la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements. En effet, certains renseignements cliniques sont requis pour assurer une meilleure continuité des soins. À ce sujet, deux infirmières du CH mentionnent :

« Cette feuille, de toute façon on l'a modifiée depuis le début, parce qu'au tout début, il y n'avait pas tous les renseignements nécessaires. » Entrevue # 7 (724-726)

« Avant le bilirubinomètre, on n'écrivait jamais ça. Ce n'était pas pertinent pour l'infirmière du CLSC de savoir combien il faisait son taux de jaunisse au départ. Maintenant qu'elles ont toutes des appareils, c'est important que l'infirmière note la journée du départ le bébé était à combien, pour que le lendemain, lorsqu'elle va aller à domicile elle puisse comparer. » Entrevue # 1 (517-526)

Les infirmières du CH ont davantage de renseignements cliniques à compléter, mais la feuille de continuité des soins a été conçue pour être la plus fonctionnelle possible. Elle comporte deux sections, à savoir une section pour la mère et une section pour le bébé, où des renseignements cliniques obligatoires sont à inscrire ou à cocher. De plus, la feuille de continuité des soins contient des espaces libres où les infirmières du CH peuvent inscrire des renseignements cliniques complémentaires. La feuille de

continuité des soins est vérifiée et complétée par l'infirmière qui est responsable de la cliente, le matin de son départ du CH.

Pour les infirmières du CLSC, la qualité des renseignements cliniques inscrits sur les feuilles de continuité des soins demeure essentielle, principalement, pour qu'elles puissent assurer une meilleure continuité des soins à la clientèle en déterminant la priorité des visites à domicile à l'intérieur de 72 heures. À ce sujet, une infirmière du CLSC indique :

« C'est important ce qu'elles ont constaté à l'hôpital, parce qu'on en tient très très compte des notes de l'infirmière pour prioriser, laquelle va passer avant l'autre. »
Entrevue # 4 (488-490)

Or, les infirmières du CLSC sont partagées quant à leur satisfaction à l'égard des renseignements cliniques inscrits sur la feuille de continuité des soins. Il semble que des feuilles de continuité des soins incomplètes empêchent les infirmières du CLSC de déterminer adéquatement la priorité dans l'ordre des visites à domicile. À ce sujet, une infirmière du CLSC exprime :

« Si on l'avait su, on n'aurait pas agi de la même façon avec la cliente. On aurait priorisé, la visite tout de suite, il manquait certains détails. » Entrevue # 3 (449-452)

Suite à l'analyse documentaire, soit l'analyse de contenu des feuilles de continuité des soins, il apparaît que les renseignements cliniques obligatoires sont exhaustifs pour 14 clientes sur 40 soit 35 %. Elle montre également que des renseignements cliniques complémentaires sont inscrits pour 24 clientes sur 40, soit 60 %. Les infirmières du CH mentionnent à l'unanimité leur désir d'améliorer la qualité des renseignements cliniques inscrits sur la feuille de continuité des soins en y ajoutant des informations

complémentaires pour que les infirmières du CLSC soient mieux informées du séjour hospitalier de la mère et du nouveau-né. À ce sujet, une infirmière du CH mentionne:

« Je pense qu'il pourrait y avoir plus de choses dessus. Juste dire comment l'allaitement va, plus de renseignements point de vue contact avec le bébé ou avec le conjoint c'est super important. » Entrevue # 2 (522-524)

Une procédure est actuellement préconisée par les infirmières du CH afin de compléter la feuille de continuité des soins exhaustivement. Cette procédure implique que les infirmières du CH, sur les trois quarts de travail, inscrivent les renseignements cliniques pertinents sur la feuille de continuité des soins au fur et à mesure, au lieu que celle-ci soit complétée uniquement par l'infirmière de jour, le matin du congé de la cliente. À ce sujet, deux infirmières du CH mentionnent :

« C'est ce qu'on dit puis c'est ce qu'on essaie de faire s'il y a quelque chose de particulier, on le note déjà sur la feuille. » Entrevue # 8 (307-308)

« Si la mère a quelque chose de spéciale, l'infirmière faut qu'elle soit assez sensibilisée pour aller tout de suite l'écrire sur la feuille de continuité. » Entrevue # 1 (873-876)

Or, la responsabilité de compléter les feuilles de continuité des soins demeure principalement celle des infirmières du CH oeuvrant sur le quart de jour. Pourtant, les infirmières du CH participant à l'étude insistent sur l'importance que les infirmières des trois quarts de travail inscrivent régulièrement les renseignements cliniques pertinents. En effet, il semble que cette nouvelle façon de faire ne soit pas un automatisme, ce qui suscite certains problèmes dans la transmission exhaustive des renseignements cliniques vers le CLSC. À ce sujet, une infirmière du CH souligne :

« La patiente a son congé, elle quitte à dix heures et tu as presque rien. Tu n'as pas beaucoup de notes, tu ne peux pas y aller nécessairement selon ton feeling. »

Tu n'as pas vu la relation qu'elle a avec son bébé, c'est un peu ça que je déplore.
» Entrevue # 8 (293-297)

Les échanges téléphoniques entre les infirmières du CH et du CLSC

Les échanges téléphoniques entre les infirmières du CH et du CLSC assurent la transmission de renseignements cliniques sur la mère et son nouveau-né afin d'assurer la continuité des soins. Les deux principaux motifs d'appels des infirmières du CLSC sont les suivants : 1) le suivi de l'ictère du nouveau-né déterminé dans l'entente interétablissements où le résultat de bilirubinométrie transcutanée ne doit pas être égal ou supérieur à 22, sinon l'infirmière du CLSC retourne le bébé au CH, pour un contrôle sanguin appelé bilirubinémie et 2) la validation des préoccupations des infirmières du CLSC concernant des problématiques de santé autant physique que psychosociale chez la mère ou le nouveau-né. Le motif d'appel des infirmières du CH concerne des problématiques surtout psychosociales chez la clientèle. Les participantes à l'étude soulignent que les échanges téléphoniques entre les infirmières du CH et du CLSC sont facilités par une infirmière de liaison en périnatalité au CH.

L'infirmière de liaison en périnatalité au CH est identifiée comme le pivot de la communication interétablissements. Il importe de mentionner que son rôle n'est aucunement exposé dans l'entente formelle interétablissements. Ce mécanisme dont on a convenu à l'amiable vise une meilleure applicabilité de l'entente puisque les infirmières du CLSC étaient incapables de rejoindre le médecin de garde. À ce sujet, une infirmière du CLSC explique :

« On dit que l'on doit rejoindre le médecin, le protocole dit ça. Mais dans le pratico-pratique, c'est l'infirmière de liaison qu'on appelle. Pourquoi ? parce que les médecins ont des beepers avec des numéros différents qu'on n'a pas. Même à l'hôpital, elles ont de la misère à tenir un horaire. » Entrevue # 5 (719-722)

Cependant, ce mécanisme a pour effet de créer certaines frictions entre les infirmières des deux établissements de santé, lorsque l'infirmière de liaison est en congé.

À ce sujet, une infirmière du CLSC mentionne :

« Quand elle est en congé, ou qu'elle ne travaille pas la fin de semaine qu'elle est supposée travailler des fois ça devient plus compliqué. » Entrevue # 5 (388-389)

Pour les infirmières du CLSC, l'infirmière de liaison facilite la communication interétablissements puisque cette dernière assure une réponse rapide à leurs besoins et à leurs questionnements. Cette réponse rapide est primordiale puisque les infirmières du CLSC appellent au CH surtout lorsqu'elles sont au domicile de la clientèle. À ce sujet, une infirmière du CLSC précise :

« C'est sûr que ce serait plus compliqué (sans infirmière de liaison) parce qu'elle la connaît l'entente. Elle connaît les principes, elle sait à quoi on est tenu de répondre... On demande cette personne et c'est plus rapide. Surtout quand on est à domicile, parce que très souvent on appelle cette personne-là du domicile. » Entrevue # 4 269-275

Pour les infirmières du CH, l'infirmière de liaison est facilitante puisqu'elle communique avec le CLSC à propos des clientes nécessitant un suivi particulier. Or, l'opinion semble partagée sur la faisabilité d'un processus où chacune des infirmières soignantes du CH communique avec les infirmières du CLSC. À ce sujet, deux infirmières du CH mentionnent :

« Quand j'ai un cas particulier, j'en parle à l'infirmière de liaison, qui va transmettre le message. Avec le roulement qu'on a ici, tu n'as pas le temps de

prendre tes cas, de faire tous les téléphones. Tu n'arrives pas. » Entrevue # 7 (772-781)

« Une patiente qui quitte de bonne heure le matin et qu'il y a vraiment quelque chose, qu'on veut qu'elles aillent la voir le plus tôt possible. Pour appeler, ça ne prend pas tellement de temps. » Entrevue # 8 (199-203)

Les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né

L'entente formelle interétablissements souligne la pertinence de cette deuxième règle concernant les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né. Selon l'entente, les infirmières du CLSC doivent faire un appel téléphonique et une visite à domicile systématiquement à toutes les mères et ce, dans un court délai après leur retour à domicile. L'entente énonce clairement ces délais qui semblent respectés et ce, sept jours sur sept, pour l'ensemble de la clientèle du territoire desservi. Dans les paragraphes suivants, ces deux modalités de suivi principales font l'objet d'une brève description et d'une présentation des résultats ressortant comme significatifs pour chacune.

L'appel téléphonique par l'infirmière du CLSC assure une prise de contact précoce avec la mère dans un délai de 24 heures, suivant le départ du CH. Le contenu de l'appel téléphonique à la mère est inexistant dans l'entente interétablissements. Or, les entretiens réalisés auprès des infirmières du CH et du CLSC et l'analyse documentaire permettent d'identifier trois interventions infirmières spécifiques quant à cette modalité de suivi. L'appel téléphonique précoce permet aux infirmières du CLSC d'effectuer une première évaluation de la santé de la mère et du nouveau-né, de soutenir et de réassurer la mère en répondant précocement à ses questions et à ses préoccupations et d'établir la priorité

dans l'ordre des visites systématiques à domicile. À cet effet, une infirmière du CLSC souligne :

« Je pense que l'appel 24 heures est très important, parce que souvent, oui! on a des appels à l'aide. Même si on ne visite pas la journée même, au moins par téléphone on peut donner des trucs, des conseils, dire : « bon, là je passe demain avant-midi » ou quelque chose comme ça. Ça rassure beaucoup. » Entrevue # 4 (642-646)

La visite systématique à domicile par l'infirmière du CLSC assure un suivi précoce à la mère, au nouveau-né et sa famille dans un délai de 24 à 72 heures, suivant leur départ du CH. Or, il semble que certaines infirmières du CLSC ont vécu de l'ambivalence en regard de ce délai. À ce sujet, une infirmière du CLSC exprime :

« Il y en a qui était plus ou moins d'accord parce qu'il y a bien des infirmières qui disaient : « Oui, mais aller visiter une maman 24-48 heures, elle ne les a pas encore ses problèmes. Il faut la laisser être avec son petit bébé pendant un petit bout de temps pour savoir il est où le problème. » Et, il y en a qui disaient qu'automatiquement, ça allait nous emmener deux ou trois visites au lieu d'une. » Entrevue # 4 (686-698)

Maintenant, l'ensemble des infirmières du CLSC interviewées affirme que leurs collègues réalisent que la visite systématique à domicile faite précocement assure un meilleur soutien aux nouveaux parents. À ce sujet, une infirmière du CLSC mentionne :

« Maintenant les filles, on réalise tellement que plus on rentre tôt à domicile, on sauve des allaitements qu'avant on perdait. On arrive à un moment privilégié parce que la mère revient à la maison et elle est comme fébrile. » Entrevue # 5 (929-932)

Les entretiens réalisés auprès des infirmières du CH et du CLSC participant à l'étude et l'analyse documentaire permettent d'identifier cinq interventions infirmières spécifiques quant à cette modalité de suivi. La visite systématique à domicile permet aux infirmières de CLSC d'évaluer la santé physique de la mère et du nouveau-né, de faire

du dépistage, de soutenir et de réassurer la mère et sa famille, d'éduquer la mère et sa famille selon leurs besoins, d'évaluer les besoins de la mère, du nouveau-né et de sa famille et de les référer si nécessaire à d'autres ressources disponibles. Ces interventions réalisées lors de la visite à domicile ne sont pas nouvelles en soi puisque les infirmières du CLSC les effectuaient avant la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements. Toutefois, les infirmières participant à l'étude indiquent que, depuis l'entente, le contenu de la visite systématique est davantage orienté vers l'évaluation de la santé physique de la mère et du nouveau-né dans le but de dépister les complications maternelles et néonatales pouvant survenir à domicile. À ce sujet, une infirmière du CLSC et une infirmière du CH soulignent:

« La première visite c'est vraiment physique: l'examen du nouveau-né, l'examen de la maman, les conseils de montée laiteuse, les conseils de soins au nouveau-né, les conseils de préparation de biberon, c'est vraiment la santé physique. »
Entrevue # 4 (800-804)

« Lorsque l'infirmière du CLSC rentre dans la maison, elle se doit de faire un examen physique de la mère et du bébé. Avant le protocole, elles évaluaient pas ça. » Entrevue # 1 (1048-1050)

À titre d'exemple, lors de l'évaluation de la santé physique de la mère et du nouveau-né, une des vérifications effectuée par les infirmières du CLSC est le dépistage de l'ictère néonatal. Ce dépistage consiste à exécuter un test de bilirubinométrie transcutanée. Le résultat, de ce test, doit demeurer inférieur à 22, sinon le bébé retourne au CH pour une bilirubinémie. Certaines infirmières du CLSC vivent cette procédure avec une certaine insatisfaction puisqu'elles doivent parfois retourner le nouveau-né même si tous les autres signes cliniques sont normaux. Il ressort qu'une réflexion a été

amorcée quant à la possibilité que le test de bilirubinémie soit réalisé par les infirmières du CLSC.

Suite à la visite à domicile, le suivi de la clientèle est planifié selon l'évaluation réalisée par les infirmières du CLSC. Lorsque des besoins sont identifiés chez la mère ou le nouveau-né, le suivi postnatal effectué par les infirmières n'est pas appuyé sur des protocoles de soins. À ce sujet, une infirmière du CLSC indique :

« Je n'ai personne qui me dit, «tu as droit à deux visites.» J'y vais tant et aussi longtemps que je le juge nécessaire. Ça fait que si j'ai trois, quatre visites à faire, je vais les faire. Tant et aussi longtemps que je m'assurerai pas que le bébé est en sécurité, que la madame est correcte avec tout ce qu'on lui a dit, qu'elle se sente en sécurité. » Entrevue # 6 (1080-1087)

Toutefois, lorsque l'infirmière du CLSC n'identifie pas de besoins particuliers, le suivi postnatal se termine. L'infirmière s'assure toutefois que la clientèle possède les références nécessaires au besoin. À ce sujet, une infirmière du CLSC précise :

« Souvent les parents vont dire: « Allez-vous revenir ? » Et, on leur explique : « Si je n'ai pas besoin de revenir, si vous sentez que vos questions ont été répondues, j'en reste là. Je continue à vous dire Nourrisource, Santé Enfant, Info Santé et vous pouvez me rejoindre quand vous voulez sur ma boîte vocale au CLSC. Je vais retourner votre appel. » . » Entrevue # 5 (976-980)

En résumé, l'analyse des données sur la dimension de la formalisation de la collaboration interétablissements nous mène à plusieurs constats. D'une part, la mise en place d'une entente formelle interétablissements comportant deux règles significative est primordiales afin de faciliter la qualité des relations de collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC. Ces deux règles concernent les modalités de communication interétablissements et les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né. Les résultats obtenus en regard de la première règle démontrent que les modalités de

communication sont adéquates mais que la qualité des renseignements cliniques transmis demeure une préoccupation chez les infirmières du CH et du CLSC. En ce qui concerne la seconde règle, les résultats soulignent que l'entente interétablissements a permis que les mères reçoivent un appel et une visite à domicile systématiques après leur retour à la maison par l'infirmière du CLSC, ce qui a amélioré la qualité des soins en évitant un dédoublement des services de santé.

La finalisation de la régulation de la collaboration interétablissements

La dimension de la finalisation est étudiée en fonction de l'existence d'objectifs communs entre les infirmières du CH et du CLSC et du degré auquel les infirmières intègrent ces objectifs à leur action. Notre étude nous mène à trois constats, ceux-ci sont présentés dans les paragraphes suivants.

La conception des soins diffère entre les infirmières du CH et du CLSC

Il importe d'indiquer que les infirmières des deux établissements de santé ne partagent pas le même modèle conceptuel en soins infirmiers. Au CH, les infirmières utilisent le modèle conceptuel de Virginia Henderson (Henderson, 1966) et au CLSC, les infirmières adhèrent au modèle conceptuel de McGill (Gottlieb & Rowat, 1987). Il apparaît que la conception des soins diffère entre les infirmières des deux milieux de soins. À ce sujet, une infirmière du CLSC exprime :

« Nous autres aussi, on continue à vérifier pendant le temps où il peut y avoir des complications. Ensuite, je dirais qu'on embarque dans notre travail CLSC, qui n'est plus nécessairement le même que celui de l'hôpital. Je dis que la surveillance médicale de l'hôpital est finie et que nous autres on élargit à: la maman, elle a combien d'autres enfants, elle es-tu capable de s'occuper de tout

ce monde là, elle as-tu un conjoint, elle dors-tu cette maman ou elle a personne...
 » Entrevue # 4 (1142-1155)

Le fait de travailler en milieu hospitalier ou en milieu communautaire semble influencer la conception des soins des infirmières. Au CH, d'une part, les infirmières interviennent auprès de la clientèle à une période qualifiée d'aiguë et d'intense dans l'épisode de soins. Cette période comporte de nombreuses interventions infirmières orientées spécifiquement vers les besoins de santé physique de la mère et du nouveau-né. D'autre part, la diminution du séjour hospitalier postnatal contraint les infirmières à un suivi sur une très courte période. Ainsi, cet état de fait limite les infirmières du CH à réaliser leurs interventions auprès de la mère et du nouveau-né dans une perspective familiale et de façon plus globale. Il apparaît que les infirmières du CH sont conscientes de cette situation. Elles essaient de demeurer vigilantes pour évaluer les besoins des familles surtout vulnérables. À ce sujet, une infirmière du CH mentionne :

« Nous autres ici on va être capable à l'occasion de détecter, bon le père il vient avec l'autre enfant puis l'enfant n'a pas de lacet après ses souliers puis son chandail est toujours tout souillé, on va le noter à l'infirmière de CLSC(...) On va la mettre sur la piste, c'est ça le gros avantage, c'est qu'elles rentrent dans les milieux. » Entrevue # 1 (669-678)

Au CLSC, il semble que les infirmières envisagent le suivi postnatal davantage dans une perspective à long terme. Durant cette période, les interventions infirmières sont orientées vers la prévention et la promotion de la santé de la mère, de son nouveau-né et même de sa famille lors de la visite à domicile. La visite à domicile représente un moment privilégié et unique offrant l'opportunité de connaître et d'évaluer la mère et son nouveau-né en considérant leur famille, leur réseau social et leur environnement. À ce sujet, une infirmière du CLSC ajoute :

« Tu as une caméra, mais il faut que tu fasses une photo un petit peu plus grande. Il faut que tu vois la grand-mère quand tu vas à domicile, il faut que tu vois l'enfant qui va à l'école. Évaluer tout ça. C'est sûr que tu vas là pour une mère et son nourrisson, mais il faut que tu regardes toute la dynamique qui se passe là. »
Entrevue # 5 (249-260)

Il ressort que les croyances et les valeurs découlant de la culture organisationnelle hospitalière ou de la culture communautaire teintent la conception des soins des infirmières oeuvrant au sein de ces établissements de santé influençant ainsi les approches et les pratiques des soins offerts à la mère, à son nouveau-né et à sa famille. À ce sujet, une infirmière du CH et une infirmière du CLSC mentionnent :

« C'est sûr que j'ai le sentiment que c'est pas long leur séjour. Choisir entre les deux, j'aimerais bien mieux qu'elle reste trois jours puis qu'elle aille pas de besoin de suivi en dedans de 48 heures pour vérifier la jaunisse, le souffle cardiaque... On ne changera pas le monde, fait que là moins que tu restes à l'hôpital mieux que c'est supposément. » Entrevue # 2 (376-391)

« Quand tu arrives à domicile, il faut que tu crois au potentiel de la personne, puis à sa prise de décision. » Entrevue # 5 (191)

La vision commune de la collaboration interétablissements

La présente étude a permis de constater que la majorité des infirmières du CH et du CLSC semble adhérer à une vision commune de la collaboration interétablissements se définissant principalement en terme d'échange d'information et dans une moindre mesure en échange d'expertises. À ce sujet, une infirmière du CH mentionne :

« La collaboration entre les infirmières se vit principalement à partir des fiches de continuité de soins et de quelques échanges téléphoniques. » Entrevue # 1 (936-938)

Les infirmières du CH et du CLSC poursuivent des objectifs communs

Les infirmières du CH et du CLSC poursuivent des objectifs communs visant, entre autres, à uniformiser l'enseignement, à augmenter le taux d'allaitement maternel et à soutenir le développement du sentiment de compétence parentale. Il apparaît que ces divers objectifs se regroupent sous une finalité principale, soit de favoriser la continuité des soins. À ce sujet, une infirmière de CLSC indique :

« On vérifie notre enseignement qu'on fait versus le leur, pour ne pas qu'il y ait une répétition, que ce soit plus une continuité de soins qu'une répétition. »
Entrevue # 7 (899-890)

De cette finalité commune, il en résulte que les infirmières du CH et du CLSC ont été en mesure de diriger leurs efforts vers un intérêt commun puisque la clientèle représente leur centre de préoccupation. Elles se situent dans une perspective où c'est d'abord la qualité du suivi à offrir à la clientèle qui influence positivement leurs liens de collaboration. À ce sujet, une infirmière du CLSC et une infirmière du CH indiquent :

« Les infirmières de l'hôpital parlent aux mamans qu'on va les visiter à domicile. Les mamans nous attendent et le savent. S'il y a des choses, elles nous l'écrivent, nous le disent. On voit qu'elles ne parlent pas juste de physique non plus (...). Je vois que les infirmières sont vraiment à l'attention de ce qui se passe pour comment ça va se passer à domicile. » Entrevue # 4 (1269-1281)

« On a chacun notre bout de chemin à faire et chacune essaie de le faire au meilleur. Toujours en ayant le même objectif, c'est d'arriver à donner un meilleur service à la clientèle. » Entrevue # 1 (653-656)

L'intériorisation de la collaboration interétablissements

La dimension de l'intériorisation aborde trois points principaux, à savoir le processus d'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance et le partage

des responsabilités entre les infirmières du CH et du CLSC. Ces trois points sont élaborés dans les paragraphes suivants.

Le processus d'interconnaissance

Les données que nous possédons sur le processus d'interconnaissance confirment la pertinence de cet élément du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Il semble nécessaire et vital que les infirmières du CH et du CLSC se connaissent entre elles et ce, tant au niveau administratif qu'au niveau clinique. Dans les paragraphes suivants, des activités mises en œuvre pour faciliter ce processus d'interconnaissance au niveau administratif et clinique sont exposées, tout en indiquant les buts de chacun et leurs résultats.

En premier lieu, au niveau administratif, le comité périnatalité a contribué à ce que les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC s'appriivoisent. Le comité périnatalité existe depuis 1990, il est constitué des différentes infirmières gestionnaires du programme enfance-famille-jeunesse des CLSC du territoire desservi par le CH et par l'infirmière en chef de l'unité des naissances de celui-ci. Le comité périnatalité vise officiellement à permettre aux infirmières gestionnaires de la région de se rencontrer pour échanger de l'information afin de favoriser l'arrimage entre les deux milieux de soins. Par conséquent, il semble que le comité périnatalité ait permis aux infirmières gestionnaires de mieux se connaître. À ce sujet, une infirmière du CH mentionne :

« Ça fait 10 ans au moins qu'il existe dans la région un comité en périnatalité qui nous permet de s'asseoir régulièrement ensemble (...) Régulièrement on se rencontrait, on a vu venir ça, on a entendu parler de congé précoce et on avait

déjà commencé à planifier les choses avant de les mettre en actions. » Entrevue # 1(60-65)

De plus, ce comité a statué sur la pertinence que les infirmières soignantes du CH et du CLSC se rencontrent afin qu'elles apprennent à se connaître mutuellement. À ce sujet, une infirmière du CLSC souligne :

« Elles sont venues dans le cadre qu'on ait signé le protocole. Chacune des chefs avait dit : « il faut que nos filles se rencontrent. Il faut que nos filles comprennent ce que chacune fait de son côté. » » Entrevue # 5 (116-119)

Par conséquent, au niveau clinique, un jumelage entre les infirmières soignantes du CH et du CLSC a été réalisé. Ce jumelage visait une meilleure compréhension et connaissance du rôle et des responsabilités des infirmières entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire. Concrètement, les infirmières du CLSC ont été jumelées chacune avec une infirmière du CH pour qu'elles puissent observer l'examen physique de la mère et du nouveau-né de même que l'enseignement transmis à la mère lors de son séjour hospitalier. Inversément, la plupart des infirmières du CH ont été jumelées chacune avec une infirmière du CLSC, où elles ont observé le déroulement des visites à domicile ainsi que l'enseignement effectué à la mère lors du suivi postnatal. Le jumelage représente une activité des plus bénéfique pour l'ensemble des infirmières des deux établissements de santé. À ce sujet, une infirmière du CH et une infirmière du CLSC soulignent :

« Le fait qu'on ait fait cet échange, on s'est au moins vu. Ça diminué le fait de dire qu'elles ne font pas leur job, eux autres ne font pas leur job. Il faut aller dans le sens que c'est la continuité des soins de un et de l'autre, et non de jeter un blâme sur l'autre. » Entrevue # 8 (759-764)

« C'est pour ça que c'est important d'aller dans le milieu pour voir comment eux autres, ils font les choses. C'est quoi qu'on dit aux gens, comment on leur enseigne ça, pour que nous on puisse continuer après. » Entrevue # 6 (34-38)

Cependant, il règne toujours entre les infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire une certaine méconnaissance de leurs rôles et de leurs responsabilités respectives qui semble s'expliquer par deux éléments. D'une part, le jumelage représente une première étape favorisant l'appivoisement entre les infirmières des deux établissements de santé, mais aucune autre activité n'a été mise en œuvre pour poursuivre ce processus d'interconnaissance. À ce sujet, une infirmière du CLSC exprime :

« On les a rencontré, elles sont venues, ça été super le fun, mais on ne les a jamais plus revues. » Entrevue # 4 (1450-1451)

D'autre part, au CH, le programme d'orientation des infirmières remplaçantes à l'unité des naissances n'inclut pas cette activité de jumelage avec les infirmières du CLSC. À ce sujet, une infirmière du CLSC souligne :

« Je pense qu'il y aura toujours à essayer de faire connaître nos infirmières à l'hôpital, et vice et versa. Nous continuons à envoyer les nouvelles infirmières à l'hôpital, mais l'hôpital n'a pas continué. » Entrevue # 3 (1219-1222)

Il apparaît que la poursuite du processus d'interconnaissance semble hautement désirée par les infirmières du CH et du CLSC afin de diminuer les préjugés et les incompréhensions persistantes entre les deux milieux de soins. Des activités telles que des formations communes et des rencontres visant la mise à jour de l'entente interétablissements sont suggérées.

L'établissement d'une relation de confiance

Les données que nous possédons sur l'établissement d'une relation de confiance valident la pertinence de cet élément du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, et de sa relation étroite avec le processus d'interconnaissance (D'Amour, 1997). Ainsi, il ressort que la relation de confiance entre les infirmières du CH et du CLSC se développe autant au niveau administratif qu'au niveau clinique. Ce constat est traité dans les paragraphes qui suivent.

Le comité périnatalité visait à ce que les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC se connaissent en travaillant ensemble, ce qui semble avoir suscité le développement de liens de confiance. Ainsi, il ressort que cette relation de confiance ait été déterminante à l'élaboration de l'entente formelle interétablissements. À ce sujet, une infirmière du CLSC mentionne :

« Historiquement, c'est qu'on avait déjà un comité en périnatalité (...) ça fait que quand est venu le temps de faire l'entente pour le congé précoce, donc le virage en périnatalité, les liens de confiance existaient déjà. Ça été une étape plus facile à cause de l'état des faits. » Entrevue # 3 (7-14)

Il apparaît que la relation de confiance entre les infirmières soignantes du CH et du CLSC est en développement, influencée par deux facteurs principaux. Le premier facteur est la reconnaissance des compétences et de l'expertise entre les infirmières du CH et du CLSC. Le second facteur est la bonne volonté de l'ensemble des infirmières à assurer la continuité des soins depuis la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements.

Le premier facteur, soit la reconnaissance des compétences et de l'expertise entre les infirmières du CH et du CLSC, comporte de nombreuses contradictions dans le discours des infirmières rencontrées. En effet, les infirmières du CH reconnaissent les compétences et l'expertise des infirmières du CLSC alors que celles-ci n'ont pas le sentiment que les infirmières du CH les perçoivent comme étant compétentes. À ce sujet, une infirmière du CH affirme :

« Quand les patientes partent, on a la tête tranquille.(...) ça fait qu'au moins tu sais que l'infirmière du CLSC, dans les 24-48 heures, va visiter la patiente et pouvoir répondre à ses interrogations. » Entrevue # 8 (744-767)

Et pourtant, à ce sujet, une infirmière du CLSC mentionne :

« Je pense que les infirmières de l'hôpital nous pensent moins compétentes. Je trouve ça de valeur, mais je pense que oui. C'est comme si le fait de ne pas être dans un milieu hospitalier, on est moins bonne. » Entrevue # 4 (1326-1329)

Inversément, les infirmières du CLSC reconnaissent l'expertise et les compétences des infirmières du CH alors que celles-ci n'ont pas le sentiment que les infirmières du CLSC les perçoivent comme étant compétentes. À ce sujet, une infirmière du CH affirme :

« Elles vont visiter la mère. Elles leur posent des questions et la mère c'est comme si on lui avait jamais rien dit sauf qu'on sait nous autres qu'on l'a dit. Des fois j'ai comme cette impression là qui peuvent penser ça de nous autres. » Entrevue # 2 (842-847)

Et pourtant, à ce sujet, une infirmière du CLSC souligne :

« Au moment où les mères partent de l'hôpital, elles sont déjà bien renseignées. L'allaitement maternel est bien commencé, on voit que ça été bien montré, ce qu'elles disent. » Entrevue # 4 (1262-1265)

Le second facteur, soit la volonté des infirmières du CH et du CLSC à assurer la continuité des soins dans le cadre du suivi postnatal semble ne pas causer problème. À ce sujet, une infirmière du CH et une infirmière du CLSC soulignent :

« On trouve que les infirmières du CLSC ont beaucoup de responsabilités par rapport au suivi et je pense qu'elles prennent leurs responsabilités beaucoup. »
Entrevue # 2 (811-814)

« Les filles vont faire attention de bien remplir leur fiche de liaison (...) je pense que les filles ont un souci d'après. Qu'est ce qui va se passer à domicile et comment la fille du CLSC va ramasser ça. » Entrevue # 5 (1775-1785)

De plus, pour les infirmières du CLSC, il semble que leur degré de confiance soit élevé à l'égard de l'infirmière de liaison. À ce sujet, une infirmière du CH et une infirmière du CLSC affirment :

« Elles sont habituées d'avoir des contacts avec elle, elles vont être sûres que si elle dit: «Oui! Amène le bébé ou appelle le médecin.» Elles vont lui faire confiance.» Entrevue # 2 (115-117)

« Cette infirmière là, on la connaît toutes et elle nous connaît par nos petits noms. C'est comme si elle, quand le fax part, elle se soucie de savoir qu'on a eu la bonne information. Elle va se soucier, dans un cas de bébé avec grande problématique, de nous le dire par téléphone. » Entrevue # 5(562-567)

Le partage des responsabilités entre les infirmières du CH et du CLSC

L'analyse des données démontre le bien-fondé de substituer le partage des territoires professionnels, cet élément du modèle de D'Amour, (1997) concernant particulièrement la collaboration interprofessionnelle, pour le partage des responsabilités entre les infirmières du CH et du CLSC. Il ressort que les infirmières gestionnaires jouent un rôle essentiel en regard de ce partage et que celui-ci semble faire consensus. Ces deux constats sont présentés dans les paragraphes suivants.

En premier lieu, les infirmières gestionnaires ont assumé un rôle de leadership essentiel dans le partage des responsabilités entre les infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire lors de l'élaboration et la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements. Ainsi, le partage des responsabilités entre les infirmières du CH et du CLSC apparaît clairement dans l'entente interétablissements. Or, les infirmières gestionnaires ne considèrent pas le partage des responsabilités entre les deux milieux de soins comme étant définitif. Une de leur préoccupation est d'amorcer un partage des responsabilités quant à l'enseignement transmis à la clientèle. À ce sujet, une infirmière gestionnaire indique :

« C'est peut-être d'essayer de dire qu'on va se concentrer à l'hôpital pour faire l'enseignement au niveau du bain, c'est un exemple que je donne, et vous autres vous ferez l'enseignement pour la préparation du biberon à la maison. On veut essayer de prioriser pour diminuer un peu les enseignements qui se font à l'hôpital pour donner une chance à la mère de mieux l'assimiler. On a encore du travail à faire, on voit encore des choses qu'on pourrait améliorer. » Entrevue # 1 (290-300)

En deuxième lieu, le partage des responsabilités, mentionné par l'ensemble des infirmières participant à l'étude, fait consensus et se révèle presque similaire à celui figurant dans l'entente formelle interétablissements. Deux responsabilités ressortent à l'unanimité, soit que les infirmières du CH ont la responsabilité d'aviser et de transmettre tous les renseignements cliniques pertinents sur la clientèle aux infirmières du CLSC et que les infirmières du CLSC ont la responsabilité de communiquer avec les infirmières du CH en cas de doutes ou d'inquiétudes en regard de la santé de la mère ou du nouveau-né.

Or, malgré ce consensus, il semble que le partage des responsabilités n'ait pas suscité, chez la majorité des infirmières participantes à l'étude, la reconnaissance et la prise de conscience de leur interdépendance pour assurer le suivi postnatal de la clientèle. À ce sujet, une infirmière du CH et une infirmière du CLSC expriment :

«Je pense que ça change pas vraiment ce qu'on pouvait faire avant parce qu'on a quand même tous nos soins à faire et notre enseignement. On se dit pas, je vais faire moins d'enseignement parce que le CLSC y va, pas du tout.» Entrevue # 2 (562-566)

«Le protocole est venu vraiment éclaircir et mettre des limites à tout le monde, Dire à chacun où arrête ton territoire et où repart le tien.» Entrevue # 5 (41-42)

Il semble que le sentiment de former une nouvelle équipe, appelée virtuelle, entre les infirmières du CH et du CLSC n'ait pas émergé. À ce sujet, une infirmière du CLSC souligne :

« Tu pourrais peut-être voir ça plus comme on continue une job qui est commencé à l'hôpital. On continue l'épisode de soins. C'est ça que l'on fait, mais de là à dire qu'on travaille en équipe. On n'a pas de contact direct avec elles. » Entrevue # 6 (1347-1350)

La délégation de la régulation de la collaboration interétablissements

La dimension de la délégation est étudiée en fonction des instances de pilotage qui permettent de réguler la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC. En premier lieu, ces instances peuvent être caractérisées d'endogènes faisant référence aux moyens internes que se sont donnés les deux établissements de santé afin de maintenir leur collaboration. En deuxième lieu, ces instances peuvent être caractérisées d'exogènes faisant référence aux influences externes qui agissent sur le processus de collaboration

interétablissements. Ces différentes instances peuvent avoir des influences en terme d'intégration ou de différenciation sur l'intensité de collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC. Dans la présente étude, le rôle assuré par les infirmières gestionnaire du CH et du CLSC réfère à une instance caractérisée d'endogène, tandis que la régie régionale de la santé et des services sociaux désigne une instance caractérisée d'exogène. Les paragraphes suivants décrivent ces deux instances, de même que leurs effets sur la régulation de la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC

L'infirmière gestionnaire du CH et du CLSC

Tel que mentionné précédemment, le comité périnatalité, constitué des infirmières gestionnaires du CH et du CLSC, poursuit de nombreux objectifs comme l'échange d'information sur les nouvelles techniques de soins, le développement de la formation continue, l'organisation des services en périnatalité et l'évaluation de la qualité du suivi postnatal entre les deux milieux de soins. Concrètement, ce comité a facilité l'actualisation du virage ambulatoire en périnatalité, il est même qualifié de point déterminant par l'ensemble des infirmières participant à l'étude. D'une part, il a permis aux infirmières du CH et du CLSC de s'approprier et de se connaître. D'autre part, il a apporté des réponses satisfaisantes à leurs questionnements lors de la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements. De plus, le prochain mandat du comité sera d'effectuer le partage des responsabilités entre les infirmières du CH et du CLSC en regard de l'enseignement à la clientèle pour éviter le dédoublement. Somme toute, il semble que le comité périnatalité a un effet d'intégration. Cependant, certaines

infirmières affirment que le comité périnatalité n'assure pas son rôle de soutien et de leadership autant qu'elles le souhaitent. Elles dénotent avoir peu de rétroactions des réunions. Il apparaît que la participation des infirmières soignantes aux réunions du comité périnatalité soit espérée, afin d'ériger un pont entre le niveau administratif et le niveau clinique. À ce sujet, une infirmière du CH mentionne :

« Je pense qu'ils devraient impliquer une ou deux infirmières du centre hospitalier pour qu'elles puissent participer à ces rencontres. (...) On ne sait pas si nos feuilles sont bien remplies, on ne sait pas quand elles arrivent à domicile s'il manque plein de choses. Ça nous donnerait une façon de communiquer ensemble, de dire : « Ça, ça marche, ça serait à améliorer. » » Entrevue # 8 (1181-1182)

Les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC assument plusieurs rôles dans la gestion de leur équipe respective. Cependant, elles doivent aussi développer un style de gestion qui encourage et soutient les infirmières dans leur processus de collaboration interétablissements depuis la mise en œuvre de l'entente formelle. Nous pouvons constater que l'infirmière gestionnaire joue un rôle essentiel dans la résolution des conflits pouvant survenir entre les infirmières des deux milieux de soins.

La résolution des conflits entre les infirmières du CH et du CLSC

La résolution des conflits entre les infirmières des deux établissements de santé est rendu possible grâce au rôle joué par les infirmières gestionnaires des deux milieux de soins. En effet, lorsque plusieurs infirmières vivent la même problématique, elles la rapportent à leur infirmière gestionnaire qui en discute directement par téléphone avec celle de l'autre établissement de santé. Cette façon demeure privilégiée puisque les conflits interétablissements doivent se régler rapidement. À ce sujet, une infirmière du CLSC mentionne :

« Dès qu'il y a un inconfort, une incompréhension, on le rapporte à notre chef de service qui va confronter l'autre chef de service, il ne faut pas attendre. »
Entrevue # 5 (1721-1723)

Il apparaît que les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC en résolvant les conflits interétablissements, créent et préservent un climat interorganisationnel sain, afin de maintenir une intensité de collaboration élevée entre les infirmières des deux établissements de santé. Les répondantes du CLSC sont davantage préoccupées par la résolution des conflits interétablissements que celles du CH. Somme toute, le rôle assumé par les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC a un effet d'intégration sur la pratique des infirmières.

La régie régionale de la santé et des services sociaux

La collaboration interétablissements est influencée fortement par la régulation externe. En effet, l'entente interétablissements dans le cadre du congé précoce, est née des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui concerne le virage ambulatoire en périnatalité. Les infirmières gestionnaires rencontrées indiquent que la régie régionale de la santé et des services sociaux a influencé la collaboration interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal. Certes, pour le CH, cette influence s'est vécue plus difficilement puisque cette réorganisation des soins et des services a impliqué des compressions budgétaires importantes. Or, malgré les difficultés générées par cette période de changement, il semble que la régie régionale de la santé et des services sociaux a un effet d'intégration. En effet, elle a rendu possible la

collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC en assurant un rehaussement financier au CLSC, afin de concrétiser l'entente interétablissements.

Les facteurs organisationnels

Cette seconde partie de la présentation des résultats répond à la deuxième question de recherche, soit quels sont les facteurs organisationnels qui favorisent ou qui entravent le processus de collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal ? Quatre facteurs significatifs relevant plus directement de l'organisation du travail des infirmières en milieu hospitalier et en milieu communautaire sont identifiés à savoir, le mode de prestation des soins du CH, le roulement des infirmières, la surcharge de travail et finalement la résistance des pédiatres du CH sont exposés dans les paragraphes suivants.

Le mode de prestation des soins mère-enfant au CH

Le nouveau mode de prestation des soins mère-enfant au CH exige qu'une seule infirmière s'occupe à la fois de la mère et du nouveau-né, et que le bébé et sa mère cohabitent jour et nuit. L'exigence de la dotation en personnel infirmier sur le quart de jour est d'une infirmière par quatre dyades mères/nouveaux-nés. De plus, les infirmières sont polyvalentes dans les trois secteurs d'activités. Elles peuvent alors intervenir soit durant la période périnatale et postnatale ou en néonatalogie. Ce facteur facilite la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC car il a permis aux infirmières du CH d'adopter une perspective plus globale de la famille. À titre d'exemple, dans le mode de prestation des soins traditionnel, les infirmières du CH pouvaient difficilement

soutenir le développement des compétences parentales puisque tous les nouveau-nés étaient à la pouponnière ce qui restreignaient les contacts parents-enfant. À ce sujet, une infirmière du CH indique :

« Je trouve que maintenant, on les responsabilise face à leur enfant tout de suite, dès la naissance et non à 4 jours, comme il y a quelques années. Entrevue # 7 (556-558) »

Même si ce facteur est considéré facilitant par l'ensemble des infirmières, il n'en demeure pas moins que ce changement a nécessité une grande période d'adaptation pour les infirmières du CH puisqu'il s'est produit au même moment que la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements.

Le roulement du personnel infirmier au CH et au CLSC

Le roulement du personnel infirmier contraint la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC et ce, pour diverses raisons. D'une part les infirmières remplaçantes à l'unité des naissances ne connaissent pas autant l'entente formelle interétablissements ce qui semble affecter, entre autre, la qualité de la communication écrite interétablissements. D'autre part, il semble que le roulement du personnel infirmier ralentit le processus d'interconnaissance entre les deux milieux de soins. À ce sujet, une infirmière du CLSC et une infirmière du CH expliquent :

« Mais avec le roulement d'infirmières à l'hôpital, elles sont pas toujours au courant de l'entente comme telle. » Entrevue # 3 (357-359) »

« La chose que je déplore avec ces feuilles là, c'est le changement de personnel. Les patientes sont ici deux jours, des fois elles voient six infirmières différentes, nuit, jour, soir en deux jours. » Entrevue # 8 (283-286) »

La surcharge de travail des infirmières du CH et du CLSC

Il apparaît que la surcharge de travail des infirmières du CH et du CLSC contraint la collaboration entre les infirmières des deux établissements. Les infirmières participant à l'étude indiquent qu'elles assurent les soins et les services avec des ressources humaines restreintes. Cette restriction des ressources occasionne diverses contraintes pour les infirmières des deux établissements. D'une part, au CH, les infirmières sont moins disponibles pour faire un enseignement de qualité à la mère. À ce sujet, une infirmière du CH souligne :

« On n'a pas le temps de passer des fois une heure dans la chambre de la patiente et de lui expliquer. Je trouve ça de valeur parce que c'est important. Tu n'as pas un bébé cinquante fois dans ta vie et si tu veux bien démarrer avec lui, tu as besoin d'avoir de bons renseignements. Je me dis que c'est nous autres qui doit le faire et souvent on n'a même pas le temps. » Entrevue # 2 (857-864)

D'autre part, au CLSC, les infirmières vivent un stress constant puisqu'elles doivent non seulement assurer le suivi postnatal dans le cadre de l'entente formelle interétablissements, mais aussi les suivis pré et postnatals dans le cadre des programmes OLO et Naître Égaux Grandir en Santé. À ce sujet, une infirmière du CLSC indique :

« Je te dirais que quand tu viens de mettre en application un délai de 72 heures, ça mis beaucoup de pression sur les filles. Elles disaient : « oui le 72 heures, mais oui aussi tous mes cas OLO, mes cas NEGS que je suis, il faut que je continue mes suivis ». » Entrevue # 5 (807-811)

Il apparaît que la surcharge de travail vécue par les infirmières du CH et du CLSC affecte leurs liens de collaboration, c'est-à-dire la qualité de leur communication interétablissements puisqu'elles sont moins disposées à collaborer. À ce sujet, une infirmière du CH et deux infirmières du CLSC soulignent :

« Sauf que je me dis, elles m'auraient appelée si j'étais pas surchargée, ça m'aurait pas dérangée! C'est pas parce que c'est eux autres, c'est plus moi. »
Entrevue # 2 (1019-1021)

« Nos surcharges de travail peuvent faire en sorte que l'écoute est moins là. On est moins ouverte à dire: « Bien oui, on va aller la voir. » C'est sûr que c'est pas toujours facile. » Entrevue # 4 (1053-1055)

« Les feuilles de continuité sont moins bien complétées. Je pense qu'il manque de ressources humaines au CH, il y a toujours trop de cas pour une infirmière. » Entrevue # 3 (487-489)

La résistance des pédiatres du CH

La résistance des pédiatres du CH contraint la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC. En effet, lors des réunions visant l'articulation du virage ambulatoire en périnatalité, ceux-ci ont freiné énormément la mise en œuvre de l'entente formelle interétablissements. Cette résistance des pédiatres semblait motivée par leur sentiment de responsabilités en regard de la clientèle. La principale responsabilité concernait le suivi ou le dépistage de l'ictère néonatal. De plus, les pédiatres avaient une méconnaissance importante des infirmières du CLSC en regard des soins et des services de santé postnatals qu'elles offrent. À ce sujet, une infirmière du CLSC et une infirmière du CH affirment :

« Les pédiatres qui n'étaient pas d'accord. Ça retardé, et de beaucoup, beaucoup, beaucoup, la mise en place du protocole. Le protocole était complété, tout bien beau, toutes les infirmières l'avaient consulté, nous autres aussi, et les pédiatres ne voulaient pas signer. » Entrevue # 4 (889-893)

« Au niveau de la partie médicale à l'hôpital plus au niveau des pédiatres, il y a eu une résistance. Parce qu'eux de confier les enfants à une infirmière qu'ils ne connaissaient pas, on a senti vraiment une difficulté. Ça nous a pris peut-être un an avant d'articuler ça et de les faire cheminer. » Entrevue # 1 (75-84)

Somme toute, il apparaît que tous ces facteurs, sauf le mode de prestation des soins mère-enfant au CH, entravent de façon significative la collaboration interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal. Notre questionnement se situe donc dans le développement de nouvelles avenues qui permettraient d'amenuiser les effets de ces facteurs.

Chapitre V : La discussion

Ce cinquième chapitre présente la discussion relative aux résultats obtenus. Il se divise en deux parties qui portent sur les principaux constats concernant chacune des questions de recherche, soit 1) Quel est le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal ? et 2) Quels sont les facteurs organisationnels qui favorisent ou qui entravent le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal ? Finalement, ce chapitre inclut une discussion sur les implications de l'étude pour la pratique et la recherche en sciences infirmières et expose les limites méthodologiques.

La formalisation de la collaboration interétablissements

L'étude souligne l'importance que les infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire accordent à l'établissement d'une entente formelle afin de faciliter et même améliorer la qualité de leurs relations de collaboration. Elles ne perçoivent pas cette entente comme étant contraignante, tout au contraire. En effet, avant la mise en œuvre de l'entente formelle, les infirmières participantes se disaient insatisfaites de la collaboration interétablissements. L'intensité de la collaboration entre les deux milieux de soins reposait alors sur la motivation et la bonne volonté des infirmières à s'engager activement dans ce processus. Plusieurs écrits soulignent que la collaboration basée sur des ententes informelles ou sur l'absence d'ententes procure des liens de collaboration interétablissements peu fréquents et insatisfaisants pour les professionnels, ce qui se répercute directement sur la qualité des services de santé

dispensés à la clientèle (D'Amour & al., 2000 ; Polivka, & al., 1997 ; Ste-Marie, 1998). L'étude de Ste-Marie (1997) montre en effet qu'en l'absence d'ententes formelles entre les CH et les CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal, le taux de satisfaction des professionnels du milieu hospitalier et du milieu communautaire quant à leur collaboration est seulement de 36%. On peut ainsi émettre l'hypothèse que la mise en place de règles de conduite claires et sans équivoques au moyen d'une entente formelle s'avère nécessaire pour assurer un sentiment de satisfaction au sein des infirmières quant à la collaboration interétablissements.

Dans le cas à l'étude, nous avons ainsi constaté que la formalisation de la collaboration se concrétise par une entente formelle à l'intérieur de laquelle s'articulent deux règles. La première concerne les modalités de communication interétablissements et la seconde porte sur les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né. Ces deux règles représentent l'essentiel des rapports entre les infirmières du CH et du CLSC. Les résultats obtenus en regard de la première règle mettent en relief que l'échange d'information entre les infirmières du CH et du CLSC en vue d'assurer la continuité des soins constitue l'essence même du processus de collaboration interétablissements. Ce constat est confirmé par les écrits de plusieurs auteurs qui affirment que l'échange d'information demeure l'activité de collaboration principale entre différents établissements assurant des services de santé auprès d'une clientèle spécifique (Anderson & Helms, 1993 ; Polivka & al., 1997 ; Ste-Marie, 1997). Les résultats ont également démontré que ces échanges d'information reposent sur deux caractéristiques

spécifiques, soit la précocité des échanges et la qualité des renseignements cliniques transmis sur la mère et le nouveau-né.

Ainsi, il appert que la mise en œuvre de l'entente formelle a permis des échanges plus précoces qui ont eu pour effet de faciliter, chez les infirmières du CLSC, l'organisation des soins et des services de santé en postnatal lors du retour à domicile de la mère et du nouveau-né. Ce résultat est appuyé par plusieurs auteurs qui ont affirmé que l'organisation des soins et des services de santé est particulièrement problématique lorsque les délais de transmission des renseignements cliniques sur la clientèle entre les établissements de santé sont longs (D'Amour & al., 2000 ; RRSSMC, 2000 ; Ste-Marie, 1998).

L'étude a également permis de mettre en évidence une amélioration de la qualité des renseignements écrits transmis par les infirmières du CH. Cependant, cette transmission d'information constitue une préoccupation toujours constante pour les infirmières participantes vu les manques existant. La présente étude confirme, à l'instar de Anderson et Helms (1993), que la qualité des renseignements cliniques transmis est améliorée lorsqu'une entente formelle est établie entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire. À cet effet, l'utilisation d'une feuille de continuité des soins standardisée spécifique au congé précoce en postnatal a favorisé l'échange de renseignements cliniques pertinents sur la mère et le nouveau-né. Ce constat est corroboré par des auteurs qui indiquent que l'utilisation d'un formulaire interétablissements standardisé facilite la communication des renseignements cliniques (Anderson et Helms, 1993). Par contre, l'étude a démontré que malgré l'établissement

de l'entente formelle, 65% des feuilles de continuité des soins affichent toujours des renseignements cliniques manquant. Ainsi, bien que les auteurs sur le sujet affirment que l'utilisation d'un formulaire interétablissements augmente la transmission d'information de l'hôpital vers la communauté, il apparaît que celui-ci n'est pas suffisant pour atteindre un échange d'information optimal. Tel que mentionné au chapitre des résultats, l'échange d'information au sein des infirmières du CH doit être aussi amélioré entre les différents quarts de travail. Ce n'est qu'à cette condition que les échanges interétablissements en vue d'assurer la continuité des soins pourront se réaliser plus efficacement.

Les résultats obtenus en regard de la seconde règle portant sur les modalités de suivi offertes à la mère et au nouveau-né mettent en relief que l'entente formelle interétablissements développée par le CH et le CLSC a permis d'assurer auprès de cette clientèle une meilleure accessibilité aux soins et aux services de santé durant la période postnatale. En effet, nous constatons que les deux modalités de suivi, soit l'appel téléphonique à la mère suite au départ du CH ainsi que la visite à domicile, sont offertes précocement et systématiquement à l'ensemble de la clientèle. D'autres études tendent également à démontrer que les infirmières qui œuvrent au sein de CLSC possédant des liens formels de collaboration avec les CH, téléphonent et visitent à domicile plus systématiquement et ce, de façon plus précoce, les mères suite à leur séjour hospitalier. (D'Amour & al., 2000 ; Ste-Marie, 1998). De plus, les infirmières participantes croient au bénéfice de la collaboration interétablissements sur la santé de la clientèle. Par exemple, elles mentionnent certains effets positifs sur la poursuite de l'allaitement

maternel, sur le suivi de l'ictère et de la prise de poids chez le nouveau-né, sur l'état de santé psychologique de la mère. L'étude de Goulet et al. (2000) démontre en effet une relation entre la précocité de l'appel téléphonique effectué à la mère suite à son départ du CH et sa santé mentale un mois après son congé. Ainsi, plus l'appel téléphonique est réalisé tardivement plus l'indice de dépression chez la mère est élevé.

En ce qui a trait au contenu de la visite systématique à domicile, l'étude révèle que, depuis la mise en place de l'entente formelle interétablissements, les interventions sont davantage orientées vers l'évaluation de la santé physique de la mère et du nouveau-né afin de prévenir les complications maternelles et néonatales pouvant survenir à domicile. Ceci explique l'ambivalence que les infirmières du CLSC ont vécu en ce qui concerne le délai pour réaliser la visite systématique à domicile. Elles avaient la crainte de devoir faire davantage de soins curatifs et de délaisser les interventions de prévention et de promotion de la santé effectuées lorsque la visite était réalisée plus tardivement. L'étude de Richard, D'Amour, Labadie, Brodeur, Pineault, Séguin et Latour (2000) dévoile qu'en effet une tension importante entre des forces externes et internes influencent la prestation des soins et des services de prévention et de promotion. Le virage ambulatoire représente une force externe qui pousse les CLSC vers le développement de services post-hospitaliers et curatifs. Les forces internes, soit les orientations, les valeurs, la culture et l'expertise au sein des CLSC, militent pour maintenir les services de prévention et de promotion. L'ambivalence vécue par les infirmières du CLSC participant à l'étude représente concrètement l'effet de cette tension importante entre ces deux forces. Il est primordial que les infirmières de santé

communautaire prennent conscience de ces influences sur leur pratique professionnelle. Elles pourront ainsi rester constamment vigilantes afin de ne pas sacrifier les services de prévention et promotion de la santé au profit de soins curatifs ou post-hospitaliers.

La finalisation de la régulation de la collaboration interétablissements

Les résultats ont démontré que les croyances et les valeurs découlant de la culture organisationnelle hospitalière et communautaire teintent la conception des soins des infirmières des deux établissements de santé. La recherche confirme, à l'instar de Coffey et al. (1997), qu'il existe une différence de conception des soins entre les infirmières de milieu hospitalier et les infirmières de milieu communautaire. Tel que mentionné par une autre étude, les professionnels oeuvrant à l'hôpital démontrent bien souvent que leur vision des soins et de la clientèle est nettement différente de celle des professionnels des CLSC (Lamontagne, 1999). Comme le définit Fawcett (1992), une conception procure une vision plus spécifique du centre d'intérêt et caractérise les soins ou les interventions infirmières procurés à une clientèle particulière. Elle guide et transforme la pratique des infirmières en proposant des façons de comprendre et de vivre cette pratique. Également, la pratique des infirmières peut guider et transformer leur conception. Ainsi, d'une part, au CH les infirmières basent leur pratique professionnelle sur le modèle conceptuel de Virginia Henderson (Henderson, 1966) qui centre leur attention sur les besoins fondamentaux de la personne et accorde une place encore importante à la maladie et aux problèmes de santé. D'autre part, au CLSC les infirmières basent leur pratique professionnelle sur le modèle conceptuel de McGill (Gottlieb & Rowat, 1987) qui cible

les soins comme étant étendus à la famille qui apprend de ses propres expériences de santé et alloue une place prépondérante à la prévention et la promotion de la santé. Nous croyons que l'utilisation d'un modèle conceptuel infirmier distinct dans chacun des milieux de soins a pu contribuer à accentuer cette différence de perspective au sein des infirmières du CH et du CLSC. De plus, les résultats de la recherche ont mis en évidence que les infirmières des deux milieux de soins se retrouvent dans une période de transition organisationnelle. En effet, la collaboration devenue nécessaire depuis le congé précoce en postnatal fait en sorte que les infirmières des deux établissements de santé doivent adhérer à une nouvelle culture interorganisationnelle afin d'établir et de partager des finalités communes. De tels changements génèrent leurs propres impératifs de temps, d'énergie et de volonté et ne peuvent se concrétiser rapidement au sein des infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire.

L'étude souligne que la majorité des infirmières du CH et du CLSC adhèrent à une vision commune de la collaboration interétablissements se définissant en terme d'échange d'information et de partage d'expertise. Dans cette vision, la mère et le nouveau-né reçoivent des soins et des services d'un premier établissement de santé soit le CH; la clientèle étant ensuite référée à un second établissement soit le CLSC pour la continuité du suivi postnatal dans la communauté. Comme le suggèrent Alter et Hage (1993), la collaboration interétablissements se conçoit le plus souvent à partir du parcours d'une clientèle spécifique cheminant entre les établissements de santé pour recevoir des soins et des services et elle s'exprime selon différentes intensités. Trois configurations sont identifiées pour caractériser la circulation des utilisateurs à

l'intérieur du système de santé. Il peut s'agir d'un mode séquentiel, réciproque ou collectif. La vision de la collaboration interétablissements des infirmières du CH et du CLSC participantes correspond à ce que Alter et Hage (1993) ont appelé le mode séquentiel.

L'intériorisation de la collaboration interétablissements

Les résultats obtenus sur le processus d'interconnaissance et le développement du lien de confiance entre les infirmières du CH et du CLSC ont mis en évidence que l'intériorisation de la collaboration interétablissements s'actualise à deux niveaux, à savoir au niveau administratif et clinique. En effet, l'entente formelle interétablissements représente le fruit du processus d'interconnaissance des infirmières gestionnaires et du sentiment de confiance créé au niveau administratif entre les deux établissements de santé. Il est donc apparu que dans le contexte de la collaboration interétablissements, les infirmières gestionnaires doivent s'apprivoiser entre elles et doivent croire en l'importance que les infirmières soignantes apprennent elles aussi à s'apprivoiser et à se connaître. L'étude confirme, à l'instar du MSSS (1998), que cette conviction profonde des infirmières gestionnaires à promouvoir des activités cliniques sous forme de jumelage entre les infirmières des milieux hospitaliers et des milieux communautaires est vitale pour favoriser et optimaliser la collaboration interétablissements. Également, Bakewell-Sachs & Armstrong (1995) soulignent que cette connaissance mutuelle entre les infirmières oeuvrant tout au long du continuum en périnatalité favorise une

meilleure accessibilité de la clientèle aux services de santé en évitant une duplication et une fragmentation des soins infirmiers postnatals.

L'étude souligne également que la confiance interorganisationnelle se développe dans la mesure où les infirmières se connaissent mutuellement. Nous constatons aussi que la mise en œuvre de l'entente formelle a instauré des nouvelles règles du jeu au sein des relations interétablissements entre les infirmières du CH et du CLSC quant à leur collaboration, mais cette formalisation ne veut pas dire qu'elles se font confiance pour autant. En effet, les résultats ont mis en évidence que la relation de confiance entre les infirmières du CH et du CLSC est en développement et semble influencée grandement par la reconnaissance des compétences et de l'expertise que se portent réciproquement les infirmières. En accord avec Mayer et al. (1995), ce résultat confirme que la reconnaissance des compétences et de l'expertise représente une caractéristique principale contribuant à expliquer et à analyser le développement de la relation de confiance au sein des professionnels. Cette reconnaissance entre les infirmières du CH et du CLSC se vit essentiellement lors des échanges d'information sur la clientèle. Elles doivent alors exposer les évaluations des besoins de santé de la mère et du nouveau-né qu'elles ont réalisées. Cela suscite chez les infirmières participantes une insécurité reliée à la crainte d'être jugées sur les interventions qu'elles posent, c'est-à-dire sur leurs compétences professionnelles et d'être confrontées quant à la suite du suivi postnatal qu'elles recommandent. Nous croyons que cette insécurité vécue par les infirmières participantes peut être accentuée dans un contexte de collaboration interétablissements

puisque les infirmières de CH et de CLSC ont peu de chance de valider leurs perceptions.

Dans le cas à l'étude, nous avons aussi constaté que le partage des responsabilités entre le CH et le CLSC n'a pas suscité chez les infirmières participantes la prise de conscience de leur interdépendance dans le suivi de la clientèle et ne s'est pas traduit par le sentiment de constituer une équipe. Tel que mentionné précédemment, la collaboration entre les infirmières se manifeste principalement en terme d'échanges d'information surtout écrites au moment du départ de la mère et de son nouveau-né vers le domicile. Selon Alter et Hage (1993), cette modalité de communication est dépersonnalisée puisqu'il n'y pas d'échanges d'information de personne à personne. La création d'une équipe virtuelle dans le cadre de la collaboration interétablissements représente un véritable défi pour les infirmières des milieux hospitaliers et des milieux communautaires. Il nous semble que pour susciter l'émergence de cette nouvelle forme d'équipe, les infirmières des différents établissements de santé doivent tenter d'instaurer des modalités de communication comportant des approches plus personnalisées au moyen d'échanges verbaux réguliers.

La délégation de la régulation de la collaboration interétablissements

L'étude démontre que les infirmières gestionnaires en structurant une action collective peuvent influencer les instances décisionnelles qui établissent les règles et les procédures influençant la collaboration interétablissements. En effet, la concertation au sein des infirmières gestionnaires s'est traduite par la mise en œuvre d'une entente

formelle interétablissements qui a permis de coordonner plus efficacement les soins et les services postnatals dispensés par les infirmières du CH et du CLSC. En effet, certains auteurs affirment que l'arrimage entre les services de santé offerts par différents établissements est possible à condition que les gestionnaires se soient concertés (Bolland & Wilson, 1994). De plus, cette concertation au niveau administratif a permis également de réduire la différenciation, c'est-à-dire les écarts structurels puisque se sont des établissements de santé possédant une vocation distincte dans la prestation des services de santé. Alter et Hage (1993) affirment qu'une différenciation importante entre les organisations peut induire un environnement conflictuel où la collaboration interétablissements se transforme en compétition et en revendications, ce qui affecte la cohésion au sein du groupe. Or, l'étude a mis en évidence que les infirmières gestionnaires du CH et du CLSC doivent assumer un rôle primordial afin de gérer rapidement les conflits interétablissements pouvant survenir en communiquant directement entre elles. Également, certaines infirmières participantes souhaitent que les infirmières gestionnaires créent des opportunités pour que les infirmières des deux établissements de santé puissent discuter des points forts et des points faibles de leur collaboration depuis la mise en œuvre de l'entente formelle. Nous pensons qu'un style de gestion participatif, pourrait se révéler une stratégie innovatrice afin de résoudre les conflits interétablissements qui sont inévitables dans la vie des deux organisations.

Les principaux facteurs organisationnels

Les résultats de l'étude ont mis en évidence que certains facteurs reliés plus directement à l'organisation du travail des infirmières en milieu hospitalier et en milieu communautaire influencent la collaboration interétablissements. Deux facteurs organisationnels retiennent notre attention. D'une part, nous avons démontré au chapitre des résultats que le nouveau mode de prestation des soins infirmiers au CH, soit les soins intégraux mère-enfant, facilite la collaboration entre les infirmières du CH et du CLSC. L'étude confirme, à l'instar de Phillips (1996), que pour réussir à mettre en place ce nouveau mode de prestation des soins, les infirmières du CH doivent percevoir leurs rôles différemment. Elles ne doivent plus mettre l'accent sur la tâche à accomplir, mais comprendre l'importance de voir la famille comme une unité indissociable en favorisant la participation des parents. Ce nouveau mode de prestation de soins permet à l'infirmière du CH d'assurer une meilleure continuité des soins lors d'un congé précoce puisqu'elle considère la mère et son nouveau-né comme un tout dont les besoins autant physiques que psychologiques sont interdépendants. Nous sommes bien conscients que l'intégration véritable de ce nouveau mode de prestation des soins favorisant une culture plus humaniste occasionne de nouvelles exigences au sein de la pratique des infirmières du CH. Ces changements ne peuvent se réaliser de façon instantanée.

D'autre part, les résultats ont également établi que le roulement du personnel infirmier dans les deux milieux de soins procure une instabilité des ressources humaines ce qui contribue à entraver la collaboration interétablissements rendant la continuité des soins encore plus difficile à atteindre. Des évidences tendent à indiquer que l'instabilité

du personnel infirmier dans les différents services de santé ne facilite pas les relations intraprofessionnelle ni interprofessionnelle (Lamontagne, 1999). Nous pensons que des relations interpersonnelles tendues au sein d'un même établissement peuvent constituer une barrière supplémentaire à l'échange d'information et à l'interconnaissance entre les infirmières des deux établissements de santé.

Implications pour la pratique infirmière

L'étude a mis en évidence que la réussite de la collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC repose sur l'ouverture de ces deux organisations à s'adapter aux changements suscités par la réforme du système de santé et le virage ambulatoire. Cette ouverture interorganisationnelle oblige les établissements de santé impliqués dans la prestation des services postnatals à reconnaître l'importance de développer des liens de collaboration encadrant la continuité des soins de la mère, du nouveau-né et de la famille. L'étude pose un regard attentif sur l'expérience vécue par les infirmières participantes. La contribution de ces infirmières à l'étude donne ainsi la possibilité à d'autres infirmières œuvrant en milieu hospitalier et en milieu communautaire de réfléchir à leur propre expérience et d'identifier des moyens concrets qui contribuent à soutenir et à favoriser la collaboration entre les infirmières de deux milieux de soins. En effet, une compréhension fine du processus de collaboration interétablissements par les infirmières peut les aider à rechercher et à promouvoir des solutions interorganisationnelles pour assurer la continuité de soins de la clientèle.

L'étude identifie des solutions suggérées par les infirmières participantes qu'elles jugent comme étant favorables à la réalisation et au maintien de la collaboration interétablissements. Parmi les solutions constituant une force, les infirmières participantes jugent qu'elles devraient continuer à développer leur connaissance mutuelle en créant un comité de travail interétablissements. Pour les différents milieux de soins désireux de favoriser la collaboration, nous croyons que la création de comité interétablissements formé d'infirmières soignantes représente une approche de groupe primordiale à instaurer puisqu'il encourage l'ajustement mutuel des interventions infirmières réalisées pour la clientèle. En effet, au moyen de ce comité, elles peuvent mettre en commun leurs différentes expertises et développer des comportements positifs face aux difficultés qui se présentent dans la prestation des services de santé. Nous pensons que la mise en place de comités de travail dans les différents milieux de soins constituerait un réseau de soutien professionnel entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire et se révéleraient des lieux de partage, d'enrichissement et d'innovation pour la pratique infirmière en permettant d'élaborer des réponses plus efficaces aux besoins de la mère, du nouveau-né et de la famille.

Également, les résultats permettent d'identifier que l'entente formelle représente un premier mécanisme qui a permis de définir et de structurer les relations entre les infirmières des deux établissements de santé afin d'assurer des soins et des services de santé postnataux en complémentarité. Cependant, nous croyons que la mise en œuvre d'ententes formelles entre les CH et les CLSC est un processus en évolution. En effet, les infirmières du milieu hospitalier et du milieu communautaire doivent continuer à

s'ouvrir à de nouveaux horizons afin de réfléchir à leur pratique interétablissements. Nous pensons que les opportunités générées par la collaboration interétablissements permettent la mise en valeur de la créativité et du leadership des infirmières dans la gestion des épisodes de soins.

Implications pour la recherche

Le devis utilisé dans le cadre de cette recherche, soit l'étude de cas unique s'est révélé particulièrement pertinent puisqu'il a permis l'investigation approfondie d'un processus en ne le dissociant pas de son contexte. À travers l'expérience des infirmières du CH et du CLSC, il apparaît que la collaboration interétablissements est un processus complexe qui nécessite une analyse en profondeur afin de saisir la dynamique particulière entourant une situation locale. L'utilisation de ce devis fournit de précieux constats qualitatifs pour concevoir et comprendre divers phénomènes. À cet égard, il apparaît que celui-ci devrait être utilisé davantage dans le domaine de la recherche en sciences infirmières portant sur la gestion et l'organisation des soins infirmiers.

Le cadre de référence utilisé dans la présente étude, soit le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) qui permet d'analyser et de comprendre la collaboration dans le domaine de la santé, s'est également révélé pertinent. En effet, l'analyse de l'expérience de collaboration vécue par des infirmières œuvrant en milieu hospitalier et en milieu communautaire à travers les quatre dimensions du modèle a démontré que son utilisation constitue un choix judicieux, particulièrement dans le domaine des soins infirmiers. La présente étude a

permis de valider le modèle de D'Amour (1997) en démontrant que chacune des dimensions apparaît comme étant essentielle à la compréhension fine du processus de collaboration défini comme une action collective. Également, les résultats confirment l'adaptation du modèle à d'autres contextes de collaboration, c'est-à-dire au niveau de la collaboration interétablissements.

Enfin la réalisation de cette étude permet de reconnaître la pertinence et la nécessité d'investiguer de manière plus soutenue certains aspects de la collaboration interétablissements entre les infirmières de CH et de CLSC. Premièrement, il serait important de reprendre cette recherche en la réalisant dans d'autres milieux où les CH et les CLSC ont aussi implanté une entente formelle interétablissements dans le cadre du congé précoce en postnatal en incluant les organismes communautaires. Deuxièmement, d'autres études portant sur le processus de la collaboration interétablissements dans divers contextes cliniques tel que la santé mentale, la médecine de jour et la chirurgie d'un jour s'avèrent essentielles afin de poursuivre le développement des connaissances dans ce domaine. Troisièmement, considérant l'importance de l'établissement d'une relation de confiance comme condition nécessaire à la collaboration, il apparaît important de développer des projets de recherche qui s'intéresseront particulièrement à la perception de compétences que se porte les professionnels dans un contexte interétablissements. Finalement, considérant l'importance du rôle que joue l'infirmière de liaison dans la communication interétablissements, d'autres études sont nécessaires afin de connaître plus en profondeur la contribution de son rôle dans le maintien de la collaboration entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire.

Recommandations

Les recommandations suivantes découlent de la discussion des résultats et des implications mentionnées dans les paragraphes précédents. Suite à cette étude, l'analyse de l'ensemble des données produites a permis de dégager neuf recommandations concernant la collaboration interétablissements entre les infirmières de CH et de CLSC.

1. Il semble essentiel que la collaboration interétablissements s'appuie sur une vision collective des besoins de la clientèle, sur une philosophie commune d'interventions ainsi que sur la reconnaissance et le respect du rôle de chacun des professionnels.
2. Pour favoriser la collaboration interétablissements, il nous semble important d'instaurer des modalités de communication efficaces comportant des approches davantage personnalisées au moyen d'échanges verbaux réguliers.
3. L'évaluation de la qualité de la communication entre les infirmières de CH et de CLSC s'avère une priorité afin d'établir et de maintenir une collaboration interétablissements de qualité.
4. L'implantation d'un suivi systématique des familles en périnatalité développé en concertation entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire, plus spécifiquement en regard du suivi de l'ictère et du gain de poids chez le nouveau-né à domicile représenterait un projet novateur valorisant l'expertise en soins infirmiers et augmentant la satisfaction de la clientèle.
5. Dans le cadre de la diminution de la durée des séjours hospitaliers, les infirmières de CLSC doivent demeurer constamment vigilantes afin de ne pas

sacrifier les services de prévention et de promotion de la santé au profit des soins curatifs ou post-hospitaliers.

6. Les résultats nous amène à réaffirmer la nécessité de développer un style de gestion participatif favorisant la mise en place de mécanismes de concertation entre les infirmières de CH et de CLSC afin d'améliorer la collaboration interétablissements. Selon le ministère de la Santé et services sociaux (2000), la constitution d'un seul conseil des infirmières et infirmiers (CII) unifié entre les CLSC et le CH d'un territoire donné représenterait un mécanisme de concertation novateur.
7. Il est aussi recommandé que les institutions d'enseignement collégiale et universitaire adaptent les programmes de formation destinés aux futures infirmières aux nouvelles orientations du réseau de la santé et aux exigences du travail en collaboration interétablissements.
8. Il est également recommandé que des programmes de formation continue interétablissements et de développement professionnel soient implantés en concertation entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire, et ce en plus grand nombre pour favoriser l'interconnaissance entre les infirmières afin qu'elles développent une responsabilité conjointe face aux services de santé à assurer à la clientèle.
9. Finalement, des forums de discussion portant sur thématique de la collaboration interétablissements entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congrès annuel de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du

Québec et/ou dans le cadre de congrès portant sur la périnatalité s'avéreraient aussi des avenues à encourager et à promouvoir.

Les limites de l'étude

L'investigatrice demeure consciente que le nombre de participantes, soit huit infirmières, a pu limiter et restreindre la diversité des données recueillies. Un nombre plus élevé de participantes aurait peut-être pu favoriser et assurer une saturation des informations obtenues. Toutefois, cette étude étant réalisée dans le cadre d'études de deuxième cycle, l'investigatrice disposait d'un temps limité. Une seconde limite identifiée réside dans le choix du devis. En effet, il s'agit d'une étude de cas unique, ainsi les résultats sont difficilement généralisables. Comme l'a déjà mentionné Yin (1994), l'étude de cas unique vise la compréhension en profondeur d'un phénomène particulier indissociable de son contexte. Par contre, les recommandations et les conclusions de l'étude pourront servir de guide pour les milieux se reconnaissant partiellement ou totalement, à travers ce cas unique. Ainsi, c'est l'appropriation ou non des résultats par l'ensemble des infirmières œuvrant en milieu hospitalier ou communautaire qui démontrera la représentativité des résultats de cette recherche. Finalement, une troisième limite de l'étude est que celle-ci s'inscrit à l'intérieur du contexte des réseaux intégrés en périnatalité et que seulement la dyade CH et CLSC y est examinée. Cette recherche étant réalisée dans le cadre d'études de deuxième cycle, inclure d'autres organisations tels que les autres CLSC du territoire desservi par le CH à l'étude et les organismes communautaires aurait représenté un travail trop laborieux,

compte tenu du temps et de la disponibilité dont l'investigatrice disposait pour effectuer la recherche.

Conclusion

Les services de santé en périnatalité au Québec ont connu plusieurs transformations profondes depuis la dernière décennie. Ces transformations liées au virage ambulatoire n'ont pas été sans conséquence pour la profession infirmière mais elles ont aussi créé des opportunités. Une de ces opportunités, est l'amélioration des relations interétablissements entre les infirmières œuvrant en milieu hospitalier et en milieu communautaire

La présente recherche a permis de mieux saisir ce changement sur la pratique infirmière en s'attardant à comprendre en profondeur la nature du processus de collaboration interétablissements entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC œuvrant auprès de mères ayant bénéficié d'un court séjour hospitalier en postnatal. Les résultats de cette étude soutiennent qu'une collaboration formalisée au moyen d'une entente formelle interétablissements favorise l'émergence de pratiques infirmières efficaces qui évitent la fragmentation et le dédoublement des services de santé offerts à la mère et au nouveau-né.

De plus, des évidences tendent également à démontrer que la collaboration interétablissements rendue nécessaire suite au déplacement des soins et des services de santé du milieu hospitalier vers la communauté provoque un changement de mentalité au sein des infirmières. En effet, l'analyse a démontré que ce changement de mentalité doit s'actualiser au sein de la profession et qu'il consiste à ce que les infirmières, surtout celles

œuvrant en milieu hospitalier, développent une sensibilisation accrue aux dimensions sociales de la santé et du bien-être de la clientèle.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que la collaboration interétablissements place la profession infirmière devant des défis stimulants et devant des enjeux de taille. Les infirmières participantes ont témoigné que la collaboration interétablissements offre des possibilités d'innovation pour la profession. En collaborant, elles sont attentives à l'absence ou à l'insuffisance des services de santé ce qui contribue à favoriser une accessibilité accrue des soins prodigués à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. En alliant leurs efforts, les infirmières peuvent développer des interventions novatrices afin de préserver et de maintenir la qualité des services de santé dispensés en période postnatale.

Les références

Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organization working together*. Newsbury Park : Sage Publications.

Ament, L.A. (1990). Maternal tasks of the puerperium reidentified. *JOOGN*, 19, (4), 330-333.

Anderson, M.A., & Helms, L.B. (1993). Home health care referrals following hospital discharge : communication in health services delivery. *Hospital & Health Services Administration*, 38, (4), 537-555.

Arnold, L.S., & Bakewell-Sachs, S. (1991). Models of perinatal home follow-up. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 5, (1), 18-26.

Association des hôpitaux du Québec. (1995). *Pour mieux travailler ensemble: une vision renouvelée des réseaux intégrés de soins et de services*. Collection : La reconfiguration du réseau.

Bakewell-Sachs, S., & Armstrong Persily C. (1995). Perinatal partnerships in practice : a conceptual framework for linking care across the childbearing continuum. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9, (1), 31-37.

Barnsley, J., Lemieux-Charles, L., & McKinney, M. (1998). Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Management Review*, 23, (1), 18-28.

Beck, C.T. (1991). Early postnatal discharge programs in the United States : a literature review and critique. *Women & Health*, 17, (1), 125-139.

Bennett, R.L., & Tandy, L.J. (1998). Postnatal home visits : extending the continuum of care from Hospital to home. *Home Health Care*, 16 (5), 295-303.

Biancuzzo, M. (1997). Breastfeeding education for early discharge : a three-tiered approach. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 11, (2), 10-22.

Blondeau, D. & Hébert, M. (1999). La responsabilité professionnelle de l'infirmière. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds). *Soins infirmiers et société* (pp.117-134). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

Bolland, J.M., & Wilson, J.V. (1994). Three faces of integrative coordination : a model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research*, 29, 341-366.

Braveman, P., Ergeter, S., Pearl, M., Marchi, K., & Miler, C. (1995). Early discharge of newborns and mothers : a critical review of the literature. *Pediatrics*, 96 (4), 716-726.

Britton, J.R. (1998). Postnatal early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United states. *Birth*, 25, (3), 161-168.

Brooten, D. (1995). Perinatal care across the continuum : early discharge and nursing home follow-up. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9, (1), 38-44.

Brooten, D., Brown L., Kumar, S., & Munro, B. (1988) Early discharge and specialist transitionnal care. *Image*, 20, 64-68

Brown, S.G., & Johnson, B.T. (1998). Enhancing early discharge with home follow-up : a pilot project. *JOGNN*, 27, (1), 33-38.

Brown, L.P, Towne, S.A., & York, R. (1996). Controversial issues surrounding early postnatal discharge. *Nursing Clinics of North America*, 31, (2), 333-339.

Carty, E.M, Bradeley, C., & Winslon, W. (1996). Women's perceptions of fatigue during pregnancy and postnatal : the impact of lenght of hospital. *Clinical Nursing Research*, 5, (1), 67-80.

Coffey, J.R., Fenner, K.M., & Stogis, S.L. (1997). Virtually integrated health systems : a guide to assessing organizational readiness ans strategic partners. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Collerette, P. (1997) L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 50, 82-89.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. (1997). *Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en postnatal*. Montréal: CÉTSQ.

Creswell, J.W. (1997). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions*. Sage Publications, Thousand Oak.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1995). Organizations and collective action : our contribution to organizational analysis. *Research in the sociology of organizations*, 13, 71-92

D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., & Daigle, K. (2000). Analyse stratégique de la mise en place d'un réseau de soins en périnatalité. Dans *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du système de santé Montréalais*. (pp.46-51). Direction de la santé publique de Montréal.

D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, (3), 67-100.

D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat. Gris. Montréal : Université de Montréal.

Daunais, J.-P. (1993). L'entretien non directif. Dans B. Gauthier (Éd), *Recherche sociale* (pp.273-294). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Davis, R. (1997). Community caring : an ethnographic study within an organizational culture. *Public Health Nursing*, 14, (2), 92-100.

Deacon, J. (1999) Post discharge care. Dans Thureen, J.P., Deacon, J., O'Neill, P., & Hernandez, J. (Éds). *Assessment and care of the well newborn*. (pp.376-379). Pensylvannie : W.B Saunders Company.

Dowswell, T., Piercy, J., Hewison, J., & Lilford, R. (1997). Short postnatal hospital stay: implications for women and service providers. *Journal of Public Health Medicine*, 19, (2), 132-136.

Ergeter, S.A, Braveman, P.A, & Marchi, K.S. (1998). Follow-up of newborns and their mothers after early hospital discharge. *Clinics in Perinatology*, 25, (2), 471-481.

Evans, C.J. (1991). Description of a home follow-up program for childbearing families. *JOOGN*, 20, (2), 113-118.

Faulconnier, B. (1998). Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. *Journal de Gynécologie, obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 27, (suppl 2), 232-236.

Fawcett, J. (1992). Conceptual models and nursing practice : the reciprocal relationship. *Journal Advanced Nursing*, 17, (2), 224-228.

Fédération des CLSC du Québec. (1996). *Virage ambulatoire en périnatalité volet 6*. Collection: La transformation du réseau. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

Fournier, L. (1999). Pourquoi le virage ambulatoire ? Les déterminants de la réforme québécoise des services de santé et ses conséquences pour la profession infirmière. Dans, O. Goulet & C. Dallaire (Éds), *Soins infirmiers et société* (pp.7-31). Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Frank-Hanssen, M.A., Hanson, K.S., & Anderson, M.A. (1999). Postnatal home visits : infant outcomes. *Journal of Community Health Nursing*, 16, (1), 17-28

Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions du Seuil.

Gagnon, A., Edgar, L., Kramer, M.S., Papageorgiou, A., Waghorn, K., & Klein, M.C. (1997). A randomized trial of a program of early postnatal discharge with nurse visitation. *American Journal of Obstetrics and Gynecologie*, 176, 205-211.

Gazmararian, J.A., & Koplan, J.P. (1998). Economic aspects of the perinatal hospital stay. *Clinics in Perinatology*, 25, (2), 483-498.

Gillerman, H., & Beckman, M.H. (1991). The postnatal early discharge dilemma: an innovative solution. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 5, (1), 9-17.

Gillies, R.R., Shortell, M., Anderson, D.A., & Morgan, K.L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospitals & Health Services Administration*, 38, (4), 467-489.

Goulet, L., D'Amour, D., Pineault, R., Séguin, L., & Bisson, J. (2000). Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique. Dans *Collectif de recherche sur les transformations du système de santé Montréalais*. (pp. 43-45). Direction de la santé publique de Montréal.

Gray, B. (1985). Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations*, 38, (10), 911-936.

Guba, G.E., & Lincoln, S.Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park : Sage Publications.

Gupton, A., & McKay, M. (1995). The canadian perspective on postnatal home care. *JOGNN*, 24, (2), 173-179.

Hall, W.A., & Carty, E.M. (1993). Managing the early discharge experience: taking control. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 574-582.

Hansen, H.E., Bull, M.J., & Gross, C.R. (1998) Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *JONA*, 28, (9), 37-46.

Hanson, C.M., & Spross, J.A. (1996). Collaboration. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.H. Hanson (Éds), *Advanced Nursing Practice : an integrative approach* (pp.229-248). W.B Saunders Company.

Henderson, V. (1966). The Nature of Nursing. *American Journal of Nursing*, 64 (8), 62-68.

Henneman, E.A., Lee, J.L., & Cohen, J.L. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 103-109.

Holden, A.C., Josephs, S., & Scantlebury, K. (1996). One solution to the early discharge controversy. *L'infirmière Canadienne*, octobre, 20-21.

Huberman, A.M., & Miles, M.B. (1991). *Analyse de données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill Model of nursing : a practice-derived model. *Advanced in Nursing Science*, 9 (4), 51-61.

Jaccound, & Mayers, (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayers & Pires (Éds). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.21-249). Montréal Gaëtan Morin Éditeur.

Jacobson, B.B., Brock, K.A., & Keppler, A.B. (1998). The post birth partnership: Washington State's comprehensive approach to improve follow-up care. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 13, (1), 43-52.

Johns, J.L. (1996). Trust: key to acculturation in corporatized health care environments. *Nursing Administrative Quarterly*, 20, (2), 13-24.

Kessel, W., Kiely, M., Nora, A.H., & Sumaya, C.V. (1995). Early discharge: in the end; it is judgement. *Pediatrics*, 96, (4), 739-742.

Lamontagne, L. (1999). *Analyse compréhensive de l'expérience de transition organisationnelle des CLSC vécue par des infirmières dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

Lawrence, P.R., & Lorsch, J.W. (1969). *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. Homewood, IL: Irwin.

Lazega, E. (1994). Analyse des réseaux et sociologie des organisations. *Revue Française de sociologie*, 35, 293-320.

Léonard, N., & Paul, D. (1996) Devenir parents, les facteurs liés au sentiment de compétence. *L'infirmière du Québec*, 4, (1), 38-45.

Liedtka, J., & Whitten, E.L. (1997) Building better patient care services : a collaborative approach. *Health Care Management Review*, 22, (3), 16-24.

Lock, M., & Ray, J.G. (1999). Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge : are we sending newborns home too early ? *CMAJ*, 161, (3), 249-253.

Lowery, J.E. (1998). Understanding the culture shift in health care. Dans J.E. Lowery (Éd), *Culture shifts : a leader's guide to managing change in health care*. (pp. 1-14). Chicago Hospital: American Hospital Publishing, Inc.

Luckas, A. (1991). Issues surroundingss early postnatal discharge : effects on the caregiver. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 5, (1), 33-42.

Mariano, C. (1994). Case study: the method. Dans P.L. Muhall & C.O. Boyd (Éds), *Nursing research : a qualitative perspective* (2^eéd.), (pp. 311-337). New-York : National League for Nursing Press.

Mayers, R.C., Davis, J.H., & Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, (3), 709-734.

McAllister, D.J. (1995). Affect-and cognition- based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of Management Journal*, 38, (1), 24-59.

McGregor, L.A. (1994). Short, Shorter, Shortest : improving the hospital stay for mothers and newborns. *MCN*, 19, 91-96.

Ministère de la Santé et des Services sciaux du Québec. (2000). Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2000) Site Internet : les statistiques. www.msss.gouv.qc.ca. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1999). *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1997). *Le virage ambulatoire en santé physique : enjeux et perspectives*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1993). Politique de Périnatalité du Québec. Québec : Gouvernement du Québec.

Mitchell, A., Van Berkel, C., Adam, V., Ciliska, D., Sheppard, K., Baumann, A., Underwood, J., Walter, S., Gafni, A., Edwards, N., & Southwell, D. (1993). Comparison of liaison and staff nurses in discharge referrals of postnatal patients for public health nursing follow-up. *Nursing Research*, 42, (4), 245-249.

Montreuil, S. (1997). *Programmes de courts séjours en obstétrique : enquête auprès des centres hospitaliers du Québec*. Gouvernement du Québec. MSSS.

Morrisey, J.P., Tausing, M., & Lindsey, M.L. (1985). Community mental health delivery systems. *American Behavioral Scientist*, 28, 704-720

Morse, J.M. (1991). *Qualitative nursing research : a contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage Publications.

Norr, K.L., & Nacion, K. (1987). Outcomes of postnatal early discharge, 1960-1986 : a comparative review. *Birth*, 14, (3), 135-141.

Paul, D., Lambert, C., St-Cyr Tribble, D., & Lebel, P. (1997). Tendre la main aux nouveaux parents : écouter ou informer ? *L'infirmière du Québec*, 4, (5), 28-34.

Phillips, C. (1996). *Family-centered maternity and newborn care* (4^e éd.). St-Louis (Mo), Mosby.

Polit, E., & O'Beirne, M. (1997). A mom & me program. *Home Health Care*, 15, (6), 427-429.

Polivka, B.J., Kennedy, C., & Chaudry, R. (1997). Collaboration between local public health and community mental health agencies. *Research in Nursing & Health*, 20, 153-160.

Polivka, B.J. (1995). A conceptuel model for community interagency collaboration. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27, (2), 110-115.

Poupart, R., Simard J.J., & Ouellet, J.-P. (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., & Desmets, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège-Bruxelle. Pierre Mardaga, Éditeur.

Provan, K.G., & Milward, H.B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness : a comparaison study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.

Provost, M.A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (1997) *Guide de présentation d'un rapport de recherche*. (3^e éd.). Québec. Les Éditions SMG.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre. (2000). *Rôles et modalités d'articulation CHA/ CLSC/ Médecins traitants en périnatalité : période*

postnatale, région Montréal-Centre. Direction de la santé publique : Régie régionale Montréal-Centre.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre. (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2000*. Montréal : RRSSMC.

Richard, L., D'Amour, D., Labadie, J.-F., Brodeur, J.-M., Pineault, R., Séguin, L., & Latour, R. (2000). *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et études des déterminants*. Rapport de recherche. Montréal : Université de Montréal.

Ring, P.M., & Van De Ven, A.H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*, 19 (1), 90-118.

Rush, J.P., & Valaitis, R.K. (1992). Postnatal care : home or hospital? *The Canadian Nurse*, 88, (5), 29-31.

Santé Canada. (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa.

Schwandt, T.A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds.), *Handbook of Qualitative research* (pp.118-137). Thousand Oaks : Sage Publications.

Shortell, S.M., Gillies, R.R, Anderson, D.A., Mitchell, J.D., & Morgan, K.L. (1993). Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators. *Hospital & Health Services Administration*, 38, (4), 447-466.

Smith, K.G., Carroll, S.J., & Ashord, S.J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: toward a research agenda. *Academy of Management Journal*, 38, (1), 7-23.

Smucker, J. (1988). La culture de l'organisation comme idéologie de gestion: une analyse critique. Dans G.L. Symons *La culture des organisations*. Institut québécois de recherche sur la culture.

Stake, R. (1994). Case studies. Dans N. Denzin. & Y. Lincoln (éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Thousand Oaks : Sage Publications.

Ste-Marie, R. (1998). *Portrait des services postnataux en CLSC dans le cadre des programmes de congé précoce*. Montréal : Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Stichler, J.F. (1995). Professionnal interdependence : the art of collaboration. *Advanced Nursing Practice, 1*, (1), 53-61.

Stolte, K., Myers, S.T., & Owen, W.L. (1994). Changes in maternity care and the impact on nurses and nursing practice. *JOGNN, 23*, (7), 603-608.

Sullivan, T.J. (1998). *Collaboration : a health care imperative*. New-York : McGraw-Hill companies.

Thompson, J. (1967). *Organization in action*. New-York: McGraw-Hill.

Van de Ven, A.H., & Ferry, D.L. (1980). *Measuring and assessing organizations*. New-York : John Wiley & Sons.

Van Ess Coeling, H., & Curk, P.L. (2000). Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *Journal Nursing Care Quaterly, 14*, (2), 63-74.

Vestal, K.W., & Spreier, S.W. (1998). Facilitating change through cultural assessment. Dans J.E. Lowery (Éd), *Culture shifts : a leader's guide to managing change in health care*. (pp.15-38). Chicago : American Hospital Publishing, Inc.

Wagner III, J.A. (1995). Studies of individualisme-collectivism : effects on cooperation in groups. *Academy of Management Journal, 38*, (1), 152-172.

Weinberg, S.H. (1994). An alternative to meet the needs of early discharge: the tender beginnings postnatal visit. *MCN, 19*, 339-342.

Whetten, D. (1981). Interorganizational relations : a review of the field. *Journal of Higher, 52*, 1-28.

Williams, L.R., & Cooper, K.M. (1996). A new paradigme for postnatal care. *JOGNN, 25*, (9), 745-774.

Yin, R.K. (1994). *Case study research : design and methods* (2^e éd.). Newbury Park: Sage Publications.

Appendices

Appendice A

Lettre expliquant le projet à l'étude

Lettre expliquant le projet à l'étude

La collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal.

Investigatrice : Karina Daigle, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.

Directrice de mémoire : Danielle D'Amour, professeur adjointe à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Dans le cadre de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, les infirmières en périnatalité œuvrant en CH et en CLSC ont vu leur pratique professionnelle se modifier suite au congé précoce en postnatal. En effet, le congé précoce en postnatal suscite l'émergence et le développement de nouvelles pratiques infirmières pour assurer le suivi des mères et de leur enfant en période postnatale (CÉTSQ, 1997). À cet égard, le ministère de la santé et des services sociaux (1998) mentionne que l'une des conditions essentielles à la mise sur pied du congé précoce est la réorganisation des soins infirmiers tant en milieu hospitalier qu'en CLSC, c'est-à-dire une réorganisation des soins et des services du milieu hospitalier vers la première ligne soit les CLSC. Toutefois, une étude dans la région métropolitaine présentement en cours de réalisation, sur les modalités de suivi offert aux mères et à leur enfant suite au congé précoce démontre une duplication des services. En effet, les mères reçoivent encore dans 33% des cas un appel de l'infirmière de CH et de CLSC pour assurer le suivi téléphonique après leur congé de l'hôpital (Goulet, D'Amour, Pineault, Séguin, & Bisson, 200).

Cette réorganisation des soins infirmiers s'appuie sur l'approche du virage ambulatoire qui a constitué l'un des axes prioritaires de la réforme du système de santé québécois durant cette dernière décennie. Ce processus de changement facilite

l'établissement d'un réseau intégré de soins et de services favorisant une accessibilité, une qualité et une continuité optimales des soins pour la clientèle et leur famille tout en maximisant leur autonomie (Association des Hôpitaux du Québec, 1995).

L'établissement d'un tel réseau intégré crée le développement de nouveaux liens interétablissements puisque l'on abolit virtuellement les murs entre les différents établissements de santé en demandant aux infirmières et aux gestionnaires de poursuivre des objectifs communs et d'assurer un continuum de services (Régie régionale de la santé et des services sociaux, 1998).

Devant la diversité des soins et des services offerts par les infirmières d'un établissement de santé à un autre, il s'avère essentiel d'établir et d'harmoniser le partage des activités de soins et des responsabilités (Bakewell-Sachs & Armstrong Persily, 1995). Cet état de fait crée une situation d'interdépendance entre les infirmières de CH et de CLSC, une interdépendance nécessitant la collaboration entre chacune d'elles (Fédération des CLSC du Québec, 1996).

Bakewell-Sachs & Armstrong Persily (1995) mentionnent que les infirmières sont dans une position clé pour faciliter les liens à travers le continuum de la périnatalité. Il serait pertinent de comprendre comment les infirmières de CH et de CLSC parviennent à collaborer afin de soutenir l'émergence de pratiques efficaces évitant la fragmentation et le dédoublement des soins et des services offerts en période postnatal.

Le but de la présente étude vise la compréhension du processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal afin de favoriser la continuité du suivi postnatal.

Pour toutes questions supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi au numéro suivant soit: XXX-XXXX poste XXXX. Au plaisir de se rencontrer.

Appendice B

Formulaire de consentement pour participer à l'étude

**Formulaire de consentement libre et éclairé pour participer à l'étude au
moyen de l'entretien individuel**

Titre de l'étude : La collaboration entre les infirmières d'un CH et d'un CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal.

Investigatrice : Daigle, Karina, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.

Directrice de mémoire : D'Amour, Danielle, professeur adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Le but de la présente étude vise la compréhension du processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal afin de favoriser la continuité du suivi postnatal. Les résultats de cette étude aideront à mieux comprendre le processus de collaboration entre les infirmières de deux types d'établissement de santé ceci afin de soutenir le développement de pratiques efficaces évitant la fragmentation et le dédoublement des soins et des services pour les mères et leurs enfants en période postnatal.

Votre contribution à cette étude implique de participer à un entretien individuel d'environ une heure dans votre établissement sur votre quart de travail qui portera sur la collaboration vécue entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal. Pour participer à cette étude vous devez correspondre aux critères de sélection suivants: 1) faire partie de l'unité en postnatal sur le quart de travail de jour ou de soir, ou du programme enfance-famille-jeunesse secteur petite enfance, 2) y intervenir depuis plus d'une année soit à temps plein ou partiel, 3) accepter de faire partie de l'étude en assurant un consentement écrit et 4) consentir à ce que l'entretien individuel soit enregistré sur bandes audio. Ces bandes audio seront traitées de façon confidentielles et conservées sous clé. Elles seront détruites après que les données auront été analysées et le mémoire accepté. De plus, on vous demande de compléter un court questionnaire sociodémographique relatif à votre formation et à votre expérience professionnelle. Les avantages de votre participation à cette étude est que vous pourrez donner votre opinion et vision comme professionnel sur comment devrait être la collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC pour assurer un suivi de qualité aux mères et leurs enfants. De plus, vous contribuez directement au développement des connaissances en sciences infirmières. Toutefois, si vous ressentez certains inconforts lors des entretiens tels que: de la fatigue, de la gêne et de l'inquiétude sachez que votre participation est libre et volontaire. Vous êtes donc libre de quitter l'étude en tout temps ou de mettre fin à l'entrevue, et ce sans aucun préjudice.

Les données obtenues seront codées et ne pourront être reliées à votre nom ou à celui de votre établissement de santé. Votre identité ou celle de votre établissement de santé ne seront pas mentionnées lors de l'étude, de la rédaction du mémoire ou de publications ultérieures.

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec la personne suivante:

Karina Daigle, faculté des sciences infirmières XXX-XXXX poste XXXX. (de 8h30 et 16h30).

"Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président par intérim du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Monsieur Claude Giasson téléphone: (514) 943-5946. Suite à cet entretien, si vous avez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest téléphone (514) 343-2100."

Je, (nom en lettre moulée du / de la participant/e).....déclaré avoir pris connaissance du document intitulé " Lettre expliquant le projet à l'étude" dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom de l'investigatrice en lettres moulées).....et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude en question. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Date.....Signature.....

Je, (nom de l'investigateur).....déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulée du sujet).....

Date.....Signature.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet (Nom en lettres moulées).....

Date.....Signature.....

Appendice C

Guides pour les entretiens

**Guides pour les entretiens auprès des infirmières gestionnaires
et des infirmières soignantes du CH et du CLSC**

No. d'entretien _____

Pseudonyme _____

Date de l'entretien _____

L'objectif de la recherche est **de comprendre le processus de collaboration entre les infirmières de CH et de CLSC dans le cadre du congé précoce en postnatal afin de cerner l'émergence de pratiques efficaces évitant la fragmentation et le dédoublement des soins et des services offerts aux mères et leur enfant lors du suivi postnatal.**

Le questionnaire est constitué essentiellement de questions ouvertes où il faut élaborer, il n'y a pas de réponse sous forme de oui et non. Ce n'est pas un questionnaire avec de bonnes ou mauvaises réponses. Ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue et votre expérience en tant qu'infirmière soignante ou gestionnaire. Je vous rappelle que tous renseignements ou toutes associations d'information pouvant permettre à quelqu'un de vous identifier seront effacés sur l'enregistrement. Tel que convenu, l'entretien sera enregistré, les bandes audio seront conservées en lieu sûr sous clé et seront détruites lorsque les données auront été analysées et le mémoire accepté.

**Guide pour les entretiens auprès des infirmières gestionnaires
et des infirmières soignantes du CH**

1. Comment s'est déroulé la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CLSC depuis le tout début du congé précoce en postnatal ?

- Nature des liens informels, nature des liens formels

2. Comment se vit **actuellement** la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CLSC ?

- Mise à part les liens créés par l'entente existe-il d'autres liens plus informels entre vous ?

3. Parlez-moi de l'application de l'entente interétablissements dans la pratique quotidienne des infirmières de votre établissement et des infirmières du CLSC ?

- Contenu dans la pratique comment ça se passe ?
- Qu'elle est votre satisfaction quant au contenu de l'entente ?

4. Parlez-moi des éléments qui favorisent ou nuisent à l'établissement d'entente interétablissements et à leur application ?

5. Expliquez-moi, ce que vous apporte dans votre pratique quotidienne la collaboration avec les infirmières du CLSC ?

6. Expliquez-moi l'apport de la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH pour la clientèle ?

- Où se situe la clientèle dans ce processus ?

7. Comment les infirmières de votre établissement et les infirmières du CLSC avez-vous fait pour rejoindre une vision commune en regard du suivi postnatal ?

8. Selon vous, quelles sont les perceptions des infirmières de votre établissement face aux rôles des infirmières du CLSC ? Inversement, quelles sont les perceptions des infirmières du CLSC face aux rôles des infirmières de votre établissement ?

- Pouvez-vous m'en parler en terme d'aptitude à travailler en équipe ?
- Comment est le rapport entre vous ?

9. Parlez-moi de l'étendue des responsabilités des infirmières de votre établissement et des infirmières du CLSC lorsqu'elle collabore pour assurer un suivi à la clientèle ?

10. Parlez-moi des mécanismes que les infirmières de votre établissement se sont donnés pour que leur collaboration avec les infirmières du CLSC soit maintenue et même améliorée ?

11. D'après vous, quelle serait une collaboration idéale entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CLSC ?

Conclusion

12. Pour terminer, y a-t-il d'autres aspects qui vous semblent importants à ajouter concernant la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CLSC ?

Profil de la répondante :

1. Âge: _____
2. Quel est votre titre ? _____
3. Depuis combien d'années occupez-vous ce poste ?
4. Quel est le statut de votre poste ?
5. Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers ?
6. Nombre d'années d'expérience en postnatal ?
7. Quel est votre formation initiale en soins infirmiers ?
8. Avez-vous faite une formation continue ? si oui quel est le dernier diplôme obtenu ?
9. Depuis combien d'années travaillez-vous pour cet établissement ?

**Guide pour les entretiens auprès des infirmières gestionnaires
et des infirmières soignantes du CLSC**

1. Comment s'est déroulé la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH de votre territoire depuis le tout début du congé précoce en postnatal ?

- Nature des liens informels, nature des liens formels

2. Comment se vit **actuellement** la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH ?

- Mise à part les liens créés par l'entente existe-il d'autres liens plus informels entre vous ?

3. Parlez-moi de l'application de l'entente interétablissements dans la pratique quotidienne des infirmières de votre établissement et des infirmières du CH ?

- Contenu dans la pratique comment ça se passe ?
- Qu'elle est votre satisfaction quant au contenu de l'entente ?

4. Parlez-moi des éléments qui favorisent ou nuisent à l'établissement d'entente interétablissements et à leur application ?

5. Expliquez-moi, ce que vous apporte dans votre pratique quotidienne la collaboration avec les infirmières du CH ?

6. Expliquez-moi l'apport de la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH pour la clientèle ?

- Où se situe la clientèle dans ce processus ?

7. Comment les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH avez-vous fait pour rejoindre une vision commune en regard du suivi postnatal ?

8. Selon vous, quelles sont les perceptions des infirmières de votre établissement face aux rôles des infirmières du CH? Inversement, quelles sont les perceptions des infirmières du CH face aux rôles des infirmières de votre établissement ?

- Pouvez-vous m'en parler en terme d'aptitude à travailler en équipe ?
- Comment est le rapport entre vous ?

9. Parlez-moi de l'étendue des responsabilités des infirmières de votre établissement et des infirmières du CH lorsqu'elle collabore pour assurer un suivi à la clientèle ?

10. Parlez-moi des mécanismes que les infirmières de votre établissement se sont donnés pour que leur collaboration avec les infirmières du CH soit maintenue et même améliorée ?

11. D'après vous, quelle serait une collaboration idéale entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH ?

Conclusion

12. Pour terminer, y a-t-il d'autres aspects qui vous semblent importants à ajouter concernant la collaboration entre les infirmières de votre établissement et les infirmières du CH ?

Profil de la répondante :

1. Âge: _____
2. Quel est votre titre ? _____
3. Depuis combien d'années occupez-vous ce poste ?
4. Quel est le statut de votre poste ?
5. Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers ?
6. Nombre d'années d'expérience en postnatal ?
7. Quel est votre formation initiale en soins infirmiers ?
8. Avez-vous faite une formation continue ? si oui quel est le dernier diplôme obtenu ?
9. Depuis combien d'années travaillez-vous pour cet établissement ?

Appendice D

Grille d'analyse de la feuille de continuité des soins

Grille d'analyse de la feuille de continuité des soins

Mère	Renseignements cliniques inscrits		Commentaires
	oui	non	
Endroit de la destination du fax (coché)			
Date de naissance et heure (inscrit)			
Date du congé et heure (inscrit)			
Congé précoce (coché)			
*Visite prioritaire (coché)			
*Appel téléphonique fait au CLSC (coché) + nom de la personne rejointe (inscrit)			
*Renseignement prénatals (inscrit)			
*Accouchement vaginal ou C/S (coché)			
*État de santé actuel (inscrit)			
*Interaction difficile(coché)			
*Naissance rapprochée < 2ans (coché)			
Assimilation des notions transmises (coché oui/non)			
Réseau de soutien(inscrire explication)			
*Particularités(inscrire explication)			
*Besoins exprimés par les parents (inscrire explication)			
Bébé			
Poids de naissance (inscrit)			
Poids de départ (inscrit)			

Indice de bili lors du départ (inscrit)			
Allaitement maternel 1-2-3 encerclé			
Particularités allaitement maternel (inscrire explication)			
Désire marraine allaitement maternel (coché oui / non)			
Préparations lactés (coché oui/non)			
Particularités biberon (inscrire explication)			
*BB hospitalisé (coché et inscrire ?)			
*BB décédé (coché)			
*BB transféré (coché endroit ou autre inscrire le nom)			
* Particularités BB (inscrire explication)			
# de téléphone où rejoindre parents à la sortie (inscrit)			
Signature de l'infirmière et la date (inscrit)			
Feuille de continuité des soins adressographiée			

*** indique que ce renseignement clinique demeure facultatif ou selon des situations particulières.**

Appréciation ou impression globale de la feuille de continuité des soins

Appendice E

La matrice de la codification

La matrice de la codification

1. Données sociodémographiques

1.1 Infirmières du CLSC

- 1.1.1 Infirmière gestionnaire
- 1.1.2 Infirmière soignante

1.2 Infirmière du CH

- 1.2.1 Infirmière gestionnaire
- 1.2.2 Infirmière soignante

1.3 Formation infirmière de base

- 1.3.1 Cours à l'hôpital
- 1.3.2 Techniques en soins infirmiers
- 1.3.3 Bac de base en sciences infirmières

1.4 Formation en cours d'emploi

- 1.4.1 Bac en sciences
- 1.4.2 Maîtrise
- 1.4.3 Certificat 1 cycle universitaire
- 1.4.4 Aucune formation continue

2. FORMALISATION

2.1 Modalités de communication interétablissements

- 2.1.2 Feuille de continuité des soins
- 2.1.3 Échanges téléphoniques
- 2.1.4 Fiche de liaison prénatale

2.2 Modalités de suivi offerts à la mère et son enfant

- 2.2.1 L'appel téléphonique
- 2.2.2 Visite à domicile
- 2.2.3 R-V et réadmission au CH
- 2.2.4 Enseignement à la clientèle

3. INTÉRIORISATION

- 3.1 Relation de confiance
- 3.2 Moyens d'interconnaissance
- 3.3 Partage des responsabilités

4. FINALISATION

- 4.1 Conception des soins à la clientèle
- 4.2 Objectifs
- 4.3 Conception de la collaboration

5. DÉLÉGATION

- 5.1 Comité périnatalité
- 5.2 Régie régionale
- 5.3 Supérieur immédiat

6. FACTEURS ORGANISATIONNELS

- 6.1 Mode de prestation des soins
- 6.2 Roulement des infirmières
- 6.3 Surcharge des infirmières CH
- 6.4 Surcharge des infirmières CLSC
- 6.7 Perceptions des ressources
- 6.8 Résistance médicale

Appendice F

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

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

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

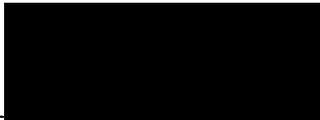
Titre du projet : « La collaboration entre les infirmières d'un centre hospitalier (CH) et d'un CLSC dans le cadre du congé précoce en post-partum »

Sous la direction de : Danielle D'Amour

À la réunion du 21 février 2000, 9 membres du CERSS étaient présents. Ce sont : le président par intérim, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant de l'École d'optométrie, le représentant du Département de kinésiologie, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

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

Ce certificat est émis pour la période du : 8 mars 2000 au 30 juin 2000.



Claude Giasson, O.D. Ph.D.
Président par intérim, CERSS
Faculté des sciences infirmières
Tél.: (514) 343-7619, (514) 343-5946

Le 8 mars 2000