

Université de Montréal

Facteurs associés à l'implantation d'un programme de formation interprofessionnelle au sein  
d'un Centre de santé et de services sociaux au Québec

par

Justin Jefferson-Falardeau

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès en sciences (M.Sc.)  
en administration des services de santé  
option analyse et évaluation du système de santé

Mai, 2011

© Justin Jefferson-Falardeau, 2011



Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

Facteurs associés à l'implantation d'un programme de formation interprofessionnelle au sein  
d'un Centre de santé et de services sociaux au Québec

présenté par :

Justin Jefferson-Falardeau

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais

président-rapporteur

Jean-Louis Denis

directeur de recherche

Nicole Leduc

membre du jury



## **Résumé**

**INTRODUCTION:** La collaboration interprofessionnelle a émergé comme étant l'un des aspects essentiels à consolider pour améliorer l'organisation de la première ligne de soins et assurer un accès adéquat aux ressources disponibles. Pour favoriser l'accroissement de la collaboration interprofessionnelle, il est suggéré que les professionnels des sciences de la santé soient formés en interdisciplinarité, particulièrement à l'occasion des stages cliniques.

**OBJECTIFS:** Ce projet vise à mesurer le degré d'implantation du programme de formation interprofessionnelle (PFI) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) à l'étude comparativement au modèle proposé initialement. De plus, ce projet vise à comprendre comment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent l'implantation du PFI.

**MÉTHODOLOGIE :** Il s'agit d'une étude de cas unique effectuée au sein d'un CSSS situé dans la grande région de Montréal au Québec, Canada. Les données ont été recueillies à l'aide de 11 entrevues semi-dirigées qui ont été réalisées auprès de professionnels et administrateurs responsables de l'implantation du PFI et d'un étudiant en stage ayant participé au PFI. Une analyse des documents administratifs et cliniques écrits concernant l'implantation du PFI a également été effectuée.

**RÉSULTATS :** L'implantation du PFI est toujours en évolution comme le traduit la présence des différentes composantes définissant la mise en œuvre du PFI qui est de moyenne à élevée et l'intensité des différentes composantes qui est généralement faible. Les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent l'implantation du PFI en milieu clinique et il existe des interrelations entre ces différents facteurs. L'analyse des facteurs influençant l'implantation d'un PFI en milieu clinique doit également s'attarder aux différents facteurs influençant le développement des pratiques collaboratives dans ce milieu.

**MOTS-CLÉS :** formation interprofessionnelle, analyse d'implantation, étude qualitative, collaboration interprofessionnelle, milieu clinique.

**Abstract**

**INTRODUCTION:** Interprofessional collaboration emerged as one of the key aspects that have to be consolidated to improve the organization of primary care and to ensure an appropriate access to available resources. In order to increase interprofessional collaboration, it has been suggested that health sciences professionals should be trained in an interdisciplinary fashion, especially during clinical training.

**OBJECTIVES:** The aim of this research is to measure the degree of implementation of an initiative in interprofessional education (IPE) which takes place in the Health and social service centre (HSSC) studied, as compared to the initially proposed model. Furthermore, the objective of this research is to understand how systemic factors, organizational factors and the training program's attributes influence the IPE initiative's implementation.

**METHODS:** This is a case study based on an HSSC located in the greater Montreal region in Quebec, Canada. Data was collected through 11 semi-structured interviews performed with professionals and administrators responsible for the IPE initiative's implementation, together with one student who participated in the IPE initiative during his clinical training. An analysis of administrative and clinical documents regarding the IPE initiative's implementation was also performed.

**RESULTS:** The implementation of the IPE initiative is still an ongoing process as it is showed by the medium-high presence of the different elements which define the IPE implementation and the generally low intensity of these elements. Systemic factors, organizational factors and the training program's attributes influence the implementation of the IPE initiative in a clinical setting and there is an interaction between all of these factors. An analysis of the different factors influencing the implementation of an IPE initiative in a clinical setting should also consider the different factors influencing the development of collaborative practice in this environment.

**KEYWORDS:** interprofessional education, implementation analysis, qualitative research, interprofessional collaboration, clinical setting.

## **Table des matières**

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Listes des sigles et des abréviations.....	ix
Dédicace.....	x
Remerciements.....	xi
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 Mise en contexte et problématique de recherche.....	1
1.2 Objectifs de recherche.....	3
1.3 Utilisateurs des résultats.....	3
Chapitre 2 : Recension de la littérature.....	5
2.1 Distinction entre multidisciplinarité, interdisciplinarité, interprofessionnalité, collaboration interprofessionnelle, pratique collaborative et formation interprofessionnelle ou interdisciplinaire.....	5
2.2 Collaboration interprofessionnelle et formation interprofessionnelle.....	6
2.3 Modèle logique du PFI à l'étude.....	8
2.4 Programmes de formation interprofessionnelle en milieu clinique existants au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.....	10
2.4.1 Ailleurs au Québec.....	10
2.4.2 Au Canada.....	11
2.4.3 Internationalement.....	13
2.5 Analyse d'implantation.....	14
2.6 Facteurs influençant l'implantation d'un PFI.....	15
2.6.1 Facteurs systémiques.....	15
2.6.2 Facteurs organisationnels.....	16
2.6.2.1 Structure.....	16
2.6.2.2 Antécédents du système pour l'innovation.....	17
2.6.2.3 Caractéristiques des ressources humaines.....	17
2.6.2.4 Préparation du système pour l'innovation.....	18
2.6.3 Caractéristiques du programme mis en place.....	19
2.6.4 Résumé des facteurs influençant l'implantation d'un PFI.....	20
2.7 Perspective d'analyse du changement organisationnel.....	21

2.8 Résumé.....	22
2.9 Modèle conceptuel et questions de recherche .....	23
Chapitre 3 : Méthodologie .....	26
3.1 Stratégie de recherche .....	26
3.2 Discussion des biais .....	26
3.3 Population et échantillon à l'étude.....	27
3.4 Définition des variables.....	29
3.4.1 Degré d'implantation du PFI.....	29
3.4.2 Facteurs systémiques.....	34
3.4.3 Facteurs organisationnels .....	34
3.4.4 Caractéristiques du programme.....	36
3.5 Collecte de données.....	37
3.6 Qualité des instruments de mesure.....	37
3.7 Analyse des données .....	38
3.8 Considérations éthiques .....	38
Chapitre 4 : Résultats .....	40
4.1 Présentation du CSSS à l'étude et de son UCDG .....	42
4.2 Degré d'implantation du PFI.....	44
4.2.1 La réalisation du PII .....	45
4.2.2 La présence des ressources.....	47
4.2.3 La participation de l'étudiant à l'élaboration du PFI .....	49
4.2.4 Rétroaction des professionnels à l'attention du stagiaire .....	50
4.2.5 Résumé de l'implantation du PFI.....	51
4.3 Facteurs systémiques influençant la collaboration interprofessionnelle et sa formation .....	52
4.3.1 Système professionnel.....	52
4.3.2 Changements de politiques, de normes, de valeurs.....	53
4.3.2.1 Politiques.....	53
4.3.2.2 Normes .....	55
4.3.2.3 Valeurs .....	57
4.3.3 Système de formation.....	57
4.4 Lien entre le système de formation et le milieu clinique .....	59
4.5 Partenariat entre le CSSS à l'étude et l'UdeM.....	61
4.6 Facteurs organisationnels décrivant le contexte du CSSS à l'étude et de son UCDG .	64
4.6.1 Structure et antécédents pour l'innovation au CSSS étudié .....	64

4.6.2 Les ressources humaines à la direction et à l'UCDG du CSSS étudié.....	66
4.6.2.1 La direction du CSSS étudié .....	66
4.6.2.2 Un leadership fort.....	67
4.6.2.3 Les ressources humaines à l'UCDG du CSSS étudié.....	69
4.6.2.4 Les habiletés des professionnels .....	71
4.7 Caractéristique du programme mis en place .....	72
4.7.1 Compatibilité du PFI et du PII .....	72
4.7.2 Le bénéfice perçu en lien avec le PFI pour l'organisation et l'UCDG .....	74
4.7.3 La complexité du PFI pour les professionnels de l'UCDG.....	77
4.7.4 Une logistique importante autour de la réalisation du PFI.....	78
4.8 Préparation pour l'implantation du PFI.....	80
4.9 Les impondérables et la compétition des ressources.....	83
4.10 Lien entre le degré d'implantation du PFI et son contexte.....	84
4.11 Conclusion du chapitre.....	86
Chapitre 5 : Discussion .....	87
5.1 Retour sur le modèle conceptuel initial.....	88
5.1.1 Facteurs systémiques.....	88
5.1.1.1 Le rôle du système professionnel et des changements de politiques, de normes et de valeurs sur la collaboration interprofessionnelle et sa formation .....	88
5.1.1.2 Les interactions entourant le système de formation .....	90
5.1.2 Facteurs organisationnels .....	91
5.1.2.1 L'importance entourant la formalisation de la collaboration interprofessionnelle et la présence d'un leadership collectif fort.....	91
5.1.2.2 La gériatrie, un milieu atypique .....	93
5.1.2.3 Une préparation considérable entourant l'implantation du PFI .....	94
5.1.3 Caractéristiques du programme.....	96
5.1.3.1 La compatibilité du PFI.....	96
5.1.3.2 L'utilité et la complexité du PFI .....	97
5.1.3.3 La logistique entourant le PFI .....	99
5.2 Les interrelations entre les différents facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI .....	100
5.3 Modifications apportées au modèle conceptuel de l'étude .....	101
5.4 Résumé des recommandations pouvant favoriser la mise en œuvre des PFI.....	103
5.5 Limites de l'étude.....	105
Chapitre 6 : Conclusion.....	107

Sources documentaires.....	109
Annexe 1 : Modèle logique du PFI au sein du CSSS étudié proposé par le CDPIR.....	xii
Annexe 2 : Guide d’entrevue destiné aux professionnels et aux cadres administratifs et cliniques .....	xiii
Annexe 3 : Guide d’entrevue destiné aux stagiaires .....	xv
Annexe 4 : Certificat d’éthique .....	xvii

**Liste des tableaux**

Tableau I : Signification des différentes valeurs de la validité de contenu en lien avec les composantes du modèle de PFI.....	32
Tableau II : Signification des valeurs d'intensité en lien avec les composantes du modèle de PFI.....	33
Tableau III : Chronologie de l'évolution du projet d'innovation en collaboration interprofessionnelle et en formation interprofessionnelle au CSSS à l'étude ainsi que des évènements majeurs pour l'UCDG du CSSS étudié lors de cette période.....	41
Tableau IV: Nombre (Nb) de lits à l'UCDG qui a été affecté aux clientèles spécifiques en lien avec la période de l'année.....	43
Tableau V : Description des PII et des PFI à l'UCDG entre le 25 nov. 2010 et le 3 mars 2011.....	45
Tableau VI : Résumé de la mise en œuvre du PFI à l'UCDG en date du 3 mars 2010 .....	51

**Liste des figures**

Figure 1 : Modèle conceptuel utilisé pour l'analyse d'implantation du PFI au CSSS à l'étude ..... 25

Figure 2 : Modèle conceptuel modifié décrivant l'analyse d'implantation du PFI au CSSS à l'étude ..... 102

**Listes des sigles et des abréviations**

CDPIR : Coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche au CSSS à l'étude

CPASS : Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DG : Directeur général

FIPCCP : Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient

PFI : Programme de formation interprofessionnelle

PII : Plan d'intervention interdisciplinaire

R : Répondant

UCDG : Unité de courte durée de gériatrie

UdeM : Université de Montréal

**Dédicace**

*À ma grand-mère  
Juliette Gélinas Jefferson*

## **Remerciements**

Tout d'abord, je désire remercier tous les membres du CSSS à l'étude qui m'ont accordé de leur temps afin de me permettre de réaliser les entrevues. Un merci spécial à Bernard, Céline et Marcela pour votre collaboration à différentes étapes de ce projet.

Je remercie également mon directeur de recherche, Jean-Louis Denis, de m'avoir guidé lors de ce parcours qui marquait mes balbutiements dans le domaine de la recherche.

Bien que je sois convaincu que tous les professeurs qui croisent notre route nous font grandir à leur façon, je tiens à remercier plus particulièrement Louise Potvin qui m'a appris à apprécier la forêt et son écosystème alors que je fixais naïvement l'arbre situé au centre.

Merci à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, à la Fondation de recherche chiropratique du Québec et à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal pour leur soutien financier.

Je tiens aussi à remercier mes amis qui sont toujours à mes côtés malgré les années qui passent et qui m'encouragent à terminer des projets comme ce mémoire. Un remerciement spécial à Antoine sans qui la première année de maîtrise n'aurait pu être la même.

Merci à ma famille qui, comme à l'habitude, a fait preuve de compréhension et de soutien tout au long de cette aventure.

Enfin, merci à toi Isabelle, pour m'avoir motivé, écouté et accompagné tout au long des innombrables heures que j'ai consacrées à l'écriture de ce mémoire.



## **Chapitre 1 : Introduction**

### **1.1 Mise en contexte et problématique de recherche**

Selon le rapport 2009 du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec concernant la performance du système de santé et de services sociaux du Québec, un des aspects qui méritent l'attention des décideurs, autant à l'échelle provinciale, régionale, locale que sur le plan organisationnel, concerne le fait que le système de santé et de services sociaux souffre notamment d'une utilisation sous-optimale des compétences des professionnels et d'un réseautage interdisciplinaire lent à s'inscrire dans les pratiques (Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être 2009). Plusieurs facteurs comme le vieillissement de la population et les soins relatifs aux maladies de plus en plus chroniques nécessitent la présence de plusieurs professionnels de la santé dans le processus de soins (Reeves *et al.* 2010). En effet, la complexité des services à offrir et la satisfaction des besoins divers des patients ne peuvent être rencontrées par une seule profession (Walsh *et al.* 2005).

L'interdisciplinarité a émergé comme étant l'un des aspects essentiels à consolider pour améliorer l'organisation de la première ligne de soins et assurer un accès adéquat aux ressources disponibles (Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être 2009). Un autre document du gouvernement canadien avait également mentionné l'importance de l'interdisciplinarité afin d'augmenter l'accessibilité et la coordination des soins (Commission on the Future of Health Care in Canada 2002). L'accroissement de l'interdisciplinarité semble être la base sur laquelle de nouvelles modalités de consultation pourraient permettre d'adapter l'offre de soins aux besoins des populations (Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être 2009). Pour ce faire, le rapport 2009 du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a suggéré que les professionnels des sciences de la santé soient formés en interdisciplinarité, particulièrement à l'occasion des stages cliniques (Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être 2009). Ces mesures pourraient permettre de modifier les modes de dispensation des soins de santé et d'accroître la capacité du système de santé de répondre aux crises et aux problèmes émergents (D'Amour et Oandasan 2004).

Dans le contexte social actuel, l'Université de Montréal (UdeM) souhaite développer une approche intégrée de formation en santé au sein du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) à l'étude suite à son partenariat établi avec celui-ci depuis 2007. Selon le modèle proposé par le Coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche (CDPIR) au CSSS étudié, l'objectif novateur consiste à intégrer l'étudiant au premier cycle en santé (réadaptation, nutrition, soins infirmiers, sciences psychosociales et

médecine) lors d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) afin de lui permettre de vivre l'interdisciplinarité lors des stages cliniques en côtoyant des professionnels qui sont chargés de pratiquer l'interdisciplinarité («role modeling») (Selle *et al.* 2008).

Le projet du CSSS à l'étude présente un défi relié à l'organisation des soins de santé. En effet, rassembler plusieurs professionnels de différents domaines afin de travailler en collaboration en plus d'accueillir des étudiants universitaires en stage au même moment représente un défi sur le plan du changement organisationnel. De plus, ce modèle de formation au sein d'un CSSS peut être considéré comme une innovation au Québec. L'impression générale qui se dégage de la documentation est qu'au moins la moitié des efforts de changement dans les organisations n'arrivent pas à être mis en œuvre adéquatement et que, parmi ceux qui le sont, la majorité n'apporte pas les avantages attendus (Champagne 2002). Par ailleurs, les organisations de santé ont tendance à avoir, peut-être plus souvent que les organisations du secteur privé, certaines caractéristiques peu propices au changement (Champagne 2002). En effet, en tant qu'organisations publiques, les organisations de santé sont soumises à des processus de décision plus laborieux, tortueux (Rodrigues et Hickson 1995), turbulents et conflictuels (Schwenk 1990). De plus, leur caractère d'organisations professionnelles renforce ces caractéristiques du processus de décision (Champagne 2002), car les organisations professionnelles sont caractérisées par une fragmentation de l'influence et de l'autorité (Denis 2002).

Néanmoins, les programmes de formation interprofessionnelle (PFI) sont relativement récents et semblent engendrer des résultats positifs sur la collaboration interprofessionnelle au niveau des connaissances et des attitudes des professionnels selon une revue systématique récente (Reeves *et al.* 2010). Une autre revue systématique supporte de plus en plus le fait que la collaboration interprofessionnelle puisse améliorer la prestation des soins de santé et ses résultats (Zwarenstein, Goldman et Reeves 2009). Il est pertinent de suivre l'implantation d'un projet comme celui du CSSS étudié à ses débuts, car le degré de mise en œuvre pourrait influencer fortement les effets produits par une intervention (Scheirer et Rezmovic 1983; Durlak et DuPre 2008) et il est primordial de mieux comprendre les facteurs associés à l'implantation du PFI afin d'éclairer les actions futures en lien avec ce type de pratique.

Des travaux récents montrent que plusieurs facteurs peuvent favoriser ou limiter l'implantation d'initiatives de formation interprofessionnelle, dont notamment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place (Gilbert 2004; Santé Canada 2004; Barker, Bosco et Oandasan 2005; Curran,

Deacon et Fleet 2005; Hammick *et al.* 2007; Reeves, Goldman et Oandasan 2007; Ho *et al.* 2008). De plus, implanter un PFI avant l'obtention de la licence professionnelle, par exemple chez des étudiants universitaires, est plus difficile à faire qu'après son obtention en raison des barrières institutionnelles supplémentaires à surmonter (Reeves, Goldman et Oandasan 2007). Enfin, très peu d'études se sont penchées sur l'analyse des facteurs reliés à l'implantation de PFI avec une méthodologie qualitative (Barker, Bosco et Oandasan 2005). Par ailleurs, les études qualitatives apportent des données plus détaillées pour comprendre et expliciter les processus ou mécanismes d'intervention dans leur contexte en comparaison avec les études quantitatives qui sont habituellement privilégiées pour étudier l'efficacité de l'intervention (Mays, Pope et Popay 2005). À la connaissance de l'auteur, les études qui ont été réalisées en lien avec les PFI se sont généralement concentrées sur les effets des PFI en lien avec les connaissances, les attitudes et les habiletés des étudiants relativement à la pratique collaborative, et ce, avec une méthodologie quantitative. Néanmoins, l'analyse des facteurs influençant l'implantation de ces initiatives apparaît limitée.

## **1.2 Objectifs de recherche**

Ce projet vise à analyser l'implantation d'un PFI pour les étudiants universitaires en santé au sein d'un CSSS qui est partenaire avec un milieu universitaire. Plus spécifiquement, ce projet vise à mesurer le degré d'implantation du PFI au CSSS étudié comparativement au modèle proposé initialement. De plus, ce projet vise à comprendre comment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent l'implantation du PFI. Il s'agit d'une recherche évaluative portant sur l'analyse de l'implantation d'un PFI pour les étudiants en santé au sein du CSSS à l'étude dans le but d'observer les relations entre l'implantation du programme et son contexte.

## **1.3 Utilisateurs des résultats**

Les résultats de recherche pourront être utilisés à plusieurs égards. Tout d'abord, ils pourront servir de comparatifs à d'autres CSSS ou encore à d'autres milieux cliniques voulant implanter un projet similaire. En effet, il est remarqué que la formation interprofessionnelle devient de plus en plus populaire (Verma, Paterson et Medves 2006) et que plusieurs universités au Canada et ailleurs dans le monde tentent d'implanter des PFI en milieu clinique (Reeves et Freeth 2002; Santé Canada 2004; McNair *et al.* 2005). De plus, cette recherche permettra d'augmenter la compréhension des facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI en milieu clinique. Cette étude est aussi une contribution à la littérature sur les PFI

relative à une méthodologie qualitative, considérée comme essentielle, mais peu abondante (Barker, Bosco et Oandasan 2005). En effet, les études qualitatives apportent des données plus détaillées pour comprendre et expliciter les processus ou mécanismes d'intervention dans leur contexte en comparaison avec les études quantitatives qui sont habituellement privilégiées pour étudier l'efficacité de l'intervention (Mays, Pope et Popay 2005). Ensuite, les résultats pourront être utilisés par les responsables du PFI au CSSS étudié afin de corriger certains éléments problématiques révélés par l'étude pouvant empêcher l'optimisation du projet. Enfin, la direction du CSSS étudié pourra également se servir des résultats pour adapter la mise en œuvre d'un autre projet de PFI dans son milieu.

## **Chapitre 2 : Recension de la littérature**

L'état des connaissances permettra d'approfondir plusieurs domaines de connaissances qui sont pertinents en lien avec l'étude. Tout d'abord, il importe d'effectuer une distinction entre plusieurs termes utilisés dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle. Par la suite, les études entourant les effets de la collaboration interprofessionnelle et de la formation interprofessionnelle seront détaillées puisque le projet porte sur un PFI s'adressant à des étudiants en formation au sein d'un CSSS travaillant selon un format de collaboration interprofessionnelle. Ensuite, une présentation du PFI à l'étude et des PFI existants ailleurs sera effectuée afin de pouvoir positionner le PFI étudié par rapport à des programmes similaires. L'analyse d'implantation sera également définie, car ce type d'évaluation représente le fondement du modèle conceptuel et de la stratégie de recherche du présent projet. De plus, plusieurs ouvrages qui ont décrit les facteurs influençant l'implantation de PFI en milieu universitaire, mais également l'implantation d'innovation dans le milieu de la santé seront abordés afin de permettre la construction du modèle conceptuel de l'étude. En effet, l'implantation d'un PFI en milieu clinique représente un élément de nouveauté qui rend le domaine de l'innovation en santé approprié pour l'étude. Pour terminer, certaines perspectives d'analyse du changement organisationnel seront présentées permettant ainsi de mieux comprendre l'influence des différents facteurs qui auront été soulevés.

### **2.1 Distinction entre multidisciplinarité, interdisciplinarité, interprofessionnalité, collaboration interprofessionnelle, pratique collaborative et formation interprofessionnelle ou interdisciplinaire**

Ce projet de recherche porte sur l'interprofessionnalité. La littérature y référant inclut parfois des termes similaires comme interdisciplinarité et multidisciplinarité. La distinction entre ces termes est de mise. Tout d'abord, selon certains auteurs :

*« La multidisciplinarité sous-tend une juxtaposition de professions variées et de compétences (D'Amour et al. 2005). L'interdisciplinarité implique des individus issus de différents domaines, tout comme la multidisciplinarité, mais implique un meilleur degré de collaboration et de coordination entre les membres de l'équipe dans l'atteinte d'un objectif commun (Oandasan et Reeves 2005). Une distinction entre la notion d'interdisciplinarité et celle d'interprofessionnalité est aussi nécessaire (D'Amour et Oandasan 2005). Le terme discipline faisant référence à un champ d'études (Oandasan et Reeves 2005), l'interdisciplinarité pourrait se définir comme une réponse à des connaissances fragmentées provenant de plusieurs disciplines. En effet, chaque discipline est basée sur la somme de connaissances organisées et l'émergence de différentes disciplines ayant comme conséquence la division*

*artificielle de connaissances ne correspondant pas aux besoins des chercheurs s'intéressant à des problématiques de recherche complexes. L'interdisciplinarité viserait donc à favoriser la cohésion entre ces connaissances fragmentées (D'Amour et Oandasan 2005). Par ailleurs, tout comme les disciplines, plusieurs professions ont vu le jour, chacune définie par des connaissances fragmentées reliées à une discipline particulière. Le terme profession faisant référence à des connaissances spécialisées acquises pour la pratique dans le cadre d'une préparation académique (Oandasan et Reeves 2005), la notion d'interprofessionnalité émerge comme la solution à une plus grande cohésion entre les différentes professions. Il ne s'agit pas de faire naître une nouvelle profession, mais plutôt que chaque profession puisse travailler en collaboration et de façon intégrée (D'Amour et Oandasan 2005). » (Université Laval 2007)*

Ensuite, la collaboration interprofessionnelle est un processus où deux professionnels ou plus travaillent ensemble afin d'influencer positivement les soins de santé (Zwarenstein, Goldman et Reeves 2009). Par ailleurs, l'expression « pratique collaborative » est souvent utilisée de façon similaire. En effet, la pratique collaborative est un processus de communication et de prise de décision permettant au savoir théorique et pratique individuel ou collectif de professionnels de diverses disciplines d'influencer, par synergie, les soins prodigués au patient (Way, Jones et Busing 2000).

Enfin, la formation interprofessionnelle ou interdisciplinaire est :

*« ...[des] occasions où deux professionnels ou plus apprennent les uns des autres pour améliorer la collaboration et la qualité des soins. » (D'Amour et Oandasan 2004).*

Aux fins du présent document, les termes « interprofessionnel » et « interdisciplinaire » seront utilisés de façon interchangeable et visent à avoir le même sens que les définitions décrites plus haut.

## **2.2 Collaboration interprofessionnelle et formation interprofessionnelle**

Le présent projet porte sur un PFI pour les étudiants au sein d'un CSSS travaillant selon un format de collaboration interprofessionnelle. Selon plusieurs études qui seront discutées ci-dessous, la collaboration interprofessionnelle, tout comme la formation interprofessionnelle, présentent souvent des avantages.

En effet, une revue systématique récente supporte le fait que la collaboration interprofessionnelle pourrait améliorer la prestation des soins de santé et ses résultats (Zwarenstein, Goldman et Reeves 2009). L'étude relève une diminution des frais totaux

reliée à des tournées interprofessionnelles dans les hôpitaux (Curley, McEachern et Speroff 1998), une diminution de la prescription de psychotropes reliée à des rencontres multidisciplinaires mensuelles (Schmidt *et al.* 1998) et une amélioration des soins associée à des rencontres multidisciplinaires avec un facilitateur externe (Cheater *et al.* 2005). Il y a par contre des résultats mitigés au niveau de la diminution de la durée de séjour reliée à des tournées interprofessionnelles dans les hôpitaux (Curley, McEachern et Speroff 1998; Wild *et al.* 2004). Par ailleurs, des problèmes en lien avec le manque de collaboration interprofessionnelle lorsque celle-ci est mise en place pourraient avoir des conséquences négatives sur les soins au patient et sur les services offerts (Kvarnstrom 2008). En effet, le fait que différents professionnels travaillent ensemble peut engendrer des problématiques reliées à la dynamique d'autorité, au pauvre modèle de communication, au manque de compréhension des rôles et responsabilités de chacun et aux conflits reliés à la variété d'approches de soins au patient (Sheehan, Robertson et Ormond 2007; Delva, Jamieson et Lemieux 2008; Kvarnstrom 2008; Miller *et al.* 2008). Il semble pertinent de s'assurer que la collaboration interprofessionnelle soit effectuée de façon optimale afin d'éviter les problématiques décrites précédemment.

Pour ce faire, la formation interprofessionnelle semble engendrer des résultats positifs sur la collaboration interprofessionnelle en lien avec les connaissances et les attitudes des professionnels (Reeves *et al.* 2010). En effet, la formation interprofessionnelle a démontré des résultats positifs relativement à la culture du département d'urgence et à la satisfaction du patient (Campbell *et al.* 2001), aux habitudes de collaboration de l'équipe et à la réduction du taux d'erreurs pour les équipes du département d'urgence (Morey *et al.* 2002), à la gestion des soins à des fins de violences domestiques (Thompson *et al.* 2000) ainsi qu'aux compétences reliées aux soins prodigués aux patients en santé mentale (Young *et al.* 2005). De plus, trois études ont démontré que les gains attribués à la formation interprofessionnelle étaient maintenus pour une période de huit mois (Morey *et al.* 2002), 18 mois (Campbell *et al.* 2001) et 21 mois (Thompson *et al.* 2000). Néanmoins, deux études de la revue systématique démontrent que la formation interprofessionnelle ne semble pas avoir d'impact sur les pratiques professionnelles (Brown *et al.* 1999) et les soins au patient (Thompson *et al.* 2000). Bref, bien que la formation interprofessionnelle puisse engendrer des résultats positifs sur la collaboration interprofessionnelle en lien avec les connaissances et les attitudes des professionnels, les résultats faisant référence aux pratiques professionnelles et aux soins au patient sont encore mitigés (Reeves *et al.* 2010).

En ce qui a trait aux revues systématiques de Zwarenstein, Goldman et Reeves (2009) et de Reeves *et al.* (2010), les limites méthodologiques reliées notamment au petit nombre d'études, au faible échantillonnage et à l'hétérogénéité des interventions empêchent de généraliser les résultats pour l'instant bien que ces derniers soient prometteurs.

Dans un autre ordre d'idée, il y a un débat entourant le meilleur moment pour amorcer la formation interprofessionnelle (Reeves, Goldman et Oandasan 2007). Certains auteurs pensent que si la formation interprofessionnelle débutait avant l'obtention de la licence, cela pourrait aider à diminuer les stéréotypes envers les autres professions, alors que d'autres croient qu'il serait préférable d'attendre après l'obtention de la licence afin que l'identité et le rôle professionnels soient mieux compris (Reeves, Goldman et Oandasan 2007). Néanmoins, implanter un PFI avant l'obtention de la licence professionnelle, par exemple chez des étudiants universitaires, est plus difficile à réaliser qu'après son obtention en raison des barrières institutionnelles supplémentaires à surmonter (Reeves, Goldman et Oandasan 2007). Par ailleurs, certains auteurs ont avancé que l'apprentissage devrait se faire de manière continue (Hammick *et al.* 2002). D'une part, l'apprentissage devrait débuter avant l'obtention de la licence afin de préparer le futur professionnel aux pratiques collaboratives. D'autre part, la formation des professionnels devrait se poursuivre après l'obtention de la licence afin de renforcer les connaissances apprises antérieurement et développer l'expertise reliée à l'exercice de la collaboration interprofessionnelle.

### **2.3 Modèle logique du PFI à l'étude**

Cette section a pour objet de présenter le modèle logique du PFI qui se tiendra au CSSS étudié et dont l'analyse d'implantation sera effectuée. De plus, la compréhension de l'intervention qui sera mise en place au CSSS étudié permettra de mieux positionner le PFI à l'étude en comparaison avec les PFI existants ailleurs qui seront décrits par la suite. Une version du modèle logique du PFI à l'étude est disponible en annexe 1. L'objectif du PFI à l'étude est en fait de permettre aux étudiants de premier cycle universitaire en santé de l'UdeM (réadaptation, nutrition, soins infirmiers, sciences psychosociales et médecine) d'observer et de participer à une activité de collaboration interprofessionnelle comme futur professionnel, et ce, dans un milieu clinique comme un CSSS. D'une part, l'activité principale qui compose ce PFI est la participation de l'étudiant en stage à l'élaboration d'au moins un PII. Ce PII est réalisé par une équipe interprofessionnelle présente dans le milieu de stage et qui a été préalablement formée en lien avec la collaboration interprofessionnelle afin

de servir de modèle aux étudiants. Plus précisément, voici les étapes qui constituent un PII complet :

*Avant la réunion :*

A. La collecte de données par les intervenants de l'équipe avec les outils propres à leur profession et la synthèse de l'information.

*Pendant la réunion :*

B. L'élaboration de la liste des problèmes et des priorités qui nécessitent une intervention interdisciplinaire;

C. La formulation de l'objectif général d'intervention et des objectifs spécifiques;

D. La détermination des moyens d'intervention et la distribution des tâches;

E. Le choix des modalités de suivi des interventions et le moment de la réévaluation du plan d'intervention interdisciplinaire;

F. La planification du congé hospitalier, s'il y a lieu.

*Après la réunion :*

G. Le suivi des interventions jusqu'au prochain PII

À la fin du PFI, certains professionnels qui ont participé au PII devraient effectuer une rétroaction au stagiaire pour bonifier l'apprentissage de ce dernier. D'autre part, plusieurs ressources permettent la réalisation des activités prévues. Tout d'abord, l'équipe interprofessionnelle est composée d'un médecin ou d'un pharmacien, d'une nutritionniste, d'une travailleuse sociale, d'une infirmière, d'une physiothérapeute et d'une ergothérapeute. En ce qui concerne le PFI à l'étude, l'équipe interprofessionnelle est celle de l'unité de courte durée de gériatrie (UCDG) du CSSS étudié. De plus, outre la présence du gestionnaire, la participation d'un superviseur de stage est également requise. Le superviseur de stage est en fait un professionnel déjà présent au sein de l'équipe interprofessionnelle décrite précédemment. Lorsque ce professionnel accueille un étudiant en stage, il devient un superviseur de stage. Ensuite, le PFI requiert également que le PII soit centré sur le dossier d'un patient. Enfin, cette activité devrait permettre d'accueillir au moins deux stagiaires de professions différentes lors de l'activité de formation afin de permettre des interactions entre les étudiants.

## **2.4 Programmes de formation interprofessionnelle en milieu clinique existants au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde**

Cette prochaine section vise à faire une recension des PFI en milieu clinique existants à partir de la littérature et qui sont pertinents dans le cadre de cette étude. Après avoir présenté ces différents PFI, il sera plus facile de positionner le PFI à l'étude par rapport à des programmes similaires. Par ailleurs, l'objectif du PFI étudié est d'implanter un PFI qui s'adresse aux étudiants en santé, et ce, au sein d'un milieu clinique. Pour cette raison, ce ne seront que les aspects se rapportant à la formation interprofessionnelle des étudiants en milieu clinique qui seront abordés ici en comparaison avec une formation interprofessionnelle théorique qui pourrait précéder la formation clinique.

### 2.4.1 Ailleurs au Québec

Au Québec, des projets de l'Université Laval (*Le patient au cœur de nos actions : mieux se former pour mieux collaborer*) (Université Laval 2007) et de l'Université McGill (*Initiative d'enseignement portant sur la collaboration interprofessionnelle de l'Université McGill : Partenariats en matière de pratique centrée sur le patient et la famille*) (McGill University 2009) abordent également la collaboration interprofessionnelle et sa formation. Tout d'abord, l'une des composantes du PFI de l'Université Laval vise la formation pratique dans les milieux d'enseignement (Université Laval 2007). Cette formation vise notamment à offrir aux résidents en médecine et aux stagiaires en sciences infirmières et en services sociaux une expérience de travail et de formation à la pratique en collaboration. Lors de la phase expérimentale décrite dans l'étude de Bilodeau *et al.* (2010), au moins 59 étudiants (dont 44 résidents en médecine) ont participé à ce projet au sein de six unités de médecine familiale de la région de Québec (trois milieux urbains et trois milieux ruraux). Cette formation clinique à l'intention des étudiants dispensée sur une période de six semaines consistait à participer à 1) quatre ateliers entourant la collaboration interprofessionnelle et 2) six discussions de groupe hebdomadaires de 30 minutes où les étudiants présentaient des cas cliniques de patients pouvant bénéficier de soins interprofessionnels. Toutes ces activités se déroulaient sous la direction de superviseurs de stage qui ont préalablement reçu une formation en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation dans le but de devenir des modèles de rôle.

Par la suite, le PFI clinique de l'Université McGill s'appuie également sur la mise en place de milieux cliniques ayant la possibilité de servir de modèle en lien avec la pratique de la collaboration interprofessionnelle (McGill University 2009). D'ailleurs, deux milieux

cliniques avec des missions d'enseignement, c'est-à-dire « The Cedars Breast Centre » et le « 10 medical at the Royal Victoria Hospital (RVH) » ont servi de sites pionniers lors de ce projet. Cette initiative doit permettre aux étudiants en médecine, en physiothérapie, en ergothérapie et en soins infirmiers de renforcer leurs habiletés cliniques en lien avec la pratique collaborative au sein d'un environnement interprofessionnel.

Par ailleurs, il est possible de remarquer certaines similitudes entre le PFI à l'étude et les PFI de l'Université Laval et de l'Université McGill. Tout d'abord, les trois programmes utilisent la technique d'apprentissage sous forme de modèle de rôle («role modeling»). D'ailleurs, la technique d'apprentissage sous forme de modèle de rôle est décrite par plusieurs comme importante (D'Amour et Oandasan 2004) et efficace comparativement à un même PFI sans modèle de rôle (Selle *et al.* 2008). Cette technique d'apprentissage nécessite la formation et la préparation adéquates des professionnels qui serviront de modèles. De plus, tous ces programmes représentent une innovation par rapport aux pratiques existantes en éducation des sciences de la santé. Les différentes initiatives décrites précédemment illustrent de quelle façon certains apprentissages qui étaient auparavant unidisciplinaires, par exemple les formations cliniques, sont maintenant transformés afin d'y ajouter une dimension interprofessionnelle. Ces modifications permettent de mieux préparer les nouveaux diplômés au travail interprofessionnel qui marque le système de soins de santé du Canada (CIHC 2008). En effet, les PFI, qu'ils soient théoriques ou cliniques, représentent une nouvelle façon d'apprendre et sont devenus la pierre d'assise sur laquelle doivent s'articuler les curriculums des différentes disciplines en santé (CIHC 2008). Enfin, bien que les ressources et les activités des différents PFI présentés auparavant semblent similaires, les milieux dans lesquels ils sont implantés varient. En effet, l'unité de médecine familiale fait partie des soins de santé primaires alors qu'un centre de cancérologie et une unité de gériatrie représentent des soins santé spécialisés. Néanmoins, ces trois milieux représentent des contextes généralement propices aux pratiques collaboratives (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002; Oandasan et Reeves 2005).

#### 2.4.2 Au Canada

Au Canada, à la suite de l'Accord 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (Santé Canada 2003), l'initiative sur la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) a constitué un des éléments clés d'une stratégie pancanadienne portant sur l'amélioration de la planification et de la

coordination des ressources humaines dans le secteur de la santé (Université Laval 2007). Entre mai 2005 et mai 2006, cette initiative sur la FIPCCP a permis le financement par Santé Canada de 20 projets entourant la formation interprofessionnelle à travers le Canada (CIHC 2008). D'ailleurs, le PFI à l'étude découle en partie, comme plusieurs autres initiatives, du financement accordé à l'UdeM par Santé Canada en lien avec le projet intitulé *Éducation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient* (Université de Montréal 2007). Les projets de l'Université Laval et de l'Université McGill décrits précédemment ont également été développés à la suite du financement accordé par Santé Canada.

Ainsi, plusieurs projets d'apprentissage basés sur la formation pratique à la collaboration interprofessionnelle dans les milieux à mission d'enseignement sont tentés partout au Canada (CIHC 2008). Par exemple, l'Université du Manitoba a mis en place un projet intitulé *Formation interprofessionnelle en soins gériatriques*. Le but de ce projet était de développer, d'implanter et d'évaluer des stages interprofessionnels en milieu clinique pour les étudiants en dernière année de formation (résidents en médecine, stagiaires en sciences infirmières, physiothérapie, ergothérapie et pharmacie) et n'ayant pas reçu leur licence professionnelle (Grymonpre *et al.* 2010). Plus précisément, les stages avaient lieu dans différents hôpitaux gériatriques d'un jour (« geriatric day hospitals »). Par ailleurs, une étude de Grymonpre *et al.* (2010) suggère que les stagiaires en milieu interprofessionnel ont démontré une plus grande augmentation des connaissances en lien avec les pratiques collaboratives et des habiletés d'équipe en comparaison avec le groupe contrôle. L'étude ne mentionnait aucun facteur ayant influencé l'implantation du PFI.

Par la suite, l'Université de Toronto tente présentement de mettre en place un curriculum de formation interprofessionnelle pour les étudiants de dix programmes de formation en santé (University of Toronto 2008). Ce curriculum prévoit notamment une composante relative à l'apprentissage interprofessionnel en milieu clinique qui sera réalisé lors des stages des étudiants. Enfin, l'Université de Dalhousie, en Nouvelle-Écosse, a développé un PFI (*Soins intégrés : Projet de formation interprofessionnelle pour des soins de transition innovateurs dispensés en équipe*) qui s'adresse aux étudiants en dernière année de formation (médecine, sciences infirmières, dentisterie, hygiène dentaire et pharmacie) (Mann *et al.* 2009). Ce PFI de huit semaines permet au stagiaire de faire partie d'une équipe interprofessionnelle. Chaque équipe est constituée d'un étudiant de chacune des professions visées par le PFI. L'objectif de l'équipe est d'aider un patient à faire la transition entre les soins aigus et le retour à la

maison. Lors de ce processus, des tuteurs assistent l'équipe afin qu'elle puisse travailler efficacement et résoudre les problèmes cliniques.

#### 2.4.3 Internationalement

Le défi relié à la main-d'œuvre en santé étant devenu un enjeu mondial (Yan, Gilbert et Hoffman 2007), la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative n'est pas un phénomène limité à l'Amérique du Nord. Par ailleurs, en 2007, l'Organisation mondiale de la Santé a mis sur pied le Groupe d'étude sur la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative (Yan, Gilbert et Hoffman 2007). Ce groupe d'étude a d'ailleurs établi un partenariat avec plusieurs organisations à travers le monde qui s'intéressent aux pratiques collaboratives, notamment en Australie (Australasian interprofessional practice and education network (AIPPEN)) et en Europe (European interprofessional education network (EIPEN), Nordic interprofessional network (NIPNET) et UK Centre for the advancement of interprofessional education (CAIPE)).

Les initiatives de PFI à travers le monde sont nombreuses. Par exemple, une étude de McNair *et al.* (2005) met en évidence un PFI en milieu clinique pour les étudiants en santé (médecine, sciences infirmières, physiothérapie et pharmacie) dans la région rurale de Victoria en Australie. Lors de ce PFI, les étudiants participent à un stage clinique de deux semaines au sein d'une équipe interprofessionnelle. Une autre étude qui a été réalisée à Londres relate un PFI en milieu clinique de quatre semaines rassemblant des étudiants de médecine, de sciences infirmières, d'ergothérapie et de physiothérapie (Reeves et Freeth 2002). Durant ce stage, l'équipe interprofessionnelle formée par les étudiants des différentes professions doit planifier et administrer des soins aux patients traités en orthopédie et en rhumatologie, et ce, sous la supervision d'un professeur.

En somme, bien que cette revue des PFI existants au Québec, au Canada et au niveau international ne soit pas exhaustive, elle permet de constater que plusieurs PFI s'adressant aux étudiants en santé sont mis en place en milieu clinique, et ce, dans différents pays. De plus, le PFI à l'étude semble similaire à plusieurs autres initiatives tentées ailleurs. En effet, l'objectif général de l'ensemble de ces PFI est de permettre d'offrir à des étudiants universitaires de différents programmes de la santé de vivre une formation interprofessionnelle, et ce, en milieu clinique. Toutefois, la durée des PFI, les milieux dans lesquels ils sont réalisés, les professions y participant et les activités réalisées sont très variés.

À la connaissance de l'auteur, les études qui ont été réalisées dans les milieux précédents se sont généralement concentrées sur les effets des PFI en lien avec les connaissances, les attitudes et les habiletés des étudiants relativement à la pratique collaborative ou encore elles visaient à décrire les différents modèles de formation mis en place. Néanmoins, l'analyse des facteurs influençant l'implantation de ces initiatives apparaît limitée.

## **2.5 Analyse d'implantation**

L'analyse d'implantation s'intéresse aux relations entre le contexte, les variations dans l'implantation et les effets apportés par l'intervention (Brousselle *et al.* 2009). Plus précisément, Brousselle *et al.* (2009) définissent l'analyse de type 1b, soit l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre, comme étant l'analyse qui aide à comprendre les variations observées dans le degré de mise en œuvre d'une intervention. L'intérêt de ce type d'analyse est lié au postulat selon lequel le degré de mise en œuvre influence fortement les effets produits par une intervention (Scheirer 1987). Des auteurs (Leithwood et Montgomery 1980; Scheirer et Rezmovic 1983; Scheirer 1987) fournissent une liste d'étapes nécessaires pour obtenir une mesure adéquate du degré de mise en œuvre d'une intervention. Le degré de mise en œuvre d'une intervention représente ici la variable dépendante qui doit être mise en relation avec les caractéristiques contextuelles du milieu d'implantation (Brousselle *et al.* 2009). En réalité, le degré d'implantation fait référence au degré avec lequel le programme est administré comme il a été planifié (Scheirer et Rezmovic 1983). Selon Brousselle *et al.* (2009), l'intégralité se rapporte à la validité de contenu de l'intervention implantée, à l'intensité avec laquelle les activités sont réalisées, et à leur adéquation par rapport aux normes existantes. Plus précisément, la validité de contenu fait référence à l'exhaustivité des composantes qui sont mises en œuvre en comparaison avec le modèle logique du PFI proposé par le CDPIR (annexe 1). L'intensité traduit la suffisance des activités réalisées en termes quantitatifs pour chacune des composantes, par exemple le nombre de ressources, d'activités, etc. Enfin, l'adéquation représente la qualité des activités produites, c'est-à-dire le respect des normes.

À la connaissance de l'auteur de ce mémoire, aucune étude ne s'est penchée sur l'analyse des facteurs systémiques, des facteurs organisationnels et des caractéristiques du programme de formation mis en place influençant l'implantation d'un PFI pour les étudiants universitaires au sein d'un CSSS au Québec. Toutefois, plusieurs études ont décrit les facteurs influençant l'implantation de PFI en milieu universitaire ou encore l'implantation d'innovation dans le

milieu de la santé. En somme, la prochaine section vise à relater la littérature portant sur les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influençant l'implantation d'un PFI. L'ensemble de ces facteurs permettra de construire le modèle conceptuel du présent projet qui sera présenté plus loin.

## **2.6 Facteurs influençant l'implantation d'un PFI**

### 2.6.1 Facteurs systémiques

Les facteurs systémiques entourant l'implantation d'une innovation comme un PFI influencent l'implantation de ce dernier (Greenhalgh *et al.* 2004; Santé Canada 2004). Tout d'abord, le système de formation influence l'implantation du PFI (Santé Canada 2004). En effet, l'une des raisons expliquant cette situation concerne le fait que les universités sont structurées selon les territoires des diverses disciplines qui y sont enseignées, ce qui favorise un climat de ségrégation entre disciplines (Oandasan *et al.* 2004). De plus, les programmes de formation professionnelle sont soumis à des exigences d'accréditation. Les organismes d'accréditation professionnels peuvent ainsi influencer le contenu des programmes de formation professionnelle pour favoriser l'implantation de PFI (Oandasan *et al.* 2004).

Par la suite, le système professionnel est également considéré comme l'un des facteurs influençant l'implantation de PFI (Gilbert 2004; Lahey et Currie 2004; Santé Canada 2004). En effet, le système professionnel repose sur des « structures traditionnelles » séparées des pratiques professionnelles qui agissent comme obstacle à la pratique en collaboration de différentes façons. Lahey et Currie (2004) estiment que les professions auto-réglementées ont tendance à placer les intérêts de leur propre profession avant l'obligation de servir l'intérêt du public en général, ce qui se traduit généralement par des rivalités de clochers professionnels. Régi par des lois provinciales, l'encadrement des professions au Canada a comme tâche de réglementer et de définir les différents champs de pratique (Lahey et Currie 2004). Les organismes de réglementation des professions ont donc une forte influence sur la promotion de la formation interprofessionnelle (Santé Canada 2004).

Finalement, des changements de politiques, de normes et de valeurs ont été soulevés parmi les facteurs influençant l'implantation des PFI à un niveau systémique. D'une part, selon Oandasan *et al.* (2004), les gouvernements ne doivent pas être dépassés par les changements dans le domaine de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration. Pour y parvenir, ces instances sont en mesure de créer des réformes législatives et réglementaires

pouvant influencer la mise en œuvre de PFI. Par ailleurs, un financement destiné à appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PFI constitue également un incitatif important (Gilbert 2004; Curran, Deacon et Fleet 2005; Reeves, Goldman et Oandasan 2007; CIHC 2008). D'autre part, le fait que l'implantation d'initiatives de formation interprofessionnelle soit de plus en plus répandue et soit devenue en quelque sorte « la norme » est un facteur à considérer, et ce, spécialement au sein des organisations qui forment un réseau (Greenhalgh *et al.* 2004). D'ailleurs, les CSSS au Québec ou encore les universités représentent des organisations formant un réseau. En ce qui concerne les CSSS, ceux-ci sont soumis à différentes normes et à plusieurs changements de politiques qui peuvent influencer leurs activités et leurs projets. Par exemple, la réforme de la Loi sur l'administration publique du Québec de 2000 (Loi 82) incite entre autres les organisations publiques à accorder plus de place aux résultats (Proulx et Brière 2005). De plus, la Loi 90 (2002) et la Loi 21 (2009) qui redéfinissent les champs d'exercices professionnels en santé représentent d'autres exemples de politiques pouvant influencer les activités d'un CSSS. Enfin, Oandasan *et al.* (2004) estiment que les valeurs sociales ou les pressions sociétales peuvent créer des façons novatrices de travailler et peuvent obliger les professionnels à s'ouvrir à de nouvelles façons de pratiquer. Ce changement de valeurs sociales peut influencer l'implantation d'initiative comme les PFI.

### 2.6.2 Facteurs organisationnels

Plusieurs facteurs organisationnels entourant l'implantation du PFI influencent également l'implantation de ce dernier (Greenhalgh *et al.* 2004; Santé Canada 2004).

#### *2.6.2.1 Structure*

Tout d'abord, la structure de l'organisation pourrait influencer la mise en œuvre d'une innovation (Greenhalgh *et al.* 2004). Fondamentalement, une structure décentralisée en comparaison avec une structure plus hiérarchique facilite l'implantation d'innovation (Greenhalgh *et al.* 2004) et de la collaboration interprofessionnelle (Henneman, Lee et Cohen 1995). De plus, des initiatives de formalisation administratives afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle pourraient aider à diminuer la tendance des professionnels à travailler indépendamment (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002). Par ailleurs, la fragmentation de l'influence et de l'autorité qui caractérise la bureaucratie professionnelle constitue un autre élément qui marque le contexte organisationnel de cette implantation

(Mintzberg 1989; Denis 2002). En effet, les CSSS sont des organisations de santé et ces dernières sont soumises à des processus de décision plus laborieux, tortueux (Rodrigues et Hickson 1995), turbulents et conflictuels (Schwenk 1990). Leur caractère d'organisations professionnelles renforce ces caractéristiques du processus de décision (Champagne 2002) résultant de la fragmentation de l'influence et de l'autorité (Denis 2002).

#### *2.6.2.2 Antécédents du système pour l'innovation*

Ensuite, les antécédents du système pour l'innovation ont été définis comme influençant la mise en œuvre d'une innovation (Greenhalgh *et al.* 2004). En effet, une organisation qui a une culture organisationnelle d'apprentissage, qui a l'habitude d'introduire de nouvelles idées ou encore qui possède déjà les habiletés et les connaissances pour intégrer les innovations, sera plus apte à implanter un nouveau projet (Ferlie et Shortell 2001; Greenhalgh *et al.* 2004).

#### *2.6.2.3 Caractéristiques des ressources humaines*

De plus, plusieurs caractéristiques concernant les ressources humaines participant à l'implantation du programme doivent être considérées. Tout d'abord, dans la littérature sur les services de santé, les valeurs, les normes et les besoins perçus des acteurs impliqués dans l'adoption du programme sont présentés comme étant directement impliqués dans l'adoption de l'innovation (Gelijns et Rosenberg 1994; Denis *et al.* 2002). De plus, les normes, les valeurs et les méthodes de travail de l'organisation sont également des facteurs qui sont reliés à l'assimilation d'une innovation (Ferlie et Shortell 2001; Denis *et al.* 2002). En fait, le facteur déterminant sera la compatibilité entre l'innovation et les caractéristiques précédentes. Cet aspect sera discuté ultérieurement. Par ailleurs, suite à une étude qui a été effectuée dans les centres de soins de santé du Québec en 2002, Sicotte, D'Amour et Moreault mentionnaient que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle pouvait être favorisée par la nature de la tâche que les professionnels devaient effectuer (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002). En effet, certains contextes, par exemple lorsque la durée de l'intervention est plus longue et que les patients présentent des pathologies multiples, semblent favoriser l'émergence de collaboration interprofessionnelle (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002). L'étude ne mentionnait toutefois aucun lien entre le contexte et la mise en œuvre de PFI spécifiquement.

Par la suite, la présence de leadership est un élément qui a été relevé par plusieurs (Denis 2002; Greenhalgh *et al.* 2004; Barker, Bosco et Oandasan 2005; Ginsburg et Tregunno 2005; Suter *et al.* 2007; Ho *et al.* 2008; Begun, White et Mosser 2011). Étant habituellement des

personnes reconnues dans leur institution, avec beaucoup de visibilité et occupant un poste de leadership, les leaders bénéficient d'une position stratégique afin de faciliter la mise en œuvre de projets relatifs à la collaboration interprofessionnelle (Begun, White et Mosser 2011). Barker, Bosco et Oandasan (2005) décrivent les aptitudes qu'un leader devrait posséder afin de faciliter l'implantation de PFI. Ils le décrivent comme ayant un rôle majeur de communication, notamment avec les décideurs, dans le but de faciliter l'acquisition des ressources financières et humaines nécessaires à la mise en œuvre du projet. Le leader possède aussi un rôle de conviction, notamment avec les partenaires potentiels du projet afin de permettre à ce dernier d'être perpétué. Le leader développe également d'autres leaders qui vont pouvoir porter le projet encore plus loin. Finalement, le leader est déterminé et passionné envers le projet de PFI. Dans leur étude, Barker, Bosco et Oandasan (2005) ont effectué une recherche qualitative auprès de 12 informateurs clés provenant de différents milieux universitaires au Canada afin de connaître les facteurs influençant l'implantation de PFI. Parmi les milieux universitaires à l'étude, un seul était situé au Québec. De plus, ces auteurs ont soulevé le petit nombre d'études qui se sont penchées sur l'analyse des facteurs reliés à l'implantation de PFI en utilisant une méthodologie qualitative.

En terminant, bien que le leader puisse avoir une influence positive relativement à l'implantation d'un projet, le leader peut également avoir une influence négative (Greenhalgh *et al.* 2004). En effet, si le projet n'est pas attrayant pour le leader, le projet ne bénéficiera pas de son soutien (Locock *et al.* 2001). Ceci permet d'ailleurs un parallèle avec une autre caractéristique des ressources humaines à considérer, soit les habiletés. En effet, si les acteurs concernés par l'adoption du programme possèdent les habiletés pour y arriver, cela accroît les possibilités que le programme soit adopté (Ferlie et Shortell 2001; Gladwin, Dixon et Wilson 2002).

#### *2.6.2.4 Préparation du système pour l'innovation*

Greenhalgh *et al.* (2004) reconnaissent que même si une organisation est ouverte au changement, elle peut ne pas être prête ou encline à accepter une innovation en particulier. Par le fait même, la considération formelle d'une innovation, par exemple un PFI, permet à l'organisation de se préparer ou non à l'innovation. À cette étape, le soutien des administrateurs est un élément qui a été soulevé par plusieurs (Greenhalgh *et al.* 2004; Barker, Bosco et Oandasan 2005; Reeves, Goldman et Oandasan 2007; Ho *et al.* 2008). En effet, les administrateurs peuvent jouer un rôle important notamment en lien avec la mise en place et la coordination des équipes interprofessionnelles (Begun, White et Mosser 2011;

Kapral 2011). Ce soutien administratif comprend notamment l'évaluation des implications. D'ailleurs, lorsque l'évaluation des implications a été entièrement réalisée, il y a davantage de possibilités que l'innovation soit mieux assimilée et par la suite mieux implantée (Gustafson *et al.* 2003). De plus, si les personnes favorables au projet sont plus nombreuses et sont stratégiquement mieux placées que les opposants, il y a davantage de chances que le projet soit assimilé (Champagne *et al.* 2001; Gustafson *et al.* 2003). Dans ce contexte, le leader peut avoir un impact considérable en acquérant l'appui des autres membres de l'organisation (Greenhalgh *et al.* 2004).

En ce qui concerne les PFI plus particulièrement, la littérature sur le sujet soutient que ceux-ci nécessitent des ressources spécifiquement dédiées à cette fin (CIHC 2008; Clark 2011). D'ailleurs, Ho *et al.* (2008) mentionnent que le succès de l'implantation de PFI nécessite le soutien des administrateurs, et ce, à tous les niveaux, par le biais de leur autorité notamment en lien avec les politiques éducationnelles et l'attribution de ressources. De plus, Gilbert (2004) croit que le principal obstacle structurel à surmonter pour l'implantation de PFI est le fait que les universités (facultés et départements) ne reconnaissent pas l'enseignement interdisciplinaire comme une forme d'activité universitaire nécessaire. De ce fait, Reeves, Goldman et Oandasan (2007) notent que les administrateurs ne dévouent pas les ressources humaines nécessaires afin de permettre l'élaboration et la mise en place des différentes phases du projet. Enfin, comme au niveau systémique, un financement destiné à appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PFI constitue un incitatif important (Gilbert 2004; Curran, Deacon et Fleet 2005; Reeves, Goldman et Oandasan 2007). Par ailleurs, aucune de ces études n'a été effectuée dans le contexte organisationnel d'un CSSS au Québec.

### 2.6.3 Caractéristiques du programme mis en place

Comme il a été mentionné précédemment, une organisation disposée à innover peut ne pas être prête ou encline à accepter une innovation en particulier. Voici plusieurs caractéristiques du programme mis en place qui peuvent influencer sa mise en œuvre.

Tout d'abord, comme il a été soulevé ci-dessus, une innovation compatible avec les valeurs, les normes et les besoins perçus des acteurs concernés par l'innovation augmente la probabilité que l'innovation soit adoptée (Gelijns et Rosenberg 1994; Denis *et al.* 2002). De plus, une innovation compatible avec les normes, les valeurs et les méthodes de travail de

l'organisation est également reliée à l'assimilation d'une innovation (Ferlie et Shortell 2001; Denis *et al.* 2002). La complexité de l'innovation est également importante à considérer puisqu'une innovation qui est perçue comme simple par les acteurs clés serait adoptée plus aisément (Denis *et al.* 2002). Par ailleurs, une innovation qui procure un bénéfice à l'utilisateur, par exemple si elle augmente les performances de ce dernier, serait adoptée plus facilement (Yetton, Sharma et Southon 1999).

Finalement, la logistique entourant la mise en œuvre d'un PFI constitue une autre caractéristique qui influence son implantation. Par exemple, les questions entourant les horaires ou bien les différences entre les caractéristiques des cours de différents programmes de formation en santé présentent des défis importants (Santé Canada 2004). Les problèmes relatifs à la géographie (Barker, Bosco et Oandasan 2005; Hammick *et al.* 2007), la démographie et le nombre d'apprenants (Hammick *et al.* 2007) contribuent aussi à accroître la complexité de la logistique entourant les PFI. Persell et Bligh (1998) citent également le temps (ex. : réunir les planificateurs de cours), les difficultés d'ordre pratique (ex. : différents immeubles de formation), l'absence d'engagement des enseignants, le manque de connaissances et de compréhension des autres professions, la restructuration des territoires professionnels, le besoin de nouvelles formes d'enseignement et d'apprentissage et les exigences des associations professionnelles comme des facteurs reliés à la logistique. Enfin, une formation et une préparation adéquates des acteurs concernés par le PFI favorisent l'implantation de ce dernier (Parsell et Bligh 1998; Greenhalgh *et al.* 2004).

#### 2.6.4 Résumé des facteurs influençant l'implantation d'un PFI

En résumé, trois catégories de facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI semblent émerger de la littérature sur le sujet. Tout d'abord, les facteurs systémiques comprenant le système de formation, le système professionnel ainsi que le changement de politiques, de normes et de valeurs ont été mis en évidence. Ensuite, les facteurs organisationnels forment également une classe importante à considérer. Ceux-ci comprennent : 1) la structure de l'organisation, 2) les antécédents pour l'innovation 3) les caractéristiques des ressources humaines et 4) la préparation du système pour l'innovation (le soutien des administrateurs). Finalement, les caractéristiques du programme mis en place, c'est-à-dire : 1) sa compatibilité avec les valeurs, les normes, les besoins perçus et les méthodes de travail des acteurs concernés et de l'organisation, 2) son bénéfice procuré, 3) sa complexité et 4) sa logistique, forment la troisième catégorie de facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI. Maintenant

que les facteurs influençant la mise en œuvre du PFI ont été développés, les perspectives d'analyse du changement organisationnel permettront de mieux définir l'influence de ces facteurs.

## **2.7 Perspective d'analyse du changement organisationnel**

Afin de compléter cette revue de littérature, il est pertinent de mentionner qu'une étude a regroupé les différents écrits et les recherches sur le changement organisationnel en une dizaine de perspectives (Champagne 2002). Ces perspectives permettent de renforcer la compréhension de l'influence des différents facteurs mentionnés précédemment. En ce qui concerne la mise en œuvre d'une innovation au sein d'un CSSS, trois modèles principaux semblent émerger pour expliquer le changement organisationnel, soit le modèle structurel, le modèle politique et la perspective environnementale, plus précisément la théorie institutionnelle.

Tout d'abord, selon le modèle structurel (Burns et Stalker 1961), les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et leur capacité d'adapter celle-ci aux exigences du changement. Dans une perspective structurelle, la manipulation de la structure de l'organisation s'effectue dans le but spécifique de faciliter le changement (Champagne 2002). Ce modèle permet d'illustrer comment une adaptation des différents facteurs organisationnels décrits précédemment pourrait permettre de faciliter la mise en œuvre d'un changement comme l'introduction d'un PFI.

Par la suite, selon l'approche politique, l'accent est mis sur l'analyse des stratégies des différents acteurs et sur leurs interactions (Crozier 1963; Crozier et Friedberg 1967). Selon ce modèle, les difficultés liées à l'implantation d'un changement dépendent de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs influents de l'organisation (Champagne 2002). Dans les établissements de santé publique comme les CSSS, la capacité des gestionnaires promoteurs du projet à mobiliser et négocier les ressources nécessaires comme les ressources financières était d'ailleurs l'un des enjeux à considérer lors de l'implantation d'un nouveau projet. De plus, l'approche politique permet de supporter ce qui a été dit auparavant concernant l'influence que pouvait avoir le soutien des administrateurs et la fragmentation de l'influence et de l'autorité en lien avec l'implantation d'un PFI.

Enfin, selon la perspective environnementale, plus précisément la théorie institutionnelle (DiMaggio et Powell 1983; Scott 1987), les dirigeants sont contraints par l'environnement

institutionnel. En effet, les organisations doivent répondre aux normes et aux attentes de leur environnement institutionnel afin de recevoir la légitimité et le soutien nécessaire à leur fonctionnement et à leur survie. Il y a donc convergence entre cette théorie et l'influence des facteurs systémiques discutée précédemment.

En terminant, dans une revue systématique sur la diffusion des innovations en santé, Greenhalgh *et al.* (2004) suggéraient également de reconnaître les interactions réciproques entre le programme, son implantation et le contexte dans lequel il a lieu. Cette recommandation permet d'ajouter une perspective écologique entre les différents facteurs décrits plus haut et le degré de mise en œuvre du PFI.

## **2.8 Résumé**

En somme, une revue de la littérature portant entre autres sur les facteurs influençant l'implantation de PFI en tant qu'innovation a permis de faire émerger les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place comme étant importants à considérer lors de la mise en œuvre de PFI. De plus, trois modèles principaux semblent émerger pour expliquer le changement organisationnel, c'est-à-dire l'implantation d'un PFI en tant qu'innovation au sein d'un CSSS. D'une part, le modèle structurel, le modèle politique et la perspective environnementale, plus précisément la théorie institutionnelle, semblent valider l'importance accordée à la majeure partie des facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI qui ont été soulevés auparavant. D'autre part, ces modèles renforcent la compréhension de l'influence des différents facteurs en lien avec la mise en œuvre d'un PFI. En effet, certains processus sont dorénavant mieux perceptibles au sein du modèle conceptuel de l'étude et n'étaient pas entièrement révélés par les trois catégories de facteurs discutées précédemment. Le modèle structurel en particulier permet de mettre en évidence le processus relié à l'adaptation des différents facteurs organisationnels qui s'effectue dans le but de faciliter l'implantation d'une innovation. De plus, l'intérêt que Greenhalgh *et al.* (2004) suggèrent d'accorder à la perspective écologique nous amène à considérer un dynamisme entre les trois catégories de facteurs importants et le degré de mise en œuvre du PFI.

## 2.9 Modèle conceptuel et questions de recherche

Le modèle conceptuel utilisé (figure 1) se base sur l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre d'une intervention (Brousselle *et al.* 2009). De plus, il s'appuie sur les données présentées dans la revue de littérature à propos des facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI de même que sur les trois modèles d'analyse du changement qui semblent pertinents. Enfin, les interactions suggérées entre les trois catégories de facteurs et le degré de mise en œuvre du PFI permettent de conserver une perspective écologique entre le programme et le contexte dans lequel il prend place, comme il a été proposé par Greenhalgh *et al.* (2004).

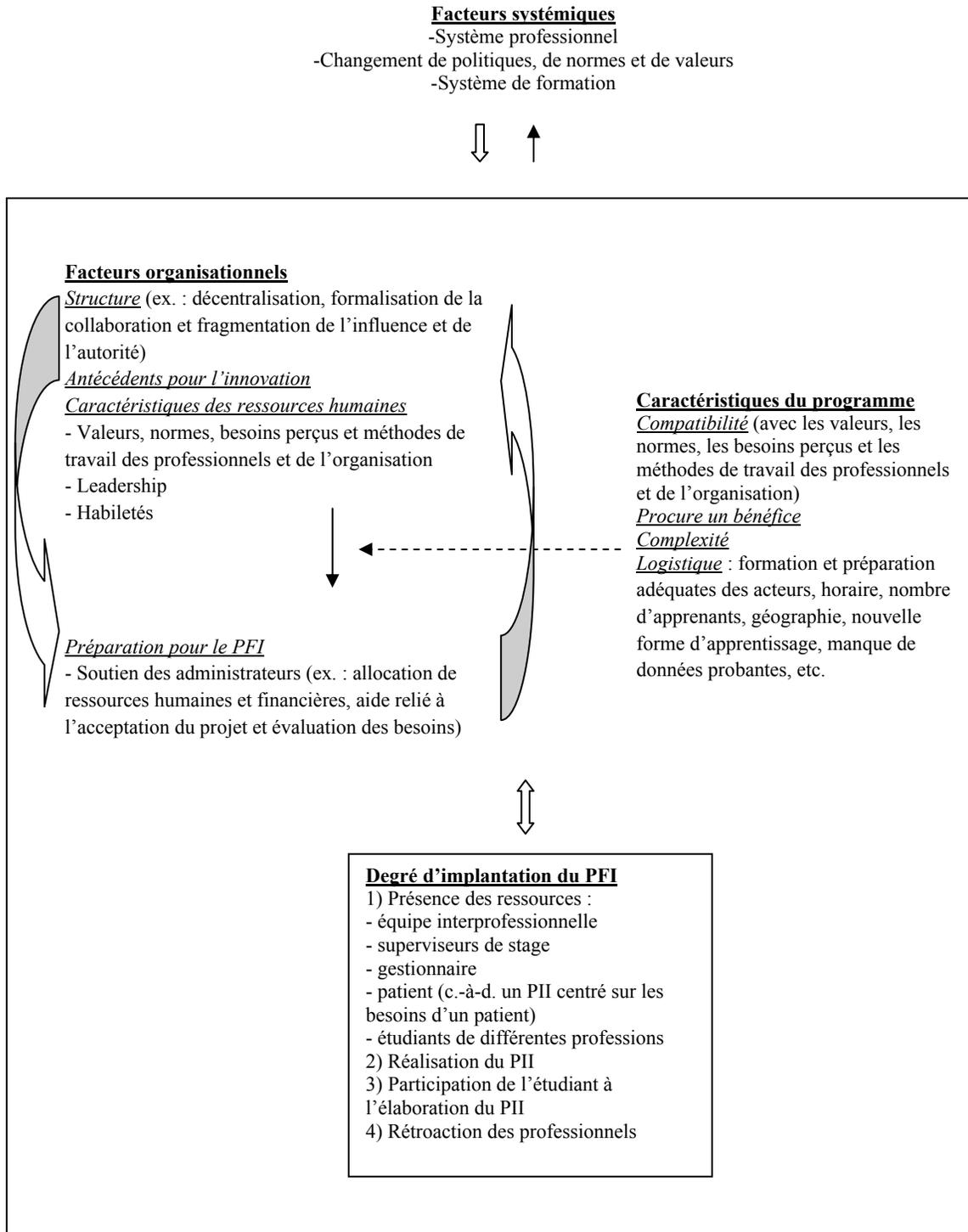
Tout d'abord, le modèle avancé suggère de reconnaître qu'une organisation de santé comme un CSSS est soumise à différentes pressions provenant de son environnement qui peuvent amener le CSSS à considérer l'implantation d'un PFI. Dans ce cas-ci, l'environnement est représenté par les facteurs systémiques. Ces derniers peuvent également influencer les caractéristiques du programme de formation que le CSSS décide de mettre en œuvre. Ensuite, bien que cette influence soit moins importante, le modèle suggère que l'organisation peut également agir sur les facteurs systémiques qui l'entourent. De plus, le modèle propose une influence directe entre les caractéristiques du programme mis en place et les facteurs organisationnels. Plus spécifiquement, cette influence s'effectue au moment où l'organisation considère formellement l'innovation, c'est-à-dire le PFI, et décide de se préparer afin d'implanter cette innovation en particulier. Par ailleurs, le modèle considère que les facteurs organisationnels peuvent s'influencer mutuellement et s'adapter afin de faciliter l'implantation du PFI. En terminant, le modèle suggère que la mise en œuvre du nouveau programme peut amener graduellement les facteurs organisationnels tout comme les caractéristiques de ce programme à changer.

En ce qui concerne le degré de mise en œuvre du PFI, celui-ci fait référence au degré avec lequel le programme est administré tel qu'il a été planifié (Scheirer et Rezmovic 1983). Par le fait même, le PFI que désire mettre en place le CDPIR inclut notamment la présence des ressources (l'équipe interprofessionnelle, les superviseurs de stage, le gestionnaire, le patient et les étudiants de différentes professions), la réalisation du PII ainsi que la participation de l'étudiant à l'élaboration d'au moins un PII. Le PFI inclut également une rétroaction à l'attention du stagiaire concernant les aspects forts et les aspects à améliorer suite à cette activité. Ce retour sera effectué par les professionnels. Une version du modèle logique du PFI est disponible en annexe 1.

En résumé, l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre d'une intervention permettra de mieux comprendre les relations qui existent entre le degré de mise en œuvre du PFI et les caractéristiques contextuelles du milieu d'implantation et de vérifier dans quelle mesure ces influences s'exercent (Brousselle *et al.* 2009).

Ce projet de recherche vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) Quel est le degré d'implantation du PFI, concernant la présence des ressources (l'équipe interprofessionnelle, les superviseurs de stage, le gestionnaire, le patient et les étudiants de différentes professions), la réalisation du PII, la participation de l'étudiant à l'élaboration du PII et la rétroaction des professionnels, comparé au modèle proposé initialement par le CDPIR (annexe 1)?
- 2) Comment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place expliquent-ils le degré d'implantation du PFI?



**Figure 1 :** Modèle conceptuel utilisé pour l'analyse d'implantation du PFI au CSSS à l'étude

## **Chapitre 3 : Méthodologie**

### **3.1 Stratégie de recherche**

La stratégie de recherche choisie est l'étude de cas, c'est-à-dire l'utilisation d'un éventail de sources de données afin de décrire de manière approfondie les relations entre le cas, son contexte respectif et le phénomène à l'étude (Yin 2003). Le devis de recherche retenu est l'étude de cas unique. Le devis permet d'aborder le problème en profondeur et d'un point de vue systémique, en laissant une place à l'émergence des données (Patton 2002). De plus, l'étude de cas unique convient également lorsque le cas est représentatif, puisqu'une tendance marquée à implanter des PFI est notée (Yin 2003; Verma, Paterson et Medves 2006). Enfin, le devis de recherche retenu permet l'analyse de l'implantation du PFI au CSSS étudié, car ce devis est particulièrement indiqué lorsque l'analyse est centrée sur les dynamiques d'interaction entre les facteurs entourant l'implantation (Brousselle *et al.* 2009). De son côté, l'analyse d'implantation est pertinente notamment lorsqu'une intervention nouvelle est mise en œuvre, comme le PFI au CSSS étudié (Brousselle *et al.* 2009). En effet, puisque ce type d'analyse s'intéresse entre autres aux relations entre le contexte et les variations dans l'implantation du programme, elle permet de mieux cerner la dynamique d'implantation en plus de mieux comprendre les facteurs explicatifs critiques (Brousselle *et al.* 2009).

### **3.2 Discussion des biais**

Les critères de rigueur définis par les devis qualitatifs sont: la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité, la consistance et l'imputabilité procédurale ainsi que la neutralité (Devers 1999). La crédibilité est assurée par la triangulation des sources de données et des types de données (Devers 1999). En effet, les données relatives aux facteurs systémiques, aux facteurs organisationnels et aux caractéristiques du programme de formation mis en place ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées en plus d'être corroborées avec les documents administratifs en lien avec l'implantation du PFI. Les données relatives au degré d'implantation du PFI ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées et de documents administratifs cliniques. De plus, les résultats obtenus ont été discutés avec les participants de l'étude afin de s'assurer de la véracité de ceux-ci et d'augmenter la probabilité de l'utilisation des résultats (Devers 1999). Finalement, il y a eu un raffinement de la théorie du présent projet suite à la découverte de données déviantes dans le but d'intégrer toutes les données. La transférabilité est assurée par la description claire et détaillée du contexte de l'étude et du rôle

du chercheur dans le contexte de l'étude (Devers 1999). De cette façon, il est plus facile d'adapter les conclusions de l'étude à d'autres milieux empiriques similaires selon le principe de similitude (Contandriopoulos *et al.* 2005). Dans le futur, l'étude d'autres cas pourrait permettre une réplique des données rendant les conclusions plus robustes (Yin 2003). La fiabilité, la consistance et l'imputabilité procédurale sont assurées par la tenue d'un journal de bord décrivant clairement les processus de l'étude ainsi que les changements apportés au courant de l'étude. De plus, le directeur de recherche a effectué une revue critique des données et des interprétations afin de procurer une vérification externe (Devers 1999). Finalement, le chercheur reconnaît que sa connaissance du milieu relatif à la collaboration interprofessionnelle pourrait influencer les résultats et l'analyse de ceux-ci. C'est pour cette raison que la neutralité est assurée par un journal réflexif qui a été tenu par le chercheur afin de pouvoir exprimer ses impressions sur la recherche et son déroulement amenant l'introspection nécessaire pour comprendre la façon dont ses caractéristiques personnelles ont pu influencer les résultats. De plus, la triangulation, la recherche de cas déviants et la revue sceptique par les pairs améliorent l'objectivité de la recherche (Devers 1999).

### **3.3 Population et échantillon à l'étude**

Le cas étudié (unité d'analyse) est un PFI qui se déroule au site pionnier de gériatrie du CSSS à l'étude, plus précisément à l'UCDG. Le CSSS étudié est situé dans la grande région de Montréal au Québec, Canada. Dans le contexte social actuel valorisant une approche en santé plus polyvalente et mieux intégrée (Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être 2009), l'UdeM et le CSSS étudié semblent avoir fait des choix leur permettant d'occuper une position privilégiée dans le paysage québécois de la formation interprofessionnelle en santé. Ceci explique pourquoi il est particulièrement intéressant de comprendre de quelle façon le contexte du CSSS à l'étude influence l'implantation du PFI, et ce, à ses débuts.

Plusieurs étapes ont été nécessaires afin de mettre en place ce PFI au CSSS étudié : évaluation de chaque équipe des sites pionniers (équipes qui reçoivent les stagiaires) sur la collaboration interprofessionnelle, dispensation d'une formation adaptée aux besoins de l'équipe, mise en place du PII au sein des sites pionniers, réalisation de stages cliniques dans les sites pionniers lors de PII, etc. Ces étapes se déroulaient de janvier 2010 à novembre 2010 au sein de trois sites pionniers, soit gériatrie, médecine et santé mentale jeunesse. Le site pionnier de gériatrie a été choisi car les autres sites pionniers n'étaient pas assez avancés dans

l'implantation de leur programme pour permettre une analyse pertinente. Le PFI du site pionnier de gériatrie représente un contexte où le PFI est en phase initiale d'implantation.

En mettant en place un PII au sein du site de gériatrie, le CSSS étudié vise d'une part à créer de nouveaux types de stage en collaboration interprofessionnelle dans son milieu, c'est-à-dire permettre la création de PFI. D'autre part, le CSSS étudié cherche également à former ses professionnels à devenir des modèles de rôles en matière de collaboration interprofessionnelle. Pour l'UdeM, les objectifs du PFI au CSSS étudié sont notamment de faire vivre au stagiaire une activité de collaboration interprofessionnelle comme futur professionnel et d'accueillir des étudiants de différentes professions dans le même service au même moment. Dans ce cas-ci, l'activité de collaboration se résume principalement à une rencontre de PII. D'autres activités peuvent aussi permettre d'exposer les étudiants à la collaboration interprofessionnelle lors de leur stage à l'UCDG étudiée. Par exemple, les rencontres formelles et informelles hebdomadaires entre les professionnels, les activités de formation et les communautés de pratique représentent des occasions où les stagiaires peuvent être exposés aux pratiques collaboratives.

Le site pionnier de gériatrie, ou encore l'UCDG, est une équipe stable composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de travailleuses sociales, de nutritionnistes, de médecins et de certains autres professionnels disponibles à des fins de consultation. L'UCDG est située au Centre hospitalier du CSSS étudié et prend en charge deux types de clientèles, c'est-à-dire la clientèle gériatrique et la clientèle médecine. L'équipe de l'UCDG se caractérise notamment par sa culture de collaboration interprofessionnelle importante au fil des années, ce qui explique la mise en place rapide d'un PFI en comparaison avec les autres sites pionniers.

L'échantillonnage est de type non-probabiliste et a été sélectionné selon un choix raisonné (Contandriopoulos *et al.* 2005). Les données relatives à la mise en œuvre du PFI, aux facteurs systémiques, aux facteurs organisationnels et aux caractéristiques du programme de formation mis en place ont été recueillies par entrevues auprès de l'équipe interprofessionnelle de l'UCDG, des étudiants en stage ayant participé au PFI et des cadres administratifs et cliniques responsables de l'implantation du PFI au CSSS étudié (unité d'observation). La méthode «boule de neige» a été utilisée jusqu'à saturation empirique (Patton 2002), pour un total de onze entrevues (un professeur de l'UdeM responsable de la formation interprofessionnelle au CSSS étudié, cinq cadres administratifs et cliniques au CSSS à l'étude, quatre professionnels et un stagiaire de l'UCDG). Le chercheur a contacté le

CDPIR du CSSS étudié pour lui présenter le projet et lui demander son accord. Ce dernier lui a ensuite donné le nom des autres personnes responsables de l'implantation du PFI et ainsi de suite jusqu'à saturation empirique. Le critère d'inclusion principal était d'avoir été identifié par ses pairs comme responsables de l'implantation du PFI au CSSS étudié ou encore, pour un étudiant en stage, d'avoir participé à un PII. Les personnes choisies ont été invitées personnellement par courriel à participer à l'étude afin que leur participation ou non soit volontaire.

### **3.4 Définition des variables**

#### **3.4.1 Degré d'implantation du PFI**

Le degré de mise en œuvre de l'intervention fait référence au degré de mise en œuvre du modèle logique du PFI tel que présenté à l'annexe 1. Il est pertinent ici de rappeler la différence entre le PFI et le PII. D'une part, le PII est l'activité de collaboration interprofessionnelle qui est réalisée par l'équipe interprofessionnelle de gériatrie du CSSS étudié et qui consiste à réaliser un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour un patient de l'unité de gériatrie. D'autre part, le PFI est le programme de formation interprofessionnelle à l'intention de l'étudiant en stage qui inclut notamment la réalisation d'au moins un PII avec la participation active de l'étudiant. Par ailleurs, « PFI » n'est pas un terme utilisé par les gens du site pionnier de gériatrie et ce terme a été créé aux fins de l'étude afin de désigner l'activité de formation entourant le PII. En effet, pour les gens du site de gériatrie, le PII a été mis en place afin de créer de nouveaux types de stage en collaboration interprofessionnelle, mais le terme « PFI » n'a jamais été soulevé explicitement. Ainsi, aux fins de l'étude, le PFI comprend :

- 1) la présence des ressources : Est-ce que l'équipe interprofessionnelle est présente en entier? Le superviseur de stage et le gestionnaire sont-ils présents ? Est-ce que chaque PII est centré sur les besoins d'un patient ? Y a-t-il des étudiants de professions différentes en stage lors du PII ?
- 2) la réalisation du PII comprenant les différentes étapes décrites dans le modèle en annexe 1
- 3) la participation de l'étudiant à l'élaboration d'au moins un PII lors de son stage
- 4) la rétroaction des professionnels au stagiaire en lien avec les points forts et les aspects à améliorer chez le stagiaire.

Concrètement, lors du PFI en gériatrie au CSSS étudié, l'étudiant en stage participera à l'élaboration d'au moins un PII avec l'équipe interprofessionnelle en place dans ce milieu. Cette activité devrait également permettre d'accueillir au moins deux stagiaires de professions différentes au même moment. Le stagiaire devra entre autres recueillir et synthétiser les informations au sujet de la condition du patient qui relèvent de sa profession, participer à la réunion de l'équipe interprofessionnelle et faire le suivi des interventions jusqu'au prochain PII. Selon le niveau académique du stagiaire, la participation attendue ne sera pas la même. En effet, les étudiants de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> année seront plus passifs, c'est-à-dire qu'ils seront davantage appelés à accompagner leur superviseur lors du PII, à observer et à discuter des étapes avec ce dernier, le tout en raison de leurs connaissances cliniques limitées. Néanmoins, les étudiants de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année devraient participer plus activement à l'élaboration du PII, c'est-à-dire qu'il devrait être en mesure de réaliser eux-mêmes plusieurs des étapes du PII. À la fin du PFI, certains professionnels qui ont participé à ce PII effectueront une rétroaction au stagiaire pour bonifier l'apprentissage de ce dernier.

L'intégralité de la mise en œuvre du PFI se rapporte à la validité de contenu de l'intervention, à leur adéquation par rapport aux normes existantes et à l'intensité avec laquelle les activités sont réalisées (Brousselle *et al.* 2009). Plus précisément, la validité de contenu sera analysée en observant l'adéquation entre les ressources en place ainsi que les activités qui seront réalisées et le modèle proposé par le CDPIR en annexe 1. L'adéquation par rapport aux normes existantes représente ici l'adéquation entre ce qui est fait lors du PFI et la norme. Par exemple, la norme peut être ce qui est habituellement réalisé lors des PFI au sein des autres milieux. Néanmoins, puisque les PFI sont relativement récents et que peu d'exemples de PFI en CSSS sont identifiables, la norme dans ce cas-ci est le modèle proposé en annexe 1. Ainsi, dans le cas précis de cette recherche, l'adéquation par rapport aux normes existantes et la validité de contenu représentent toutes deux l'adéquation entre ce qui est réalisé lors du PFI et le modèle présent en annexe 1. Afin d'éviter la répétition lors de la présentation des résultats, seul le critère de la validité de contenu a été retenu pour illustrer l'adéquation entre ce qui est réalisé lors du PFI et le modèle présent en annexe 1. En ce qui concerne l'intensité, celle-ci traduit la suffisance des activités réalisées en termes quantitatifs pour chacune des composantes, par exemple le nombre de professionnels de l'équipe interprofessionnelle présent, le nombre d'étudiants de différentes professions présents, etc. De plus, l'intensité se rapporte également au fait que le PII est réalisé à plusieurs reprises et de façon systématique au fil du temps. Enfin, l'intensité peut être appréciée en vérifiant dans quelle mesure la rétroaction effectuée par les professionnels est élaborée ou non.

Pour chacun des deux critères retenus, c'est-à-dire la validité de contenu et l'intensité, trois valeurs seront possibles : élevée, moyenne et faible. Les tableaux I et II ci-dessous permettent d'illustrer les différents éléments définissant la stratégie d'appréciation du degré d'implantation qui a été utilisée ainsi que la signification des différentes valeurs possibles selon le critère. En somme, le degré d'implantation du PFI sera apprécié par la mesure avec laquelle chacune des composantes du PFI est mise en œuvre selon les critères retenus.

**Tableau I :** Signification des différentes valeurs de la validité de contenu en lien avec les composantes du modèle de PFI

Composantes du modèle de PFI (annexe 1)	Validité de contenu élevée	Validité de contenu moyenne	Validité de contenu faible
Présence des ressources	Généralement, toutes les ressources sont présentes : l'équipe interprofessionnelle, les superviseurs de stage, le gestionnaire, le patient (c.-à-d. un PII centré sur le dossier d'un patient), étudiants de différentes professions	Généralement, la moitié ou plus des ressources sont présentes : l'équipe interprofessionnelle, les superviseurs de stage, le gestionnaire, le patient (c.-à-d. un PII centré sur le dossier d'un patient), étudiants de différentes professions	Généralement, moins de la moitié des ressources sont présentes : l'équipe interprofessionnelle, les superviseurs de stage, le gestionnaire, le patient (c.-à-d. un PII centré sur le dossier d'un patient), étudiants de différentes professions
Réalisation du PII	L'étape (ex. l'étape A) est effectuée à tous les PII réalisés	L'étape (ex. l'étape A) est effectuée lors de la moitié ou plus des PII réalisés	L'étape (ex. l'étape A) est effectuée moins de la moitié des PII réalisés
Participation de l'étudiant au PII	Tous les étudiants en stage en stage à l'UCDG participent à au moins un PII	La moitié ou plus des étudiants en stage à l'UCDG participent à au moins un PII	Moins de la moitié des étudiants en stage à l'UCDG participent à au moins un PII
Rétroaction des professionnels	Tous les étudiants qui effectuent un PFI bénéficient d'une rétroaction	La moitié ou plus des étudiants qui effectuent un PFI bénéficient d'une rétroaction	Moins de la moitié des étudiants qui effectuent un PFI bénéficient d'une rétroaction

**Tableau II :** Signification des valeurs d'intensité en lien avec les composantes du modèle de PFI

Composantes du modèle de PFI (annexe 1)	Intensité élevée	Intensité moyenne	Intensité faible
Présence des ressources (en lien avec l'équipe interprofessionnelle et les étudiants en stage de professions différentes seulement)	Généralement, tous les professionnels de l'équipe interprofessionnelle sont présents et il y a trois étudiants en stage de professions différentes ou plus	Généralement, tous les professionnels de l'équipe interprofessionnelle sont présents et il y a deux étudiants en stage de professions différentes ou moins <u>ou</u> Généralement, tous les professionnels de l'équipe interprofessionnelle ne sont pas présents et il y a trois étudiants en stage de professions différentes ou plus	Généralement, tous les professionnels de l'équipe interprofessionnelle ne sont pas présents et il y a deux étudiants en stage de professions différentes ou moins
Réalisation du PII	Le PII est réalisé toutes les semaines	Le PII est réalisé lors de la moitié des semaines ou plus	Le PII est réalisé moins de la moitié des semaines
Participation de l'étudiant au PII	Généralement, la participation de l'étudiant à l'élaboration du PII est celle attendue considérant son niveau académique	Non applicable	Généralement, la participation de l'étudiant à l'élaboration du PII n'est pas celle attendue considérant son niveau académique
Rétroaction des professionnels	Généralement, la rétroaction suite au PFI est très élaborée et très structurée (ex. : rétroaction écrite et verbale, utilisation de critères d'évaluation propres au PII)	Généralement, la rétroaction suite au PFI est élaborée et structurée (ex. : rétroaction verbale, utilisation de critères d'évaluation en lien avec la collaboration interprofessionnelle, mais qui ne sont pas propres au PII)	Généralement, la rétroaction suite au PFI est peu élaborée et peu structurée (ex. : rétroaction verbale sans l'utilisation de critères précis en lien avec la collaboration interprofessionnelle)

### 3.4.2 Facteurs systémiques

1) Système de formation : Les formations sont structurées selon les territoires des diverses disciplines qui y sont enseignées. De plus, le système de formation comprend également les exigences d'accréditation des organismes d'accréditation professionnels pour les programmes de formation ou encore pour les milieux de formation. Enfin, les initiatives des milieux de formation seront également considérées.

2) Système professionnel : Repose sur des « structures traditionnelles » séparées des pratiques professionnelles. Il comprend également les intérêts défendus par chacune des professions et les lois provinciales et fédérales réglementant et définissant les champs de pratique.

3) Changement de politiques, de normes et de valeurs : Les politiques sont par exemple les réformes législatives et réglementaires décidées par les gouvernements. Plus précisément, les programmes de financement offerts par les organismes subventionnaires en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation, les lois instaurées par les gouvernements ou encore les recommandations faites par les organisations influentes sont des exemples concrets. La norme peut être représentée par ce que des organisations similaires ont décidé de faire ou planifient d'effectuer ou encore ce qui est considéré comme une façon normale de faire les choses selon une organisation. Par exemple, les exigences du système de soins de santé en lien avec la performance, le vieillissement de la population ou encore la complexité grandissante des soins peuvent influencer ce qui est maintenant devenu la norme en matière de soins de santé. Les valeurs à un niveau systémique sont les valeurs de la société ou encore les pressions sociétales qui sont présentées en faveur d'un changement ou d'une façon de procéder.

### 3.4.3 Facteurs organisationnels

1) Structure : La décentralisation sera reconnue par le fait que l'autonomie à la prise de décisions est dispersée au sein de l'organisation. La formalisation de la collaboration interprofessionnelle peut être par exemple la mise en place d'un cadre de travail officiel entourant la pratique collaborative ou encore la modification des descriptions de tâches des professionnels favorisant la collaboration interprofessionnelle au sein de l'organisation. Enfin, la fragmentation de l'influence et de l'autorité sera reconnue par le fait que plusieurs

personnes possèdent l'autorité formelle ou informelle nécessaire afin de prendre des décisions susceptibles d'avoir un impact sur les activités de l'organisation.

2) Antécédents du système pour l'innovation: Seront reconnus par la capacité de l'organisation à intégrer de nouvelles connaissances. Cela peut se traduire par l'expérience passée en lien avec la réalisation de projet de collaboration interprofessionnelle ou encore l'habitude à de nouvelles méthodes de travail. De plus, il est également question du contexte d'ouverture au changement (leadership en place fort, personnel visionnaire aux postes clés de l'organisation, un climat qui rend favorable les décisions plus à risque, etc.), d'une bonne technologie de l'informatique en place, etc.

### 3) Caractéristiques des ressources humaines

a) Les valeurs, les normes, les besoins perçus et les méthodes de travail des professionnels et de l'organisation : Les valeurs sont les principes qui orientent l'action des acteurs. Les normes sont ce qui est accepté, ce qui doit être pris comme modèle. Il est également question ici des priorités de l'organisation. Les besoins sont une sensation de manque ou de privation des acteurs qui les poussent à agir. Les méthodes de travail peuvent faire référence à la manière dont l'équipe de professionnels ou encore les professionnels individuellement réalisent habituellement ses tâches. Ces quatre éléments seront abordés en lien avec l'organisation, c'est-à-dire la direction du CSSS à l'étude, mais aussi en lien avec les professionnels, c'est-à-dire l'équipe clinique de l'UCDG. De plus, en ce qui concerne les ressources humaines de l'UCDG, ceci inclut les expériences antérieures en lien avec la collaboration interprofessionnelle, la présence ou l'absence d'activités de collaboration interprofessionnelle en général à l'UCDG ainsi que les habitudes en matière de formation des stagiaires et plus spécifiquement de stagiaires exposés à la collaboration interprofessionnelle.

b) Leadership: Inclut la présence de personnes reconnues comme ayant un rôle majeur de communication et de conviction. De plus, cela inclut également les individus qui développent d'autres leaders. Cette catégorie comprend aussi la présence d'individus travaillant sur le projet du PFI qui sont reconnus dans leur établissement, qui possèdent beaucoup de visibilité, qui occupent un poste de leadership et qui sont déterminés et passionnés envers le projet du PFI.

c) Habileté: Les acteurs concernés sont capables d'utiliser le nouveau programme et de le mettre en œuvre. Plus précisément, cela inclut la capacité de l'équipe de professionnels en place à effectuer un PII.

#### 4) Préparation du système pour le PFI :

a) Soutien des administrateurs : Il inclut le dévouement de ressources humaines et financières nécessaires afin de permettre aux différentes phases du projet d'être développées et mises en place tout comme la reconnaissance de l'enseignement interdisciplinaire comme une forme d'activité nécessaire au sein de l'organisation. Cela inclut la capacité d'adaptation des administrateurs au rythme et aux impondérables du milieu d'implantation du projet. De plus, cela considère également l'évaluation des implications reliées à la mise en œuvre d'un PFI et le soutien afin de faciliter l'adhérence au PFI des autres acteurs concernés par le projet.

#### 3.4.4 Caractéristiques du programme

1) Compatibilité avec les valeurs, les normes, les besoins perçus et les méthodes de travail des professionnels et de l'organisation : Il sera ici question d'analyser la compatibilité de ces quatre aspects en lien avec l'organisation, c'est-à-dire la direction du CSSS à l'étude, mais aussi en lien avec les professionnels, c'est-à-dire l'équipe clinique de l'UCDG. De plus, cette variable traduit également la compatibilité du PFI avec les priorités de l'organisation.

2) Procure un bénéfice : Cela inclut le fait que le PFI est pertinent pour la performance des professionnels au travail ou encore, de façon générale, que les professionnels ou l'organisation retirent un avantage quelconque à mettre en place le PFI.

3) Complexité : un programme complexe est un programme qui est perçu comme difficile à effectuer ou à réaliser.

4) Logistique : Plusieurs éléments font partie de cette catégorie : les questions entourant les horaires, les différences entre les caractéristiques des cours des différents programmes de formation professionnelle, les problèmes relatifs à la géographie des immeubles de formation, la démographie, le temps (ex : réunir les planificateurs de cours), l'absence d'engagement des enseignants, le manque de connaissances et de compréhension des autres professions, la restructuration des territoires professionnels, le besoin de nouvelles formes d'enseignement et d'apprentissage, la formation des professeurs pour différents rôles d'enseignement, la formation des étudiants universitaires avant leur stage, le manque de données probantes et les exigences des associations professionnelles.

### **3.5 Collecte de données**

Les données ont été recueillies durant les mois de novembre 2010 à mars 2011. Les données relatives à la mise en œuvre du PFI, aux facteurs systémiques, aux facteurs organisationnels et aux caractéristiques du programme de formation mis en place ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées qui abordent ces quatre catégories. Elles ont été effectuées auprès d'un professeur de l'UdeM responsable de la formation interprofessionnelle au CSSS étudié, cinq cadres administratifs et cliniques au CSSS à l'étude, quatre professionnels et un stagiaire de l'UCDG, et ce, jusqu'à saturation empirique (Répondant 1 à 11 (R1 à R11)). Parmi les onze personnes ayant participé aux entrevues, il y avait dix femmes et un homme. Les guides d'entrevues sont présentés aux annexes 2 et 3. Le choix de faire des entrevues semi-dirigées repose sur le fait que les personnes interviewées peuvent s'exprimer librement, tout en s'assurant d'avoir des informations sur les catégories identifiées dans le modèle logique (Contandriopoulos *et al.* 2005). Une analyse des documents administratifs et cliniques écrits concernant l'implantation du PFI a également été effectuée (ressources financières et humaines allouées, logistique du projet, nombre de stagiaires participant au PII, professionnels présents lors des rencontres de PII, formation effectuée, etc.). De plus, les données relatives à la mise en œuvre du PFI devaient au départ être complétées par une observation non-participante de la mise en œuvre du PFI par le chercheur. Plus précisément, le chercheur devait assister à quelques rencontres de PII afin de pouvoir apprécier dans quelle mesure le modèle proposé initialement par le CDPIR (annexe 1) avait été mis en place. Néanmoins, les PII ont été annulés pour diverses raisons lors des trois moments où le chercheur s'est présenté à l'UCDG pour l'observation ce qui a rendu cette dernière impossible. Toutefois, les documents écrits et les données d'entrevues ont permis d'avoir une idée juste du degré de mise en œuvre du PFI. En effet, les données issues des entrevues et des documents écrits étaient congruentes et illustraient les différentes activités réalisées tout comme les ressources présentes lors de celles-ci. Il a donc été convenu aux fins de la recherche de se limiter aux documents et aux entrevues.

### **3.6 Qualité des instruments de mesure**

Les grilles d'entrevue (annexes 2 et 3) ont été validées auprès d'un petit nombre de professeurs et administrateurs responsables de l'implantation d'un PFI dans un autre milieu que le CSSS étudié. Les grilles d'entrevue comprennent les quatre catégories identifiées par la figure 1 (p.25).

### **3.7 Analyse des données**

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

Le mode de réduction des données utilisé était la codification. Il s'agit d'attribuer des catégories déjà identifiées dans l'état des connaissances à des portions de discours tout en demeurant ouvert à l'émergence d'une nouvelle catégorie (Contandriopoulos *et al.* 2005). La codification a été effectuée à l'aide du logiciel informatique NVivo8. L'interprétation des données a été effectuée selon le modèle par appariement dans le but de comparer la configuration théorique prédite avec la configuration empirique observée (Contandriopoulos *et al.* 2005).

À la fin de l'analyse, celle-ci a également été soumise aux participants, plus précisément au responsable du projet, le CDPIR. En effet, une rencontre avec ce dernier a permis de valider les interprétations et les conclusions.

### **3.8 Considérations éthiques**

Les avantages de participer à la recherche semblaient nombreux. En effet, en plus d'augmenter la compréhension des facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI au sein d'un CSSS au Québec, les résultats de la recherche seront utilisés par les responsables du CSSS étudié eux-mêmes pour corriger des éléments problématiques révélés par l'étude et qui pourraient empêcher l'optimisation du projet. Les risques quant à eux demeuraient marginaux. En effet, outre le temps consacré à l'entretien, la participation à l'étude ne comportait ni risque, ni inconfort. De plus, afin d'assurer la confidentialité et l'anonymat, tous les documents et le matériel sont protégés contre le vol, la reproduction, la diffusion accidentelle et détruits une fois la soutenance de mémoire réalisée. Les données d'identification ont également été codées le plus tôt possible et l'équipe de recherche était la seule à avoir accès à ces données. De plus, des mesures vont être prises lors de la diffusion des résultats pour que les sujets ne puissent pas être identifiés. Il n'y a pas eu de rémunération pour la participation à ce projet. Les participants ont été invités à participer ou non à la recherche sans aucune pression. Ensuite, lors des communications téléphoniques qui suivaient les envois courriel, des explications claires et systématisées ont été présentées aux

candidats retenus afin d'assurer leur consentement écrit, libre et éclairé à participer à l'entretien semi-dirigé. De même, avant le début de l'entrevue, tous les participants ont signé une feuille de consentement sur laquelle figuraient les raisons de l'étude et celles pour lesquelles ils avaient été sollicités, les mécanismes de respect de la confidentialité ainsi que leur droit de retrait afin que leur décision de participer à l'étude ait été libre et éclairée. Les participants ont également été avisés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'expérience sans préjudice et que tout matériel les concernant serait détruit à leur demande. Finalement, le projet a été soumis et accepté par le comité d'éthique sur la recherche du CSSS étudié (annexe 4).

#### **Chapitre 4 : Résultats**

Afin de mieux comprendre comment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent le degré d'implantation du PFI à l'UCDG du CSSS étudié, une enquête empirique a été menée. Tout d'abord, un tableau chronologique présentant l'évolution du projet d'innovation en collaboration interprofessionnelle et en formation interprofessionnelle au CSSS à l'étude ainsi que les événements majeurs pour l'UCDG du CSSS étudié lors de cette période a été construit afin de tracer un portrait global de la situation (tableau III). Celui-ci a été constitué à l'aide de données d'entrevues et de documents administratifs. Ensuite, après avoir sommairement présenté le CSSS à l'étude et son UCDG, le degré d'implantation du PFI sera détaillé. Par la suite, les éléments du contexte externe influençant la collaboration interprofessionnelle et l'implantation de PFI au sein du CSSS étudié seront repris après quoi le lien unissant le milieu de formation et le milieu clinique sera abordé. Puis, le partenariat entre l'UdeM et le CSSS étudié sera analysé introduisant ainsi de quelle façon le contexte organisationnel qui entoure le développement de l'intérêt du CSSS pour la collaboration interprofessionnelle a mené à l'implantation du PFI. Les éléments qui sont apparus importants en lien avec les caractéristiques du programme seront ensuite présentés suivis de la façon dont l'organisation a appuyé la mise en œuvre du PFI spécifiquement. Enfin, l'influence du degré d'implantation du PFI sur les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme sera discutée à la fin de ce chapitre. Les résultats observés doivent s'interpréter dans le contexte où le PFI est en phase initiale d'implantation.

Par ailleurs, dans les prochaines pages, il sera notamment question du PFI mais également du PII. En effet, il est opportun de rappeler que le PII est l'activité de collaboration interprofessionnelle qui est réalisée par l'équipe interprofessionnelle et qui consiste à effectuer un plan d'intervention interdisciplinaire pour un patient de l'UCDG. De ce fait, la tenue d'un PII constitue la prémisses à la réalisation d'un PFI, qui est en réalité la participation d'un étudiant en stage au PII. Ainsi, lors de la présentation des facteurs ayant influencé la mise œuvre du PFI au CSSS à l'étude, il sera souvent question de l'effet de ces facteurs sur l'implantation du PII ou tout simplement de leurs effets sur la collaboration interprofessionnelle en général. Par exemple, lorsque les caractéristiques du programme seront présentées, il s'agira non seulement des caractéristiques du PFI mais aussi celles du PII. De plus, il est également question de la relation entre la réalisation des activités de PII et la mise en œuvre du PFI.

**Tableau III :** Chronologie de l'évolution du projet d'innovation en collaboration interprofessionnelle et en formation interprofessionnelle au CSSS à l'étude ainsi que des événements majeurs pour l'UCDG du CSSS étudié lors de cette période

<p><b>2005 :</b> Subvention de Santé Canada accordée à l'UdeM concernant la formation à la collaboration interprofessionnelle</p> <p><b>28 juin 2007 :</b> Résolution du conseil d'administration du CSSS étudié soutenant le développement de la mission universitaire</p> <p><b>1er octobre 2007 :</b> Rencontre fondatrice des représentants de l'UdeM et du CSSS étudié</p> <p><b>Novembre 2007 :</b> Mise en place du comité directeur et du comité d'implantation du partenariat entre l'UdeM et le CSSS à l'étude</p> <p><b>10 mars 2008 :</b> Journée de lancement du partenariat avec 90 participants des deux organisations (UdeM et CSSS étudié)</p> <p><b>Juin 2008 :</b> Adoption d'un plan d'action sur divers volets pédagogiques et l'évaluation</p> <p><b>Été 2008 :</b> Identification des sites pilotes pour expérimenter des stages en interdisciplinarité dans les équipes cliniques</p> <p><b>Avril 2009 :</b> Début des rencontres pour trois communautés de pratique au CSSS étudié, dont une en gériatrie</p> <p><b>3 avril 2009 :</b> 2e journée d'échanges sur la collaboration interprofessionnelle entre l'UdeM et le CSSS étudié</p> <p><b>Juin 2009 :</b> Adoption du nouveau plan d'organisation au CSSS à l'étude qui mènera notamment à la création de postes stratégiques en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation</p> <p><b>Novembre 2009 :</b> Le poste de Coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche (CDPIR) et le poste de coordonnateur au développement de l'enseignement professionnel sont mis en place au CSSS étudié</p> <p><b>Mars 2010 :</b> Départ du directeur général (DG) ayant mis en place le partenariat au CSSS étudié et entrée en fonction du DG intérimaire</p> <p><b>Été 2010 :</b> Nouvelle chef d'unité à l'UCDG</p> <p><b>Juin 2010 :</b> Formation de l'équipe de gériatrie visant à réaliser le PII</p> <p><b>10 septembre 2010 :</b> Ajout de 11 lits à l'UCDG</p> <p><b>25 novembre 2010 :</b> 1<sup>er</sup> PII et 1<sup>er</sup> PFI à l'UCDG</p> <p><b>Décembre 2010 :</b> À l'UCDG, 27 lits dédiés à la mission longue durée tout comme cinq lits dédiés à la gériatrie ont été retirés faisant place à l'ajout de 19 lits dédiés à la médecine</p> <p><b>Début janvier 2011 :</b> Nouveau DG au CSSS étudié</p> <p><b>7 janvier 2011 :</b> Ajout de 13 lits de médecine à l'UCDG</p> <p><b>3 mars 2011 :</b> Épidémie de gastro-entérite déclarée à l'UCDG</p>
--

#### 4.1 Présentation du CSSS à l'étude et de son UCDG

La présentation du CSSS étudié et de son UCDG s'amorce avec le tableau III qui permet d'introduire les événements entourant l'évolution du projet d'innovation en collaboration interprofessionnelle et en formation interprofessionnelle au CSSS à l'étude ainsi que les événements majeurs pour l'UCDG lors de cette période. Ces faits seront d'ailleurs repris à différents moments lors de ce chapitre. Plus précisément, le CSSS étudié est situé dans la grande région de Montréal au Québec, Canada. Ce CSSS est composé notamment d'un Centre hospitalier moderne et de quatre Centres d'hébergement de soins de longue durée. En 2008, la population desservie par le CSSS était près de 250 000 personnes et le CSSS comptait environ 3640 employés dont 1 108 infirmières et infirmiers, 583 techniciens et professionnels, 124 gestionnaires et 325 médecins dont 177 spécialistes. Ce CSSS n'est pas reconnu officiellement comme un centre universitaire affilié bien qu'il soit un milieu de stage pour plusieurs étudiants universitaires.

Plus précisément, le site pionnier de gériatrie, ou encore l'UCDG, est une équipe stable composée le jour d'environ six infirmières, cinq infirmières auxiliaires, quatre préposés aux bénéficiaires et une agente administrative. De plus, l'équipe de jour comprend également une ergothérapeute, 1,5 tâche en physiothérapie, une travailleuse sociale, une nutritionniste quatre jours sur cinq, deux médecins, une infirmière-chef et une assistante infirmière-chef par quart de travail. Enfin, une orthophoniste, un pharmacien et une neuropsychologue sont aussi disponibles à des fins de consultation.

L'UCDG est située au Centre hospitalier du CSSS étudié et prend en charge plusieurs types de clientèles ce qui n'est habituellement pas la fonction d'une unité de gériatrie. De ce fait, non seulement l'UCDG accueille la clientèle gériatrique, mais elle reçoit également la clientèle médecine. Par ailleurs, avant décembre 2010, l'UCDG recevait également des patients attendant leur place dans un centre d'hébergement longue durée. Un responsable clinique en gériatrie confiait d'ailleurs que :

*« Le défi majeur de la multientèle est d'arrimer les différentes missions sur une même unité avec des besoins distincts requérant de multiples interventions. » (R7)*

En effet, bien que l'équipe de l'UCDG prenne en charge prioritairement les patients en gériatrie, les professionnels, mis à part les gériatres, doivent également s'occuper des autres clientèles. La moyenne de séjour pour la clientèle gériatrique varie entre 10 et 12 jours. Par ailleurs, afin de bien cerner les besoins de la clientèle gériatrique spécifiquement, l'équipe multidisciplinaire se rencontre une fois par semaine, le mercredi, pour partager les résultats

des évaluations et discuter de l'orientation du patient. Ces rencontres ont été mises en place il y a plusieurs années et ce ne sont pas lors de ces dernières que les PII sont effectués.

Plus précisément, en janvier 2011, la disposition des lits allait comme suit :

- 15 lits dédiés à la mission de la gériatrie, c'est-à-dire un milieu spécialisé d'investigation et de traitement continu en soins de courte durée aigu. Deux types de patients qui y sont admis : les patients âgés de plus de 75 ans et les patients de plus de 60 ans qui présentent une ou plusieurs problématiques préalablement identifiées par les critères d'admissibilité de l'UCDG. Tous ces patients démontrent un état de santé stable sur le plan médical. Une équipe multidisciplinaire est dédiée à l'évaluation des besoins fonctionnels et cognitifs dans le but premier d'un retour à domicile ou vers des ressources appropriées selon les besoins déterminés (résidence privée ou publique). Par ailleurs, l'occupation des lits dédiés à la gériatrie varie selon les demandes de consultations provenant des autres services. En effet, en moyenne, huit à quinze lits sont réellement occupés par des cas de gériatrie alors que les autres peuvent être occupés par des cas de médecine par exemple.
- 43 lits dédiés à la mission médecine : clientèle avec un état de santé instable qui est suivie par une équipe médicale
- Aucun lit dédié à la mission longue durée : clientèle stable qui nécessite une aide importante en lien avec les activités de la vie quotidienne et qui attend une place en centre d'hébergement de longue durée

**Tableau IV:** Nombre (Nb) de lits à l'UCDG qui a été affecté aux clientèles spécifiques en lien avec la période de l'année

Date	Nb de lits total	Nb de lits gériatrie	Nb de lits médecine	Nb de lits longue durée
Juin 2010	47	20	7	20
Septembre 2010	58	20	11	27
Décembre 2010	45	15	30	0
Janvier 2011	58	15	43	0

Comme le démontre le tableau IV, le nombre de lits dédiés à la gériatrie ainsi que le nombre total de lits ont tous deux varié entre juin 2010 et janvier 2011. En effet, il y a eu une augmentation de onze lits au total en plus des fluctuations survenues entre ces deux moments. Tous ces changements ont nécessité plusieurs adaptations de la part de l'équipe clinique. Par

le fait même, cela a eu un impact en lien avec la mise en œuvre du PFI. Cet aspect sera approfondi plus loin. La section qui suit vise à mettre en lumière dans quelle mesure le PFI a été implanté à l'UCDG.

#### **4.2 Degré d'implantation du PFI**

La mise en œuvre du PFI comprend plusieurs éléments qui sont présentés en annexe 1 : la présence des ressources (l'équipe interprofessionnelle, les superviseurs de stage, le gestionnaire, le patient et les étudiants de différentes professions), la réalisation du PII, la participation de l'étudiant à l'élaboration du PII et la rétroaction des professionnels. Afin d'apprécier le degré d'implantation du PFI, deux critères ont été retenus, c'est-à-dire la validité de contenu et l'intensité. Les tableaux I et II (p. 32 et 33) permettent d'ailleurs d'illustrer la signification des différentes valeurs possibles selon le critère utilisé. Ainsi, cette section sur le degré d'implantation du PFI permet d'analyser la mesure avec laquelle chacune des composantes du PFI est mise en œuvre selon les critères retenus.

Par ailleurs, le tableau V qui est présenté à la page suivante a été constitué à l'aide de documents écrits et permet de décrire certains éléments se rapportant à la mise en œuvre du PFI à l'UCDG. Tout d'abord, ce tableau indique toutes les dates qui correspondent à un jeudi (jour de la semaine où doit avoir lieu le PII) et ce, entre le 25 novembre 2010 et le 3 mars 2011. De plus, pour chacune des dates, le chercheur a noté si un PII et un PFI avaient eu lieu. Enfin, advenant le cas où un PFI avait lieu, le nombre d'étudiants présents et la description de leur profession sont aussi notés. Néanmoins, ce tableau ne comprend pas tous les éléments définissant la mise en œuvre du programme. De ce fait, les prochaines lignes permettront de présenter d'autres données, recueillies à l'aide d'entrevues et de documents écrits, qui permettront non seulement de compléter la présentation de la mise en œuvre du PFI, mais également de mieux comprendre ce qui est présenté dans le tableau V.

**Tableau V** : Description des PII et des PFI à l'UCDG entre le 25 nov. 2010 et le 3 mars 2011

Date	PII	PFI	Nombre d'étudiants présents
25 nov. 2010	Oui	Oui	2 : 1 en pharmacie et 1 en ergothérapie
2 déc. 2010	Oui	Non	0
9, 16, 23, 30 déc. 2010 et 6 janv. 2011	Non	Non	-
13 janv. 2011	Oui	Oui	2 : 2 en ergothérapie
20 janv. 2011	Oui	Non	0
27 janv. 2011	Oui	Oui	6 : 6 en sciences infirmières
3, 10, 17 févr. 2011	Non	Non	-
24 févr. 2011	Oui	Oui	1 en ergothérapie
3 mars 2011	Non	Non	-

#### 4.2.1 La réalisation du PII

En premier lieu, puisque le PII constitue la prémisse au PFI, il s'avère judicieux de regarder dans quelle mesure celui-ci a été mis en place à l'UCDG. Tout d'abord, c'est lors de la rencontre multidisciplinaire du mercredi que l'équipe prend une décision afin de déterminer si un patient fera l'objet d'un PII ou non. À cette étape, les critères de sélection des patients pour le PII semblent poser problème en raison d'un manque de précision de ces derniers. Ce point sera approfondi dans la section qui abordera la complexité du PFI. Le PII a habituellement lieu le jeudi de 14h00 à 14h30 dans un local situé au centre de l'UCDG et un seul patient fait l'objet d'un PII lors de la rencontre. Un formulaire écrit entourant le PII est également rempli et mis au dossier du patient. Comme le démontre le tableau V, l'intensité de la réalisation des PII est faible puisque le PII a été réalisé moins de la moitié des semaines lors de la période d'observation, c'est-à-dire six fois sur une possibilité de quinze. Par ailleurs, en se référant au tableau III (p.41), il est possible de constater que lors du mois de décembre 2010 à l'UCDG, tous les lits dédiés à la mission longue durée tout comme cinq lits dédiés à la gériatrie ont été retirés faisant par ailleurs place à l'ajout de nombreux lits dédiés à la médecine. L'une des cadres cliniques confiait que cet événement avait amené plusieurs changements au sein de l'UCDG et les PII avaient été suspendus temporairement par la chef de l'UCDG pour ne pas ajouter une charge de travail supplémentaire aux professionnels. De façon similaire, l'ajout de 13 lits de médecine le 7 janvier 2011 a engendré plusieurs heures

supplémentaires pour les professionnels à partir de ce moment. Toujours par souci de ne pas augmenter la charge de travail des professionnels, trois PII de février ont été annulés. Enfin, le 3 mars 2011, une épidémie de gastro-entérite s'est déclarée parmi les patients de l'UCDG. De nouveau, le PII a été annulé.

*« Ç'a beaucoup fluctué, ça fait quand même plusieurs semaines qu'on est censé en faire un chaque semaine, on n'en a pas eu beaucoup à cause de plusieurs facteurs. L'unité était débordée par l'hôpital qui les déborde, par des cas de gastro, par le fait qu'il y avait des gens en vacances ou qu'on n'avait pas le temps de le faire. » (R11)*

*« ... quand on s'est rencontrés, on avait décidé que chaque jeudi, de telle heure à telle heure, mais ça ne se fait pas vraiment. (...) Ç'a été implanté oui, mais un peu... des fois oui, des fois non, des fois une semaine, des fois pas de semaine, on va attendre d'avoir un patient cible parfait. Je ne pense pas que c'est comme ça qu'on va l'intégrer au quotidien. » (R1)*

Parallèlement, la rencontre d'équipe du mercredi n'a pas été annulée malgré ses perturbations à l'UCDG. D'ailleurs un professionnel confiait ceci :

*« La rencontre multi est comme établie déjà depuis longtemps, alors c'est comme routinier, c'est rare... c'est très rare qu'elle soit annulée. Des fois il y a des gens en moins parce qu'ils ont d'autres obligations, mais ça fait tellement d'années qu'elle est tout le temps-là à cette heure-là que je pense que c'est juste une habitude de se présenter là tandis que le PII, on fait « ah oui, c'est vrai, on est jeudi » c'est moins ancré... » (R11)*

Par la suite, en se référant aux différentes étapes du PII décrites par le modèle logique en annexe 1, il s'avère que la validité de contenu est élevée en ce qui concerne les étapes A, B, C, D, E et F (collectes de données, élaborer la liste des problèmes, formuler les objectifs, déterminer les moyens d'intervention, modalités de suivi, moment du congé au besoin). En effet, lors des entrevues, les professionnels pouvaient confirmer que ces étapes avaient lieu lors de tous les PII réalisés. De plus, les formulaires écrits de PII qui ont été recueillis précisaient chacun de ses éléments. Toutefois, la validité de contenu est faible en lien avec l'étape G, c'est-à-dire le suivi des interventions jusqu'au prochain PII. En effet, les PII n'étant pas effectués de façon régulière, le suivi des interventions était majoritairement déficient. D'ailleurs, les formulaires écrits de PII qui étaient disponibles ne démontraient habituellement pas de décision en lien avec le suivi.

*« ... je pense qu'à peu près une demi-heure, c'est fait [le PII]. Mais je ne suis pas sûre que le suivi se fait par après, c'est ça l'affaire. C'est comme le dernier PII qui a été fait, la semaine d'après, l'équipe ne s'est pas réunie parce qu'il y avait des vacances et tout ça, alors ceux qui étaient en place, je pense qu'ils n'ont pas pris le temps de dire bien on pourrait peut-être se réunir nous, là, pour mettre à jour le PII. (...) mais ils ne font pas le suivi de ce plan d'intervention-là. La semaine d'après ils ne disent pas le problème numéro 1 qu'on a identifié, est-ce qu'il est réglé? Si oui, parfait, date de fin, sinon bien qu'est-ce qu'il reste à travailler? » (R1)*

Les professionnels confiaient que le suivi s'effectue habituellement sous forme d'une discussion de corridor ce qui ne permet pas nécessairement à tous les intervenants au dossier d'obtenir formellement une rétroaction relativement aux résultats du PII.

*« Ça se fait dans le corridor ou « eh Untel, on a enlevé la contention parce que finalement ça va bien, mais ça ne se fait pas de façon formelle. » (R6)*

En terminant, réaliser les étapes A à F ne nécessite pas de la part de l'équipe clinique une implantation importante du PII. En effet, en suivant le formulaire écrit du PII et avec les aptitudes pour la collaboration interprofessionnelle que possèdent déjà les professionnels de l'UCDG, la réalisation de ces étapes peut se faire malgré une faible mise en œuvre du PII. Néanmoins, pour réaliser l'étape G régulièrement, c'est-à-dire afin d'effectuer le suivi des interventions, cela nécessite une intensité de mise en œuvre du PII beaucoup plus grande. Bref, cette lacune en lien avec le suivi des interventions traduit en quelque sorte une mise en œuvre du PII qui est insuffisante.

#### 4.2.2 La présence des ressources

Les ressources humaines apparaissant au sein du modèle logique du PFI en annexe 1 sont l'équipe interprofessionnelle, le gestionnaire, le patient, les superviseurs de stage et les étudiants de différentes professions. D'une part, afin d'assurer la présence du maximum de professionnels à la rencontre de PII, la décision que le PII aurait lieu le jeudi de 14h00 à 14h30 a été prise. En effet, au cours de la semaine, très rares sont les moments où l'équipe peut être réunie en entier, et ce, en raison notamment des responsabilités en dehors de l'UCDG que peuvent avoir les professionnels. Le seul autre moment où toute l'équipe de l'UCDG est rassemblée constitue la réunion multidisciplinaire du mercredi. D'autre part, lors de la rencontre de PII du jeudi, ce ne sont pas tous les professionnels qui sont présents

contrairement à ce que proposait le modèle proposé par le CDPIR. En effet, une ligne directrice aurait notamment été instaurée précisant que ce serait seulement les professionnels impliqués dans le dossier du patient faisant l'objet du PII qui devaient être présents à la rencontre.

*« Si on n'est pas dans le dossier, à date il n'y a pas personne qui n'était pas dans le dossier qui était présent à ces rencontres-là [de PII]. » (R11)*

De plus, certaines professions sont rarement présentes au PII, notamment les infirmières et les travailleurs sociaux. La plupart des personnes interviewées précisait que le manque de temps ou encore le manque de motivation expliquait ce constat. En ce qui concerne le gestionnaire, celui-ci est toujours présent. En effet, cette personne dirige la réunion et joue également le rôle de secrétaire puisque c'est elle qui remplit le formulaire écrit de PII. Pour ce qui est des patients, tous les PII réalisés sont centrés sur les besoins d'un patient qui a été désigné le mercredi. Du côté des superviseurs de stage, ceux-ci sont en fait des professionnels déjà présents dans l'équipe de l'UCDG. Lorsque ces professionnels accueillent des étudiants en stage, ils deviennent des superviseurs de stage. Si ces professionnels doivent être présents au PII, ils amènent toujours avec eux leurs stagiaires. De ce fait, lors d'un PFI, c'est-à-dire lorsqu'un étudiant participe à une activité de PII, les superviseurs de stage sont toujours présents.

Enfin, en ce qui a trait à la présence de plusieurs étudiants de professions différentes lors des PFI, cette situation s'est produite une fois sur une possibilité de quatre PFI (tableau V, p.45). Comme il a été mentionné précédemment, il est rare que des étudiants de différentes professions soient présents en même temps à l'UCDG. Bref, de façon générale, la validité de contenu de la présence des ressources est moyenne puisque la moitié ou plus des ressources suggérées dans le modèle en annexe 1 sont présentes. En effet, mis à part la présence régulière d'étudiants de différentes professions, les autres ressources sont présentes. Néanmoins, l'intensité est faible puisque ce ne sont pas tous les professionnels de l'équipe clinique qui sont présents au PII, notamment les infirmières et les travailleurs sociaux qui sont souvent absents. De plus, il est rare d'observer deux étudiants en stage de différentes professions ou plus.

#### 4.2.3 La participation de l'étudiant à l'élaboration du PFI

Ce qui différencie un PII d'un PFI, c'est en fait la présence de stagiaires. Comme il a été mentionné plus haut, plusieurs étudiants ont assisté à des activités de PII. Ainsi, comme le démontre le tableau V (p.45), il y a eu quatre PFI lors d'un total de six PII au cours de la période d'observation. Selon le modèle en annexe 1, tous les étudiants en stage à l'UCDG devaient théoriquement effectuer au moins un PII. Parmi les étudiants qui ont fait un stage à l'UCDG lors de cette période, cinq stagiaires sur huit<sup>1</sup> ont assisté à au moins un PII. Pour deux des trois étudiants n'ayant pas assisté à un PII, le professeur responsable a jugé que les stagiaires n'étaient pas assez avancés théoriquement pour pouvoir bénéficier d'un PFI puisqu'ils étaient tous deux en première session universitaire. Pour le troisième étudiant n'ayant pas assisté à un PII, ceci s'explique par le fait qu'aucun PII n'a eu lieu durant son stage. Par ailleurs, les étudiants étaient fortement invités à participer au PII lorsque ceux-ci avaient lieu durant leur stage, et ce, même si leur superviseur de stage n'était pas attiré au cas à priori. Globalement, la validité de contenu entourant la participation des stagiaires à au moins un PII est donc moyenne puisque la moitié ou plus des étudiants en stage à l'UCDG participent à au moins un PII.

En ce qui a trait à la participation des stagiaires lors du PII, l'intensité se trouve élevée. En effet, les étudiants de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> année accompagnaient leur superviseur lors du PII pour observer le déroulement du PII. De leur côté, les étudiants de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année occupaient le rôle qui aurait été habituellement celui de leur superviseur de stage. Ces étudiants réalisaient eux-mêmes les étapes du PII.

*« Donc le pharmacien a été beaucoup plus aidant étant donné qu'il était en dernière année, il finit et l'ergothérapeute était juste comme observatrice parce qu'elle est en 1<sup>e</sup> année. » (R7)*

*« Bien la première fois c'était le premier qu'on faisait, alors elles étaient là plus en tant qu'observatrices, mais la deuxième fois, elles ont participé activement, dans le fond, ce qu'elles avaient observé chez le patient et tout ça, comme si elles prenaient le rôle de l'ergothérapeute. » (R11)*

Par ailleurs, voici ce que confiait une stagiaire qui relate les propos de sa collègue suite au

---

<sup>1</sup> Il y a eu trois groupes de six stagiaires en sciences infirmières lors de la période d'observation. Chacun des groupes est ici considéré comme un seul stagiaire puisque ces stagiaires assistent aux activités de formation en groupe.

deuxième PFI de cette dernière :

*« Bien avant, c'était un peu stressant je pense, qu'elle me disait parce qu'elle ne savait pas trop à quoi s'attendre, parce que oui, on en a vécu, mais c'était en classe, on avait fait dans le fond nos objectifs en ergothérapie, on les avait vus avec des professeurs, donc ce n'était pas nous-mêmes qui les... on savait ce qu'on apportait et on savait que c'était bon ce qu'on apportait à la table. Et comme on l'avait seulement observé à une reprise ici, là de savoir est-ce que ça serait le même gabarit qui allait être répété, à ce niveau-là, mais ce qu'elle m'a dit c'est que ça s'était bien passé, que dans le fond c'est ça, chacun des intervenants avait mentionné leurs objectifs pour résoudre la problématique. »*

Le fait de vivre un PII en milieu clinique est différent du milieu académique, ce qui semble avoir engendré un certain stress. Une stagiaire qui n'a vécu qu'un seul PFI mentionnait que ce dernier était pertinent, mais qu'il aurait fallu répéter l'expérience afin d'optimiser l'apprentissage. Par ailleurs, seulement un étudiant sur huit a assisté à deux PII.

*« Donc c'était pertinent à voir. Je ne pense pas que ça m'a fait reculer ou quoi que ce soit. Au niveau de l'avancement, je ne sais pas; je ne suis pas prête à dire que ça m'a beaucoup aidée à cheminer, parce que je pense que c'est juste une fois, je n'ai pas vraiment pu y prendre goût vraiment, tout comprendre les subtilités que si je l'avais fait plusieurs fois. » (R9)*

#### 4.2.4 Rétroaction des professionnels à l'attention du stagiaire

La rétroaction des professionnels à l'attention stagiaire suite à un PFI s'effectue de la même manière que toutes les autres rétroactions qui suivent une activité lors du stage de l'étudiant. Plus précisément, il s'agit d'une rétroaction informelle où le superviseur discute en privé avec son stagiaire des points forts et faibles lors de l'activité. Par exemple, dans le cas d'un PFI, un superviseur confiait qu'il s'agit parfois de rappeler à l'étudiant que le PII est un outil d'équipe et qu'il fallait rester pertinent au moment de transmettre à tout le groupe des informations concernant sa profession. Par ailleurs, pour les superviseurs, il n'existe aucun outil d'évaluation structuré des stagiaires spécifiquement en lien le PFI ou encore la collaboration interprofessionnelle. La seule forme de rétroaction formelle est en fait l'évaluation de fin de stage qui comporte plusieurs compétences à acquérir, dont celle de collaboration. Néanmoins, il s'agit de la collaboration au sens large, c'est-à-dire être capable

de s'intégrer dans l'équipe et être capable de parler lors des rencontres d'équipe. D'ailleurs, cette compétence existait bien avant les PFI ou encore l'emphase entourant la collaboration interprofessionnelle. Bref, la validité de contenu entourant la rétroaction des professionnels à l'attention du stagiaire est élevée puisque tous les étudiants qui effectuent un PFI bénéficient d'une rétroaction. De son côté, l'intensité de cette composante est plutôt faible, car la rétroaction suite au PFI est peu élaborée et peu structurée.

#### 4.2.5 Résumé de l'implantation du PFI

Le tableau VI ci-dessous permet de faire un résumé de la mise en œuvre du PFI à l'UCDG en date du 3 mars 2011. En effet, le tableau VI souligne la mesure avec laquelle chacune des composantes du PFI est mise en œuvre selon les critères retenus.

**Tableau VI** : Résumé de la mise en œuvre du PFI à l'UCDG en date du 3 mars 2010

Composantes du modèle de PFI (annexe 1)	Validité de contenu	Intensité
Présence des ressources	Moyenne	Faible
Réalisation du PII		Faible
1) Étapes A à F	Élevée	
2) Étape G	Faible	
Participation de l'étudiant au PII	Moyenne	Élevée
Rétroaction des professionnels	Élevée	Faible

En somme, bien que la validité de contenu entourant la présence des différentes composantes définissant la mise en œuvre du PFI soit de moyenne à élevée, l'intensité des différentes composantes est généralement faible. Pour ce qui est de la faible validité de contenu de l'étape G, cela s'explique en grande partie par la faible intensité de la réalisation du PII. Un professionnel mentionnait d'ailleurs que le PII n'était pas suffisamment en place à son avis pour permettre la réalisation rigoureuse de PFI.

*« Bien là présentement, c'est sûr qu'on n'est pas à l'étape où on peut accueillir des étudiants qui vont pratiquer le PII (...) parce que ce n'est pas instauré. (...), mais si le*

*but c'est vraiment le stage en interdisciplinarité pour faire des PII, je pense qu'on est loin d'être prêts à accueillir des étudiants parce que ça ne sera pas atteint comme objectif (...) l'équipe n'est pas rodée.» (R1)*

Les prochaines sections visent à détailler les facteurs qui peuvent expliquer le degré de mise en œuvre du PFI au CSSS étudié. Tout d'abord, les facteurs systémiques influençant la collaboration interprofessionnelle et sa formation seront abordés.

### **4.3 Facteurs systémiques influençant la collaboration interprofessionnelle et sa formation**

#### 4.3.1 Système professionnel

Tout d'abord, mettre en place un PFI selon le principe du modèle de rôle nécessite que les professionnels travaillent eux aussi en collaboration interprofessionnelle. Néanmoins, plusieurs ont mentionné que le système professionnel pouvait représenter une barrière à la collaboration interprofessionnelle. Tout d'abord, les intérêts défendus par chacune des professions semblent engendrer des difficultés importantes pour la pratique collaborative.

*«...ça serait l'ouverture des professionnels à exposer leur expertise. Ce que j'ai vu dans ma vie antérieure, des fois, il y a une chasse-gardée de ce que je peux faire pour me sentir indispensable... » (R7)*

*« Alors on a des médecins qui sont pour cette pratique-là, mais il y a des médecins qui, pour eux autres c'est comme une « réunionite », c'est du temps perdu, c'est... et ils n'ont pas le temps. » (R3)*

De plus, les règlements qui régissent chacune des professions peuvent également faire obstacle à la collaboration interprofessionnelle.

*« ... dans les règlements de chacune des professions, il subsiste encore une certaine rigidité qui ne facilite pas le travail sur le terrain. Par exemple, la façon de constituer son dossier professionnel où on exige de chacune des professions la tenue d'un dossier complet en soi, alors qu'on doit s'en aller vers le dossier partagé, et on doit éviter de répéter un certain nombre d'informations, et pour le moment, on n'est pas encore allé assez loin dans la façon de regarder le dossier interprofessionnel. » (R4)*

Par le fait même, les ordres professionnels semblent eux aussi être une barrière à la collaboration interprofessionnelle.

*« ...quand tu vois que les ordres professionnels entre eux ne facilitent pas le travail sur le terrain de leurs professionnels, ça, ça n'aide pas non plus... » (R4)*

Malgré tout, la plupart des personnes interviewées estiment que la situation s'améliore et que les barrières à la collaboration interprofessionnelle diminuent.

*«...les professions sont mieux définies aussi, les chevauchements sont mieux définis, peut-être que le corporatisme à certains endroits est moins présent; il y a eu beaucoup beaucoup quand même de travail sur les lois professionnels, sur les chevauchements... » (R5)*

*« Il y a eu une ouverture seulement dans les dernières années pour ouvrir le partage entre les professions. Ça été assez difficile, il y a eu beaucoup de batailles, mais là est en train de se créer, en fonction des besoins de la population, une fluidité plus intéressante. » (R4)*

Le dernier passage permet d'illustrer en partie ce qui a favorisé la diminution des contraintes qu'exercent les ordres professionnels. En effet, il semble que leurs décisions s'appuient de plus en plus sur les besoins de la population. Par le fait même, les changements de politiques, de normes, de valeurs qui contribuent à modifier le contexte entourant la collaboration interprofessionnelle et sa formation seront présentés ci-dessous.

#### 4.3.2 Changements de politiques, de normes, de valeurs

##### *4.3.2.1 Politiques*

Tout d'abord, les acteurs interviewés étaient unanimes sur le fait que la Loi 90 et la Loi 21, deux lois redéfinissant les champs d'exercices professionnels en santé, ont favorisé la collaboration interprofessionnelle dans le milieu clinique. Néanmoins, d'autres lois n'ont pas eu le même effet. Par exemple, la Loi 100 qui a été adoptée en 2010 prévoyait notamment la réduction de 25% des budgets de formation des organismes du réseau de la santé et visait le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 tout comme la réduction de la dette de la province. Par le fait même, cela a eu des impacts notables pour les administrateurs du CSSS.

*« ... mais on a une loi [la Loi 100] où ils nous ont coupé nos budgets de formation de 25% partout au Québec. Alors en même temps, et il faut savoir dans ces budgets-là, ce n'est pas juste pour des stages, c'est pour former notre nouvelle main-d'œuvre, etc. Alors en même temps que j'essaie de mobiliser mes professionnels pour recevoir des*

*étudiants, j'ai de la misère à répondre à leurs besoins propres de formation parce qu'on vient de m'amputer mon budget de quasiment 1M\$. » (R5)*

De plus, les subventions octroyées pour la recherche et le développement des outils de formation à la collaboration interprofessionnelle ont également une influence considérable et semblent insuffisantes en ce moment.

*« Et dans ce sens-là, Santé Canada, lorsqu'en 2005 il a lancé son programme, c'était très heureux et ça nous a permis d'avancer. C'était nécessaire que ça arrive, mais les fonds n'ont pas été pérennisés (...) d'où l'importance de la recherche dans ces domaines-là [la collaboration interprofessionnelle et sa formation] et d'obtenir des fonds de recherche dans ce domaine-là, ce n'est pas nécessairement facile, il n'y a pas beaucoup d'organismes subventionnaires qui offrent des fonds au niveau de ces nouvelles façons d'agir qui sont à la fois du domaine de l'éducation aux adultes et à la fois du domaine de la transformation organisationnelle. Donc il va falloir faire beaucoup plus de recherche et je reviens à mon groupe pan canadien, ça été le constat, on veut se transformer, mais on s'appuie sur très très peu de recherche qui nous donne les évidences de ce qu'il faut faire. Donc pour nous, c'est un frein important. » (R4)*

Par ailleurs, une volonté et une influence de la part de certains acteurs du système de formation sont perceptibles afin de favoriser les subventions reliées au développement de la collaboration interprofessionnelle et sa formation. L'un d'entre eux confiait d'ailleurs que :

*« ... il faut que tu contournes pour aller présenter alors qu'il pourrait y avoir un fonds de recherche qui soit clairement identifié dans ce secteur-là si on veut y arriver pour les prochaines années (...) lorsqu'on va le voir [cadre au Ministère de l'Éducation], on va souligner l'importance de créer des fonds et il pourra peut-être faire une représentation au FRSQ ou à d'autres groupes de recherche pour que se développe un fonds spécifique là-dessus. » (R4)*

Comme il est possible de le constater, les instances gouvernementales peuvent également prendre position en faveur d'une mise en place de pratiques collaboratives ce qui a pour effet de catalyser cette mise en œuvre.

*« Donc on voit qu'au plan provincial, il y a une mobilisation qui est en train de se faire pour soutenir les établissements dans le développement de leurs pratiques collaboratives. Alors ça c'est une bonne nouvelle. » (R4)*

*« ... le Ministère a demandé de rencontrer les deux RUIS; celui de l'Université de Laval à Québec et celui de Montréal. Et l'intention c'est une implantation de la pratique collaborative dans toutes les instances du réseau, d'ici trois ans (...) Et là il y a eu un partage de où on est rendus là-dedans et tout ça alors je pense que ça, ça va être aussi un aspect qui va apporter un souffle important, parce qu'on va travailler à collégialiser nos activités, nos actions (...), mais il va dire [le Ministère] regardez là, gang, ce n'est pas un vœu de gauche, de droite c'est le Ministère qui veut qu'il y ait une implantation de cette pratique-là. (...) C'est ça, ça va être moins une option et on va donner les moyens et là ça va partir des bancs d'école (...) c'est-à-dire de former les étudiants comme tel. » (R3)*

La dernière citation permet de constater que ces prises de position de la part du gouvernement peuvent avoir un effet sur le milieu de formation lui-même en l'incitant à former les étudiants selon le modèle de la collaboration interprofessionnelle.

#### 4.3.2.2 Normes

Depuis plusieurs années, pour une organisation comme un CSSS, la notion de performance est devenue une norme qui a une influence marquée sur les activités de l'organisation.

*« Alors je pense qu'il y a les secteurs et le contexte du réseau où on est en situation de performance, performance, performance. (...) l'agrément a une norme – la norme 3 – et la norme 3 dit « l'équipe utilisera une démarche interdisciplinaire ». Alors l'ensemble des secteurs m'interpelle en me disant, bien là il faudrait améliorer des affaires là-dedans. » (R3)*

Comme l'extrait précédent le démontre, cette recherche de performance peut également avoir une influence sur le développement du travail de collaboration entre les différents professionnels. Toutefois, il y a un enjeu à savoir de quelle façon la performance est évaluée.

*« Alors le système lui-même te ramène vers les barrières professionnelles de par la pression, les redditions de comptes. Ce qu'on mesure, c'est la performance d'un physio par exemple, et pas de l'équipe. On ne mesure pas l'accessibilité au sens de la pertinence des services, une meilleure prise en charge, il ne revient pas dans le système, on commence à monitorer ça, de dire est-ce qu'on prend en charge ces clientèles chroniques-là de la bonne façon par exemple, etc. parce qu'il y a une plus-value et on n'est pas capables de la chiffrer. Alors c'est ça, il y a des enjeux autour de ça, mais*

*souvent le système fait que t'es obligé de te retrancher dans tes enjeux professionnels. »  
(R5)*

De plus, la complexité des soins et la pénurie de personnels accroissent les besoins de performance au sein du système de soins de santé et peuvent avoir facilité la mise en place de la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de travail.

*« Mais au-delà de ça, pourquoi développer des pratiques collaboratives, bien là c'est les enjeux que l'on connaît, donc c'est la pénurie des ressources humaines et le besoin d'avoir une efficience dans le partage des rôles, c'est la complexité des problèmes de santé qui fait qu'on ne peut pas travailler seul, mais il faut qu'on travaille ensemble pour régler les problèmes complexes. À cette complexité s'associent vieillissement de la population et augmentation des maladies chroniques et les coûts qui sont importants, donc il faut qu'on devienne de plus en plus efficients avec peu de ressources faire le meilleur. Donc il faut arrêter de faire du dédoublement d'activités parce qu'on travaille en parallèle et non pas ensemble. » (R4)*

Dans un réseau comme celui des CSSS au Québec, il peut également y avoir une influence mutuelle entre les différents CSSS. C'est également en voulant identifier les meilleures pratiques que le CSSS étudié a décidé de mettre en place des projets de collaboration interprofessionnelle et de PFI.

*« On était en révision de performance dans bien des secteurs, et quand on fait de la révision de performance, on va voir ce qui se fait ailleurs, au niveau de l'enseignement, on est allés voir ce qui se faisait ailleurs en termes de comment ils recevaient leurs stagiaires, (...) alors on fait du benchmarking (...) Alors on avait bien identifié certaines pratiques comme la collaboration interprofessionnelle. » (R5)*

*« ... il y a aussi la volonté de mieux faire et d'être au diapason aussi de ce qui se fait dans le réseau. Et il y a aussi la nécessité de créer un créneau propre à l'organisation. »  
(R2)*

L'extrait précédent permet de faire une nuance importante. Pour le CSSS à l'étude, il était important de s'inspirer de ce qui se faisait ailleurs, mais également d'être novateur.

*« ... en même temps ça me console de voir ça quand on fait le tour des équipes dans l'ensemble du RUIS de Montréal, il n'y en a pas beaucoup qui font ça, le PII. Alors l'idée en arrière de ça c'est qu'on instaure quelque chose de vraiment nouveau. » (R3)*

#### 4.3.2.3 Valeurs

Tous ces changements en faveur de la collaboration interprofessionnelle sont également motivés par une transformation des valeurs dans le domaine de la santé. En effet, comme il a été mentionné précédemment, il y a une demande accrue pour une offre de soins centrée sur les besoins de la population et le patient semble être au centre des priorités. Ces nouvelles valeurs semblent faciliter de nouvelles méthodes de travail et de formation.

*« Je pense que c'est vraiment centré sur la clientèle [les méthodes de travail]. La philosophie d'être centré sur la clientèle, de répondre aux besoins de la clientèle avant tout va faire un changement de philosophie... » (R7)*

*« ... ce n'est pas une question d'argent, c'est une question que ça fasse partie de nos valeurs comme société [la collaboration interprofessionnelle]. » (R2)*

D'une part, l'ensemble des facteurs systémiques décrits précédemment influence la collaboration interprofessionnelle et sa formation au sein d'un milieu clinique comme le CSSS étudié. D'ailleurs, certains de ces facteurs incitent le CSSS à développer ses pratiques collaboratives. D'autre part, les facteurs systémiques précédents amènent également le milieu de formation à s'adapter aux besoins croissants en matière de collaboration interprofessionnelle.

#### 4.3.3 Système de formation

Face à l'influence des facteurs systémiques décrits plus haut, le système de formation doit adapter ses programmes de formation en conséquence afin de préparer les futurs professionnels de la santé à travailler en collaboration.

*« Alors à partir de ce moment-là je pense que l'Université a eu un bon réflexe de se dire regarde je pense que si on veut former les étudiants par rapport aux réalités et de bien les équiper, moi je pense que c'est ça qui sont les éléments qui renforcent l'intérêt pour la formation des futurs professionnels autour de la collaboration. » (R3)*

Par ailleurs, cette restructuration des programmes de formation a engendré une révision des critères d'accréditation non seulement des universités, mais également des milieux cliniques où la formation interprofessionnelle est donnée.

*« ... actuellement, le consortium pan canadien sur l'interprofessionnalisme est à développer des critères pour faire l'agrément d'universités et de milieux d'enseignement sur la formation interprofessionnelle. » (R4)*

Néanmoins, il réside une reconnaissance insuffisance des professeurs et des superviseurs de stage en lien avec la formation interprofessionnelle.

*« Écoute, j'aimerais même que peut-être la supervision des stages en milieu clinique soit reconnue par l'université en crédit. Ça peut être très... motivant pour un superviseur de stage de se voir reconnaître d'une façon quelconque qu'il contribue à la collaboration. Tout le monde est intéressé, le Ministère est intéressé par la collaboration, mais celui qui est interpellé davantage par la mise en place, l'opérationnel de la collaboration (...) C'est le superviseur. C'est lui qui transfère les connaissances. Et c'est lui qu'on reconnaît le moins. Alors moi je pense qu'il faut focaliser sur le superviseur de stage si on veut que ça réussisse. » (R2)*

Au fil des années, le système de formation a mis en place plusieurs initiatives pour former leurs étudiants à la collaboration interprofessionnelle. Dans le cas de l'UdeM, ces initiatives ont pu voir le jour notamment grâce aux subventions qui ont été accordées à l'université par Santé Canada en 2005. Les sommes octroyées visaient le développement de la formation à la collaboration interprofessionnelle. Avec l'appui de ces subventions, l'UdeM développe des initiatives de formation des milieux cliniques d'enseignement, notamment les communautés de pratique et les leaders pédagogiques. En développant ces initiatives de formation des milieux cliniques d'enseignement, cela a également permis à l'UdeM de faire évoluer sa propre formation interfacultaire ainsi que la structure administrative permettant de la gérer.

*« Ça été un déclencheur ou je dirais même dans certains cas plutôt un catalyseur de ce qui se passait là [dans les milieux cliniques d'enseignement] et du côté de l'UdeM, ça nous a fait apparaître ce projet-là [le développement des communautés de pratique], la création d'une nouvelle structure qui est un comité interfacultaire de formation à la collaboration dans lequel il y a un exécutif qui est représenté par les doyens des facultés de médecine, sciences infirmières, pharmacie, arts et sciences et un comité opérationnel qui voit au déploiement des activités de formation. Et ça, ça été un grand précédent parce qu'actuellement on a même créé des sigles de cours « CSSS » interfacultaires qui vont permettre de générer des sous pour pérenniser une infrastructure de fonctionnement, donc par exemple d'avoir avec nous une coordonnatrice qui sert à l'ensemble des programmes, mais qui n'est pas liée à une faculté plutôt qu'une autre; se*

*doter aussi de sommes d'argent pour faire du développement de formations en ligne ou de développement d'outils d'évaluation pour les étudiants. » (R4)*

C'est ainsi que les étudiants des programmes de la santé de l'UdeM sont davantage formés à la collaboration interprofessionnelle à l'université elle-même. Cela a eu un impact sur le milieu clinique où les étudiants vont en stage, dans ce cas-ci, au CSSS à l'étude.

*« Et le fait qu'à l'université on ait commencé nos activités de formation interfacultaire, bien cela a été le point de départ pour dire écoutez, nos étudiants, on est en train de les rendre là. Les étudiants que vous allez recevoir vont déjà avoir fait ça, donc il faut vous préparer dans votre milieu, et c'est pour ça qu'on a suggéré de mettre en place des communautés de pratiques dans les trois sites où les étudiants étaient pour aller pour faire développer les aspects de collaboration. Alors je pense que notre programme interfacultaire a été comme un catalyseur de ce qui se passerait par la suite au CSSS [à l'étude]. » (R4)*

En résumé, l'analyse des facteurs systémiques présentés ci-dessus permet d'identifier différents facteurs pouvant influencer la collaboration interprofessionnelle et l'implantation de PFI au sein d'un milieu clinique comme le CSSS étudié. De plus, cette analyse illustre également de quelle façon le système de formation a été amené à s'adapter de manière à mieux répondre à la demande visant à préparer les futurs professionnels de la santé à travailler en collaboration. Par ailleurs, afin de répondre aux besoins croissants en matière de collaboration interprofessionnelle, la nécessité de renforcer le lien unissant le système de formation et le milieu clinique semble être mis en évidence. La prochaine section vise à préciser davantage ce lien afin de pouvoir mieux comprendre ce qui a été à l'origine du partenariat entre l'UdeM et le CSSS étudié.

#### **4.4 Lien entre le système de formation et le milieu clinique**

Comme il a été mentionné précédemment, un lien semble unir le système de formation et le milieu clinique.

*« Donc pour moi, il n'y en a pas un qui est avant l'autre : l'éducation et les soins; c'est comme une interaction très serrée entre les deux où chacun se catalyse. Parce qu'il y a des besoins cliniques et il y a des besoins de formation. » (R4)*

L'une des personnes interviewées insistait d'ailleurs sur l'importance de cette relation à un niveau macroscopique pour espérer changer les pratiques dans chacun des milieux :

*« ... tant et aussi longtemps que la Santé et l'Éducation vont être en parallèle, qu'il n'y a pas un arrimage entre les maisons d'enseignement et les milieux de travail de façon plus macro, je pense qu'on a beau essayer de changer des pratiques, si les directives ne viennent pas d'en haut (...) ça va être plus long. » (R2)*

D'une part, le milieu clinique doit être mieux préparé pour accueillir les étudiants des milieux de formation en stage.

*« Et là ce qui se passe, c'est que nos étudiants des sciences de la santé et des sciences psychosociales qui sont en 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> années, grâce à notre programme de formation interfacultaire sont préparés à tout ça et vont arriver dans les milieux qui sont en retard par rapport à ce qu'ils apprennent. Alors c'est pour ça qu'il y a là un blitz de formation dans nos milieux cliniques qui doit être fait. » (R4)*

En effet, une pression en faveur d'un changement des façons de procéder au sein des équipes de travail afin d'intégrer davantage la collaboration interprofessionnelle est perceptible au CSSS étudié.

*« On se disait que les étudiants dépasseraient... ne pourraient pas vivre de vrais stages inter, parce qu'on n'était pas véritablement organisés comme ça. Il fallait tranquillement amener les gens... donc il fallait nous-mêmes travailler sur nos pratiques professionnelles (...) La réalité de l'université par rapport à ses stages et tout ça et à la formation, tout ça, et la réalité de l'établissement qui dit bien pour recevoir ça, il faut que ce soit à la même place. » (R5)*

D'autre part, le milieu clinique exerce également une influence considérable sur le milieu de formation afin que ce dernier reflète mieux la réalité des professionnels en pratique. De cette façon, cela peut permettre de mieux préparer les futurs professionnels au travail interprofessionnel.

*« Donc les maisons d'enseignement doivent suivre le rythme des milieux de travail. Parce que leurs étudiants s'intègrent dans un milieu de travail qui est changeant plus, plus. (...) Le patient transige dans un réseau qui est quand même assez complexe et où tout le monde a besoin de comprendre qu'est-ce qui a été fait en amont pour ce patient-là. Donc la collaboration pour moi, de 1) le contexte est extrêmement important pour que les étudiants comprennent dans quoi ils vont travailler, de 2) l'actualisation au*

*niveau des pratiques professionnelles c'est une exigence, un prérequis pour pouvoir mieux collaborer après. » (R2)*

En somme, c'est en quelque sorte en voulant renforcer le lien unissant le système de formation et le milieu clinique que l'UdeM et le CSSS étudié réalisent un partenariat entre les deux organisations. L'alliance stratégique que représente ce partenariat sera l'assise sur laquelle différentes modalités de collaboration interprofessionnelle, dont les PFI, seront mises en place au CSSS. La prochaine section vise à tracer le portrait du partenariat unissant l'UdeM et le CSSS étudié afin de mieux comprendre le contexte qui a mené à l'implantation des PFI à l'UCDG du CSSS.

#### **4.5 Partenariat entre le CSSS à l'étude et l'UdeM**

Tout d'abord, le partenariat entre le CSSS étudié et l'UdeM a permis de répondre à des besoins pour les deux organisations. D'une part, pour le CSSS, les documents administratifs révèlent que dès juin 2007, il y avait une résolution du conseil d'administration soutenant le développement de la mission universitaire. Ainsi, en plus d'augmenter la qualité et le nombre de stages, ce partenariat menait notamment à la création de nouveaux types de stages en collaboration interprofessionnelle. D'autre part, pour l'UdeM, ce partenariat permettait entre autres de favoriser l'accueil de stagiaires dans un milieu de continuum de soins et de services. De plus, cela assurait des stages de formation interprofessionnelle pour les étudiants en santé de l'UdeM, plus précisément l'accueil de stagiaires de différentes facultés dans le même service au même moment. Les PFI sont en fait l'une des activités qui allaient permettre une formation interprofessionnelle des stagiaires.

Ainsi, en octobre 2007, une rencontre entre les représentants des deux organisations avait lieu dans le but de mettre en place un partenariat futur. Les attentes pour les deux organisations étaient alors très claires. Par exemple, pour le CSSS, ce partenariat ne devait pas seulement mener à l'augmentation de la capacité d'accueil des stagiaires, mais il devait également répondre à d'autres besoins au sein de l'organisation.

*« Alors nous, on voulait avoir – on a été très clairs dès la première rencontre – on voulait effectivement que ça réponde aux besoins de nos professionnels et (...) on voulait aussi développer à l'université un programme pour répondre à nos propres besoins, entre autres de types de gestionnaires qu'on voulait former, de types de professionnels, etc. Alors on a mis ça sur la table, un petit peu de dire nous autres, c'est l'fun mais on ne*

*veut pas avoir... qu'ils [les stagiaires] viennent ici en stage, qu'ils s'en vont à telle place, telle place et que ce ne soit pas connecté avec où on s'en va... » (R5)*

Suite au partenariat mis en place en novembre 2007, l'UdeM a exploré les possibilités de formation continue pour le personnel-cadre et syndiqué du CSSS étudié en réponse aux besoins décrits par l'organisation. Par la suite, en juin 2008, un plan d'action sur divers volets pédagogiques a été élaboré. Ainsi, à l'été 2008, il y a eu identification des trois sites pilotes, ou encore des sites pionniers, qui devaient servir à expérimenter les stages de formation interprofessionnelle. Ceux-ci sont gériatrie, médecine et santé mentale jeunesse. Pour l'UdeM, il était important de s'assurer que les milieux de stage offraient des pratiques exemplaires en matière de collaboration interprofessionnelle et cela devenait également un enjeu pour le CSSS à l'étude.

*« Parce que si on reçoit des étudiants [au CSSS étudié], mais que nos équipes ne présentent pas de pratique collaborative alors que les sites pionniers sont vraiment ciblés pour vivre des expériences de pratique collaborative, on est un peu dans le trouble. » (R3)*

Pour répondre à ce besoin, un contrat de formation a été signé entre le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'UdeM et le CSSS étudié. Pour faciliter le développement des compétences de collaboration interprofessionnelle et l'utilisation d'outils et de méthodes de travail adaptés au sein des sites pionniers, le CPASS a appuyé la mise en place de trois communautés de pratique, c'est-à-dire une dans chacun des sites. Une communauté de pratique peut être définie comme étant un groupe de personnes, par exemple le personnel clinique, le patient-partenaire, le coordonnateur, etc., qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre des uns des autres. La force de cette activité est le travail interdisciplinaire centré sur la personne et ses proches qu'elle engendre en plus de l'approche réflexive qu'elle nécessite. En avril 2009, les rencontres entourant les communautés de pratique ont débuté au CSSS étudié, notamment en gériatrie, ce qui a permis de faire développer les aspects de la collaboration chez les professionnels. De plus, les communautés de pratique offraient un espace de réflexion entourant la collaboration interprofessionnelle et l'intégration du patient dans le processus de soins. Par ailleurs, ce sont certains membres de l'UCDG, mais aussi des professionnels provenant du secteur des soins à domicile ou encore de l'hébergement qui participaient à cette communauté de pratique. En effet, les communautés de pratique favorisent également le continuum de soins.

*« Les communautés de pratique, ça c'est avec encore le partenariat de l'UdeM, c'est-à-dire qu'on se disait que les communautés de pratique pouvaient être un beau champ d'apprentissage dans la pratique collaborative ... » (R3)*

*« Donc ça, ç'a été une offre d'accompagner le CSSS dans la création, l'implantation et le suivi de trois communautés de pratique. Après ça, on a dit on va aussi offrir la possibilité d'aller observer des réunions d'équipe parce qu'on a décidé aussi de ne pas se lancer tous azimuts sur la formation à la collaboration. (...) Donc c'est pour ça qu'on a offert dans le contrat d'aller observer des plans d'intervention, de donner du feedback et de donner de la formation aux équipes sur la façon dont ils donnaient les plans d'intervention. Et dans le contrat aussi, on offrait des heures de coaching pour n'importe quel thème sur la collaboration et ça nous a amenés aussi (...) à aller donner une session, un atelier de deux heures pour une équipe complète de soins aux personnes âgées en longue durée où on est revenus sur les concepts de la collaboration et ça a permis de faire un plan d'action de développement pour cette équipe sur la collaboration. » (R4)*

Ce partenariat a été la pierre d'assise de plusieurs projets et même de l'engouement du CSSS étudié en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation.

*« Cela a été l'élément qui a insufflé ça [l'engouement pour la collaboration interprofessionnelle], c'est le partenariat c'est-à-dire en 2007 il y a eu un partenariat... l'Université est arrivée en disant nous on forme nos étudiants vers la pratique collaborative, on aimerait donc ça que certains milieux puissent offrir des milieux de pratique exemplaires pour qu'ils puissent dire, bien, je l'apprends sur les bancs d'école comment je peux être dans l'action, dans le quotidien, comment je peux être interpellé là-dessus? » (R3)*

*« ... il y a eu aussi le partenariat avec l'UdeM, ça aussi, ça a donné un boom au niveau de l'intérêt de l'organisation. » (R2)*

Toujours à la suite de ce partenariat, deux journées d'échanges sur la collaboration interprofessionnelle ont eu lieu en mars 2008 et en avril 2009. Celles-ci réunissaient des participants de l'UdeM et du CSSS à l'étude. Ces journées ont également permis de stimuler l'intérêt des deux organisations pour le développement du projet de partenariat.

En somme, ce partenariat a eu plusieurs impacts, et ce, dans chacun des milieux. Dans le cas de l'UdeM et du CSSS étudié, l'apprentissage des deux organisations est bien décrit ci-

dessous :

*« Donc on voit qu'à chaque fois que l'UdeM on est intervenus au sein du CSSS, ça a fait faire des étapes au CSSS et eux de leur côté, le fait d'avoir expérimenté les communautés de pratique, ça nous a permis à nous les concepteurs de développer notre concept, de l'améliorer et de voir si on en reprenait d'autres, qu'est-ce qu'on ferait. Donc ça été un partenariat absolument gagnant-gagnant. » (R4)*

De plus, ce partenariat entre l'UdeM et le CSSS à l'étude est le fondement sur lequel plusieurs modalités de collaboration interprofessionnelle ont été mises en place au CSSS, notamment les PFI à l'UCDG. D'ailleurs, ce partenariat permet d'induire le contexte organisationnel qui a mené à l'implantation du PFI.

#### **4.6 Facteurs organisationnels décrivant le contexte du CSSS à l'étude et de son UCDG**

##### 4.6.1 Structure et antécédents pour l'innovation au CSSS étudié

La mise en œuvre du partenariat entre l'UdeM et le CSSS étudié démontre l'ouverture que possédait la direction générale du CSSS à ce moment. En effet, il semble que l'initiative et les nouveaux projets allaient de pair avec la philosophie de l'organisation.

*« Mais avec [le DG] c'était de l'initiative, c'est d'avoir des nouveaux projets. Ce que je remarque c'est qu'avec [ce DG], il y avait beaucoup plus de nouveaux projets qui étaient initiés et verbalisés et qui étaient présentés lors des réunions. » (R7)*

Comme le confiait un cadre administratif de haut niveau, il y avait également une philosophie de gestion ouverte au changement en lien avec la gestion des ressources humaines:

*« ... il faut toujours profiter des occasions, moi je me dis que tout changement est une opportunité dans ma tête, alors t'as un cadre qui s'en va à la retraite, bon, elle a fait son travail selon ce qui était demandé à l'époque et tout ça, mais t'as une opportunité peut-être d'avoir un gestionnaire qui voit ça plus large, qui voit les partenaires internes et externes d'une autre façon, donc qui va pousser sur son équipe. » (R5)*

De plus, l'autonomie des cadres intermédiaires et l'ouverture de la direction étaient perceptibles comme le démontrent les deux extraits suivants :

*« ... c'était plus « on y va et si c'est bon pour la clientèle, on ne coupera pas, mais on va augmenter les volumes. » Donc il y avait place à prendre notre place; d'amener nos nouvelles idées. » (R7)*

*« ... quand t'arrives dans un établissement qui a été géré par la direction, par un mode de gestion très hiérarchique, il faut que tu casses ce moule-là. Alors on [les cadres supérieurs] a cassé ce moule-là, (...) on était d'ailleurs les gens les plus au courant de tous les problèmes. Les gens nous parlent des problèmes. Ils n'ont pas peur de nous parler. » (R5)*

En juin 2009, après une vaste consultation auprès de différents groupes (gestionnaires, intervenants, syndicats, etc.), il y a eu adoption d'un nouveau plan d'organisation avec un nouvel organigramme qui consacrait entre autres la direction générale adjointe au développement organisationnel. De cette direction sont nés deux postes évocateurs en lien avec l'importance accordée à la collaboration interprofessionnelle au CSSS étudié. En effet, en novembre 2009, le poste de coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche (CDPIR) était mis en place. D'autre part, le poste de coordonnateur au développement de l'enseignement professionnel, qui assure notamment toute la logistique entourant les stages en collaboration interprofessionnels, a également été créé à ce moment. Néanmoins, il apparaît que la formalisation de la collaboration interprofessionnelle n'est pas présente à tous les niveaux dans l'organisation.

*«Je pense que les directions-conseils ont un rôle important à jouer au niveau de la collaboration. Les directions-conseil étant par exemple la DSI, le CMDP, les conseils multi, le conseil des infirmières et infirmiers. Je pense qu'on les entend très peu parler de collaboration. Et c'est ça qui est dommage parce que c'est eux qui travaillent au niveau par exemple des normes des pratiques professionnelles, la qualité de l'acte ou de l'exercice et tout ça. On les entend très peu parler de collaboration. » (R2)*

En mars 2010, le directeur général (DG) qui avait été à l'origine du partenariat a quitté son emploi et son intérim avait, selon plusieurs, un mandat davantage orienté vers les finances. Cette situation a occasionné une diminution de l'ouverture au changement et à l'innovation.

*« ... [le DG intérimaire] son mandat c'est de couper, couper, couper, bien c'est rien que ça qu'on entend parler. On n'arrive pas avec des nouvelles idées là. » (R7)*

*« Moi j'ai trouvé ça extrêmement difficile parce qu'on est passés d'une gestion où l'innovation était présente, le dynamisme, le challenge, les défis et tout ça faisaient partie du quotidien en tant que tel à une gestion plus centrée sur des résultats, efficacité... » (R2)*

Depuis janvier 2011, un nouveau DG est entré en poste, il est toutefois impossible au moment

de l'étude de connaître quelles seront ses orientations, notamment en lien avec l'ouverture au changement.

#### 4.6.2 Les ressources humaines à la direction et à l'UCDG du CSSS étudié

##### *4.6.2.1 La direction du CSSS étudié*

Comme il a été soulevé plus haut, la direction du CSSS à l'étude semblait généralement favorable à l'innovation au moment d'entériner le partenariat avec l'UdeM. L'intérêt de la direction du CSSS pour la collaboration interprofessionnelle et la mission universitaire était également visible.

*« ... on avait un DG qui croyait fort à ça. On avait un DG ici qui voulait aller chercher une mission de collaboration avec l'université. Et aussi qui avait une vision de dire comme on a une pénurie de ressources, on a une pénurie de main-d'œuvre, si on veut aller recruter des gens pour travailler avec nous, il faut être un milieu où c'est stimulant de travailler, où on a les meilleures pratiques, on va attirer des gens. » (R8)*

*« Il n'y a pas beaucoup d'établissements qui ont un poste dédié au développement de la pratique collaborative. Il faut chercher. On a fait un recensement, je pense qu'il y en a deux ou trois dans le Québec. C'est juste pour vous dire comment pour l'établissement il y a quelque chose d'important à mettre en place à ce niveau-là pour qu'on travaille mieux auprès de la clientèle. » (R3)*

*« Le DG était présent. Donc qui est plus ouvert aux étudiants, qui est plus ouvert aux stagiaires, qui est plus ouvert aux nouvelles stratégies. » (R7)*

De plus, au CSSS à l'étude, la plupart des acteurs qui occupent des postes de direction semblent être favorables à la collaboration interprofessionnelle.

*« ... je pense que l'adjointe au DG qui est là présentement y croit [à la collaboration interprofessionnelle]; la preuve, ils ont mis ça sous la DGA, la collaboration avec l'UdeM et elle y croit. Ça c'est aidant; c'est clair. Et je pense que nos directeurs programmes-services qui sont là y croient aussi présentement. » (R8)*

Néanmoins, cet appui pour la collaboration interprofessionnelle n'est pas unanime au sein des gestionnaires.

*« Mais les gestionnaires, je te dirais qu'il y en a quelques-uns qui ne sont pas nécessairement convaincus et qui par ailleurs, ils vont être vraiment un frein à la collaboration parce qu'ils ne sont pas très aidants. » (R2)*

Les extraits suivants démontrent bien l'influence que peut avoir un nouveau cadre en lien avec l'appui réservé aux projets entourant la collaboration interprofessionnelle.

*« Mais dès qu'il y a un nouvel acteur, que ce soit un nouveau DG, un nouveau directeur, bien il a une perspective, il y en a qui aiment avoir un gros territoire, il y en a qui aiment fermer leur territoire, c'est ça. Mais c'est sûr que les enjeux, c'est très très très politique. » (R5)*

*« Le DGA quittant, est-ce qu'il y a des orientations qui pourraient changer? Tout est possible comme tel. (...) Le DGA se trouverait ou déciderait de partir en retraite hâtive, bien moi je serais inquiet. Ça ferait comme oh ok on y croit tu? On avance tu? » (R3)*

#### 4.6.2.2 Un leadership fort

Lorsque le projet de développement de la collaboration interprofessionnelle a été mis en place au CSSS étudié, il a été soulevé à plusieurs reprises que le DG en place croyait fortement à ce projet, ce qui avait un effet d'entraînement.

*« ... le DG qui a insufflé tout ça, lui il le faisait tout seul quasiment, je peux jouer un rôle, mais lui, il disait pratique collaborative « come on » [claquement de doigts] etc., c'était dans son discours. » (R3)*

*« Je reviens toujours à dire écoutez, c'est d'avoir... on avait un DG très crédible là-dedans, on avait envie de le suivre. » (R5)*

Cela a été d'un grand appui dans la mise en place de toutes les activités entourant la collaboration interprofessionnelle. En effet, les personnes interviewées s'entendaient sur le fait que le DG était un très grand porteur de ce projet, ce qui permettait notamment de rallier les différentes directions de l'établissement.

*« [le DG] a été d'avant-garde et il a dit il faut aller vers ça, il faut s'en aller vers ça. Alors ce n'est pas parti de la base, c'est parti d'en haut et ça là-dessus on a été rencontrés par plusieurs... Alors à partir de ce moment-là il y a plusieurs établissements qui sont venus en disant comment ça se fait que vous êtes en avant et tout ça? Et ils sont ressortis en disant ok on comprend il y a une orientation du DG. Ils disent il faut que ça se passe. Alors c'est venu mettre en place, ça a été très très renforçant. » (R3)*

*« Bien moi j'ai toujours dit que tout part d'en haut, dépendamment qui est à la tête, et de son attitude et de ses valeurs, de ses croyances, le reste suit, veut, veut pas. » (R7)*

En effet, une organisation comme un CSSS est composée de plusieurs directions et les professionnels qu'il faut réunir pour effectuer un PFI par exemple, ne relèvent pas tous de la même direction. Cette situation complexifie grandement le processus de décision. Toutefois, le leadership de la direction générale a facilité en partie ce processus permettant d'amoindrir les complications qui peuvent découler de cette fragmentation de l'influence et de l'autorité. De plus, plusieurs initiatives des cadres à tous les niveaux ont également permis d'assurer le développement des projets en lien avec la collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, il était important pour la direction du CSSS étudié d'impliquer non seulement les cadres, mais également les leaders présents dans les milieux cliniques, et ce, dès le début des démarches en vue d'implanter des initiatives de collaboration interprofessionnelle.

*« ... bien nous autres autour de la table, c'était... il n'y avait pas beaucoup de directeurs. C'était les gens qui étaient... c'est des gens qui étaient porteurs dans leur secteur, on a essayé d'identifier les vrais acteurs. » (R5)*

De plus, au-delà des postes occupés dans l'organisation par les porteurs du projet, certains ont soulevé qu'il était nécessaire que ces porteurs possèdent aussi certaines caractéristiques personnelles comme la passion et l'intérêt pour la collaboration interprofessionnelle tout comme la crédibilité auprès de leurs confrères.

*« Pour le faire vivre, il faut que tu sois un exemple. Et ce qu'on ne réalise pas souvent, les gestionnaires vont souvent dire faites ce que je dis, mais pas nécessairement ce que je fais. Alors quand je dis identifier les bonnes personnes, il faut identifier les bons modèles. (...) Il faut s'entourer des gens qui ont de la passion pour ça. C'est clair; c'est ça le message et quelqu'un qui essaie comme je vous disais de créer ces postes-là juste parce qu'ils sont venus visiter et ils ont dit c'est merveilleux ce qu'ils ont fait à [l'hôpital du CSSS à l'étude], bien ils se tirent dans le pied, car ce n'est pas ça qu'il faut regarder en premier. » (R5)*

Par ailleurs, afin d'assurer la pérennité de l'orientation actuelle entourant la collaboration interprofessionnelle, tous s'entendaient pour dire qu'il fallait que le projet soit porté par plusieurs membres dans l'organisation.

*« L'autre chose aussi c'est que quand je disais tantôt l'aspect stratégique, c'est aussi d'avoir des poteaux. Je ne peux pas à moi tout seul incarner la pratique collaborative. » (R3)*

*« Mais le problème, c'est que si lui s'en va [le coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche], où sont les agents multiplicateurs de la collaboration? Est-ce que les communautés de pratique vont tomber? Est-ce que les sites pionniers vont tomber? Est-ce que les processus de PII et implantation, tout ça va tomber? Donc moi, c'est ça le danger que je vois. À mon avis, je pense que la volonté était là de nommer quelqu'un, maintenant il faut étendre cette volonté-là, comme une toile d'araignée pour que ça devienne quelque chose d'ancré chez les gens. » (R2)*

Maintenant que le rôle, l'intérêt et le leadership de la direction du CSSS en lien avec le développement de la collaboration interprofessionnelle ont été analysés, il s'avère maintenant opportun de tracer un portrait plus précis des ressources humaines travaillant à l'UCDG spécifiquement.

#### *4.6.2.3 Les ressources humaines à l'UCDG du CSSS étudié*

Le partenariat a permis à l'UCDG d'être exposée à plusieurs reprises à la collaboration interprofessionnelle. En effet, que ce soit par les communautés de pratique auxquelles ont participé certains membres de l'UCDG, les journées d'échanges sur la collaboration interprofessionnelle ou encore les journées de formation qui ont eu lieu, le concept de collaboration interprofessionnelle était présent au sein de l'UCDG. De plus, même avant le partenariat, l'UCDG était reconnue pour ses pratiques collaboratives en comparaison avec d'autres secteurs du CSSS.

*« ... de façon informelle, ils étaient vraiment en pratique collaborative. Je pense que c'était l'équipe qui était capable de dire le physiothérapeute fait telle affaire, moi je fais telle affaire et on essaie de travailler ensemble. C'est là où il y avait un gros pas d'avance sur d'autres secteurs. » (R3)*

*« ... ils sont habitués tellement sur le terrain, ils travaillent vraiment, vraiment en interdisciplinarité. (...), mais dans tout l'hôpital, je pense que l'unité de gériatrie c'est l'unité où il y a le plus de travail de collaboration interprofessionnelle. » (R8)*

La formation des stagiaires est également un élément qui fait partie de la routine à l'UCDG.

*« Je pense qu'ici on est habitués à avoir des stagiaires, que ce soit beaucoup en ergo, on en a souvent en ergo, on en a souvent comme pharmaciens, et les superviseurs savent leur donner la place qui leur revient, si c'est des 3<sup>e</sup> année versus ceux qui sont en 1<sup>e</sup> année. » (R7)*

Un stagiaire mentionnait également que les formations tout comme les « discussions de corridors » lui permettaient également d'être exposé à la collaboration interprofessionnelle lors de son passage à l'UCDG.

En effectuant les entrevues, l'interviewer remarquait que chacun des membres de l'équipe parlait des autres avec beaucoup de respect en plus de sembler très favorable au concept de la collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, ce qui importe aux membres de l'UCDG, c'est que la méthode de travail soit centrée sur la clientèle et apporte un bénéfice à l'équipe.

*« Dans les milieux que j'ai vu bien structurés, que ce soit en gériatrie, en santé mentale, en réadaptation c'est des milieux qui ont bâti toute leur structure pour favoriser des rencontres d'équipes parce qu'ils y croient et ça fait partie de la routine. » (R5)*

*« Bien moi je dis que c'est parce que ça fait longtemps qu'on travaille ensemble, tout le monde connaît les rôles de chacun, on se voit 5 jours/semaine, souvent on règle des choses dans un cadrage de porte, et on sait un petit peu le rôle et les fonctions de chacun, ce qui fait que tout le monde sait ce que l'autre a à faire, donc il adresse les bonnes requêtes aux bonnes personnes. Donc ce qui fait un respect mutuel de chacun. » (R7)*

Néanmoins, certains professionnels mentionnaient que ce ne sont pas tous les membres de l'équipe qui occupent le rôle qui leur reviennent lors des rencontres d'équipe. Par ailleurs, certains ont soulevé la personnalité des professionnels pour expliquer ce fait alors que d'autres mentionnaient que certaines professions sont moins reconnues que d'autres. Enfin, certains expliquaient ce constat en précisant que certains professionnels ne voient pas toujours leur rôle dans chacune des activités.

*« Par moments oui, mais j'essaie, j'essaie de dire « regardez telle ou telle chose », mais ce n'est pas toujours évident. Et c'est sûr aussi que des fois t'as des personnalités qui sont plus fortes que d'autres, donc une personnalité qui est forte va toujours – sans nécessairement le vouloir –, mais elle va prendre le dessus. » (R10)*

*« ... mais on ne considère pas nécessairement toujours l'importance que je peux avoir. Donc c'est à moi à dire bien là, moi je pense qu'il faudrait que je sois là, parce que souvent ça va se limiter à [d'autres professions]. » (R6)*

*« Ils sont toujours présents sur l'unité [les membres d'une profession en particulier], ils font la revue des dossiers, ils sont disponibles entre nous, mais ils ne sentent pas l'intérêt de s'impliquer je pense au niveau... ils ne voient pas vraiment leur rôle et leur place dans les réunions inter ce que je trouve très dommage. » (R1)*

En somme, d'une manière générale, l'UCDG apparaît être reconnue pour son intérêt et ses initiatives en matière de collaboration interprofessionnelle ainsi que pour la formation des stagiaires dans son unité. Afin de terminer ce portrait des ressources humaines à l'UCDG, les habiletés des individus à effectuer un PII seront abordées.

#### *4.6.2.4 Les habiletés des professionnels*

Tout d'abord, d'une manière générale, les professionnels à l'UCDG tout comme les cadres qui supervisaient la mise en œuvre du PFI ont acquis, suite à leurs expériences professionnelles, les habiletés nécessaires afin d'effectuer une collaboration interprofessionnelle efficace. Néanmoins, l'observation initiale d'une rencontre d'équipe à l'UCDG a permis de constater que les professionnels ne réalisaient pas un PII selon les règles de l'art et qu'une formation allait être nécessaire afin de tenter d'y parvenir.

*« Je trouve que là on avait des éléments de base d'une pratique collaborative, comme je vous disais... c'était juste qu'on ne l'avait pas formalisé et avec une bonne définition de ce qu'est un PII, parce qu'ils avaient l'impression de faire un PII eux, et ce n'était pas ça. » (R3)*

*« ... nous avons d'abord observé des réunions qui visaient à réaliser des PII, nous avons fait des constats sur le fait que ce n'était pas des PII complets, qui répondent à tous les critères de PII... » (R4)*

En somme, ce portrait du CSSS étudié en lien avec sa structure, ses antécédents pour l'innovation et ses ressources humaines termine la description du contexte organisationnel traduisant le développement de l'intérêt du CSSS pour la collaboration interprofessionnelle. Cet intérêt a notamment mené à la mise en œuvre du PFI. La prochaine section vise à

détailler les caractéristiques de ce PFI, mais également du PII, puisque ce dernier est l'intervention autour de laquelle s'articule le PFI.

#### **4.7 Caractéristique du programme mis en place**

##### 4.7.1 Compatibilité du PFI et du PII

Comme il a été mentionné précédemment, le CSSS étudié a développé au cours des dernières années un intérêt pour la collaboration interprofessionnelle notamment suite à son partenariat établi avec l'UdeM en 2007. De ce fait, le CSSS a décidé de mettre en place plusieurs initiatives reliées au développement de la collaboration interprofessionnelle comme les communautés de pratique en avril 2009, le poste de coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche en novembre 2009 et les deux journées d'échanges sur la collaboration interprofessionnelle entre l'UdeM et le CSSS étudié. L'introduction du PFI en novembre 2010 apparaissait, d'un point de vue organisationnel, cohérent avec les décisions qui avaient été prises précédemment dans le but de favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle au CSSS. De plus, le PFI correspondait à la vision de l'organisation en matière de formation des stagiaires.

*« ... alors on voulait créer un milieu d'appartenance pour les stagiaires, mais on voulait aussi que les stages répondent aux besoins de notre vision de notre main d'œuvre, comment on devrait travailler avec notre main d'œuvre. » (R5)*

Néanmoins, comme il a été soulevé plus haut, la compatibilité entre le PFI, ou tout autre projet en lien avec la collaboration interprofessionnelle, et les priorités de l'organisation est grandement reliée à la présence d'une direction qui croit en cette orientation.

*« Donc ça va dépendre beaucoup de la façon dont il va orienter ses troupes [le nouveau DG], parce que si la gestion par résultat prend toute l'ampleur de tout ça, bien la collaboration aussi devrait être un résultat. Mais ça dépend. Peut-être que ça ne sera pas dans ses priorités. J'en n'ai aucune idée. » (R2)*

En ce qui a trait à l'équipe clinique, mettre en place un PFI signifie de prime à bord réaliser un PII. Afin de parvenir à réaliser un PII, sa compatibilité avec les valeurs des professionnels a été soulevée à plusieurs reprises par les membres de l'équipe clinique.

*« ... ça prend que le professionnel, il faut que tu croies à ça au départ, il faut que tu sois convaincu que c'est quelque chose de bénéfique et non pas quelque chose qui te prend du temps et qu'au bout de la ligne n'arrive à rien. » (R1)*

Par le fait même, il semble que les avis des professionnels soient partagés à ce sujet. D'un côté, tous les professionnels interviewés croient que le PII est théoriquement un bon outil puisqu'il réfère au principe de la collaboration interprofessionnelle et qu'il est centré sur les besoins du patient.

*« J'y crois et je trouve que ça a des bénéfices [le PII] et c'est centré vraiment sur la clientèle et la philosophie c'est être centré sur les besoins de la clientèle. » (R7)*

D'un autre côté, d'un point de vue plus pratique, les opinions divergent. En effet, certains professionnels croient qu'un PII devrait être effectué sur tous les patients alors que d'autres professionnels pensent que ce ne sont que certains patients qui nécessitent un PII. De plus, certains professionnels croient que tous les membres de l'équipe doivent être présents au PII, car à leur avis chaque professionnel peut apporter son expertise à un cas complexe. Néanmoins, d'autres professionnels pensent que ce sont seulement les professionnels attirés au dossier du patient qui doivent être présents.

*« Bien je pense que le PII n'est pas complet, ça c'est clair parce que les pharmaciens ne sont pas là, les TS n'étaient pas là (...) même si tu n'es pas impliqué directement, je pense que chaque professionnel a quelque chose à... dans une équipe de gériatrie, a sa place. (...) alors je pense que chaque professionnel devrait être là, ce qui ne se fait pas nécessairement présentement. Ils vont prendre plus les professionnels qui sont impliqués dans le dossier et pour la problématique X qu'ils voient... » (R1)*

En ce qui concerne la compatibilité du PII avec les méthodes de travail des acteurs concernés, il apparaît que la gériatrie constitue un milieu généralement propice aux activités de collaboration interprofessionnelle. Par exemple, contrairement à certaines sphères de la médecine, certaines des personnes interviewées mentionnaient que les médecins présents en gériatrie sont beaucoup plus ouverts au travail en collaboration. Néanmoins, certains ont remis en question la compatibilité du PII avec la réalité de l'UCDG précisément. En effet, ces professionnels mentionnaient que le temps de séjour des patients, en moyenne 10-12 jours, est peut-être trop court pour apprécier l'utilisation des PII.

*« Ici, c'est quand même de courte durée, alors on est toujours comme un petit peu... On est un peu à la sauvette je dirais, (...) c'est court, les patients sont ici pas longtemps,*

*c'est comme si on était pressés et qu'il fallait évaluer vite vite, c'est une photo finalement du patient prise une journée qu'on va discuter en réunion. » (R10)*

*« ... les patients roulent, alors peut-être que de semaine en semaine on ne connaît pas assez le patient parce que ça roule beaucoup de ce temps-là, donc si on ne connaît pas assez le patient pour s'asseoir et dire vraiment on a couvert le patient de tous les professionnels pour vraiment bien cerner les objectifs et les problèmes du patient et tout ça... » (R1)*

Par ailleurs, la mise en œuvre du PII n'est pas un besoin partagé par tous les membres de l'équipe.

*« ... personne ne s'est approprié encore le PII, personne n'est encore convaincu... bien certaines personnes ne sont pas encore... l'équipe n'est pas convaincue qu'il faut fonctionner comme ça et que ça a un impact de fonctionner comme ça. » (R1)*

Enfin, en ce qui concerne le PFI spécifiquement, tous s'entendaient sur la pertinence de ce programme. Toutefois, certains professionnels doutaient de sa compatibilité avec le fonctionnement habituel des stages à l'UCDG. En effet, il convient de rappeler que le but du PFI est d'accueillir plusieurs étudiants de professions différentes au même moment lors d'une activité de PII. Toutefois, il est très rare que l'UCDG accueille plusieurs étudiants de professions différentes au même moment. Cet aspect entourant l'horaire de stage sera présenté plus bas.

#### 4.7.2 Le bénéfice perçu en lien avec le PFI pour l'organisation et l'UCDG

Les personnes interviewées ont soulevé à plusieurs reprises que le programme mis en place devait procurer un bénéfice aux acteurs concernés, et ce, tant au niveau organisationnel, que clinique. Par ailleurs, selon les professionnels, l'utilité du programme s'avère un critère très important si l'objectif est d'implanter celui-ci à long terme.

*« C'est sûr que le temps de tout le monde est très très étiré à son maximum, tout le monde en fait déjà beaucoup, alors c'est pour ça que je dis que je pense que pour aller récupérer tout le monde, il faut qu'on voit l'utilité de ça concrètement. » (R11)*

*« Je pense que les professionnels doivent voir une plus-value concrète de leur travail; un résultat; que ce ne soit pas quelque chose, par exemple le PII, oui, c'est un exemple, mais c'est un moyen, c'est un outil d'évaluation pour les professionnels, mais il faut qu'il y ait*

*une plus-value réelle à la fin de l'exercice. S'il n'y en a pas, bien je pense qu'avec forte raison on peut se décourager. Parce que pour certains professionnels, c'est plus facile de travailler tout seul que de travailler en équipe; ça va plus vite. » (R2)*

Du point de vue de l'organisation, le PFI semble permettre de répondre à ce besoin. En effet, l'amélioration des stages cliniques, notamment par le biais du PFI, peut permettre d'augmenter la rétention des stagiaires.

*« Donc souvent pour les stagiaires qui sont bien accueillis et des fois bien intégrés dans l'établissement, ils peuvent y rester. » (R5)*

De plus, la mise en place d'un PII est susceptible d'améliorer les compétences des professionnels en matière de collaboration interprofessionnelle.

Toutefois, chez les professionnels, l'utilité du PII ne fait pas l'unanimité. En effet, certains professionnels ne sont pas convaincus que le PII peut être bénéfique pour l'UCDG et plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. Tout d'abord, les professionnels mentionnaient que le PII n'avait peut-être pas été réalisé assez régulièrement, c'est-à-dire toutes les semaines, pour pouvoir observer les effets bénéfiques de cet outil. De ce fait, un professionnel faisait un parallèle avec les rencontres multidisciplinaires de l'équipe de l'UCDG qui ont lieu le mercredi depuis plusieurs années.

*« Au départ nous, ce qu'on se faisait comme rencontres, on le sait que ce n'est pas un PII qu'on fait le mercredi, mais pour nous c'est utile. C'est concret, c'est facile, on sait pourquoi on se rencontre (...) le PII jusqu'à maintenant, ça a oui, aidé des petites choses, mais pas fait des gros changements, alors... et on a probablement pas fait assez aussi pour voir l'utilité de ça. Alors si on ne voit pas l'impact de ce qu'on fait, tu dis bon, j'ai pris une demi-heure de mon temps et ça n'a rien fait... » (R11)*

Par ailleurs, contrairement à la rencontre de PII qui a lieu le jeudi et qui est souvent annulée pour ne pas ajouter une charge de travail supplémentaire aux professionnels lors des périodes très mouvementées à l'UCDG, la rencontre du mercredi qui sert notamment à planifier le congé des patients est très rarement annulée. Néanmoins, contrairement à la rencontre du PII le jeudi, les professionnels sont convaincus de l'utilité de la rencontre du mercredi. Par la suite, parmi les autres raisons qui peuvent expliquer pourquoi l'utilité du PII est remise en doute, certains professionnels mentionnaient que les critères qui permettent de choisir quels patients font l'objet d'un PII ne sont pas assez précis. Par le fait même, les professionnels ont l'impression que cet outil ne s'adresse à personne en particulier, ce qui diminue son utilité.

Ensuite, deux autres facteurs ont été mentionnés pour expliquer la remise en question de l'utilité du PII. Ces facteurs sont le rôle joué par les professionnels lors des PII et la présence aux activités de formation. D'une part, le rôle joué par les professionnels lors des PII réfère à l'implication de chacune des professions lors des PII. En effet, certaines professions se sentent moins impliquées dans les rencontres de PII et ces professionnels ont tendance à s'absenter plus souvent puisque non seulement ils doutent de l'utilité de leur présence, mais ils sont également débordés par leurs tâches habituelles. D'autre part, la présence aux activités de formation au PII semble avoir aidé à mieux comprendre l'utilité de cet outil. Par exemple, la plupart des professionnels qui n'ont pas assisté aux activités de formation font partie des professionnels doutant de l'utilité de leur présence.

*« Est-ce que c'est parce qu'elles ne connaissent pas assez l'utilité de ce document-là [document du PII], peut-être, parce qu'eux ne sont pas impliqués nécessairement dans les rencontres préparatoires de tout ça non plus. » (R11)*

En terminant, les professionnels qui sont également superviseurs de stage semblent mieux comprendre l'utilité de mettre en place un PII de façon formelle pour pouvoir ensuite bien former les stagiaires lors d'un PFI. Par ailleurs, la plupart du temps, ces superviseurs de stage ont participé à d'autres rencontres de formation à la collaboration interprofessionnelle avec l'UdeM. L'un des professionnels qui est superviseur de stage confiait ceci :

*« Mais ils [ceux qui ne sont pas superviseurs de stage] ne savent peut-être pas tout ce qui se passe à l'université et toute la formation qu'eux autres ont. Moi je le sais parce que je suis impliquée, et je participe à ces journées-là, alors je le sais tout le processus qu'eux autres font aussi (...) j'ai participé à celle où là t'avais un PII (...) Je suis plus ouverte à ça, j'ai compris le but de ça, je comprends et je suis convaincue que... mais malheureusement ce n'est pas toute l'équipe... » (R1)*

Enfin, en ce qui a trait au PFI lui-même, son bénéfice pour les stagiaires a été soulevé à plusieurs reprises.

*« Non, moi je pense que c'est sûr que le PII peut aider les stagiaires encore plus. C'est différent, c'est bien de voir les professionnels aussi, je pense que c'est quand même utile de voir comment les autres professionnels qu'est-ce qu'ils apportent et tout ça et leur discours, mais je pense aussi que d'avoir d'autres étudiants en même temps, après ça ils peuvent s'en reparler » (R11)*

*« ... alors ça permet quand même qu'ils voient les autres disciplines, mais c'est sûr qu'être en stage en même temps, je pense que c'est une plus-value pour l'étudiant. » (R7)*

#### 4.7.3 La complexité du PFI pour les professionnels de l'UCDG

Tout d'abord, la complexité associée à la réalisation du PFI semble être reliée à plusieurs éléments. Par exemple, la complexité reliée à l'implantation d'un PFI peut sembler accrue lorsque l'équipe de professionnels n'a pas l'habitude de réaliser un PII ou tout simplement de travailler en collaboration interprofessionnelle.

*« Moi je ne trouve pas ça compliqué (rire) parce que ça fait des années que je réfléchis à ça, mais ce qui est difficile pour les professionnels c'est de faire des objectifs, formuler dans la peau du patient et non pas eux comme professionnel. (...) Mais si je prends par exemple les équipes de cancer à qui on a demandé de travailler en interdisciplinarité dans les dernières années, ils n'avaient aucune habitude de ça et je pense qu'ils trouvent ça difficile de démarrer comme ça. Qu'est-ce qu'on prépare comme réunion d'équipe? Qu'est-ce qu'on apporte comme information? Qu'est-ce qui est pertinent? Comment on échange entre nous? Comment on se fait des objectifs? Comment on fait du suivi? Tout ça, c'est à apprendre pour eux et c'est plus difficile. » (R4)*

Du côté de l'UCDG, comme il a été mentionné précédemment, non seulement cette unité a l'habitude d'accueillir des stagiaires, mais elle travaille souvent en collaboration interprofessionnelle.

*« Bien pour moi c'est facile parce que j'ai l'équipe pour le faire. Si... dans un sens où je n'avais pas de stagiaires, où est-ce que j'aurais une équipe qui est fermée, qui ne s'ouvre pas aux autres, qui n'a pas le respect de l'expertise de l'autre, de la confiance, je pense que ça prend des éléments de base. (...) Et la raison pour laquelle ç'a été si facile ici, c'est parce qu'ils le faisaient d'une façon indirectement, il s'agit juste de recadrer pour que ça devienne plus un PII et non pas... » (R7)*

Par ailleurs, les professionnels mentionnaient que le document écrit qui devait être rempli lors du PII était plutôt simple. Néanmoins, comme il a été mentionné plus haut, c'est le manque de précision des critères de sélection des patients pour un PII qui rend l'amorce du PII plus complexe. Ces critères ont été établis par l'équipe de l'UCDG lors des rencontres préparatoires au PII. De plus, pour l'UCDG, cette impression de complexité semble également avoir été reliée au fait qu'il s'agissait d'un changement à implanter, c'est-à-dire

que dorénavant il fallait réserver un moment au cours de la semaine où les professionnels allaient se réunir pour faire un PII.

*« ... les gens voient ça gros le changement de transférer de la manière qu'on fonctionnait avant vers la nouvelle manière (...) Et c'est sûr que c'est plus long un PII que juste ce qu'on fait nous en réunion quand on parle du patient vite vite avec nos objectifs, alors... et réticents, c'est que c'est sûr, il y en a qui ne sont pas habitués à travailler avec des vrais PII, ils ne savent pas c'est quoi, alors ils voient ça gros quand finalement ce n'est pas si pire que ça. » (R1)*

#### 4.7.4 Une logistique importante autour de la réalisation du PFI

Comme le soulevait l'état des connaissances, plusieurs éléments définissent la logistique entourant la mise en place du PFI. Tout d'abord, en mettant en place un PFI, la formation et la préparation des acteurs semblent généralement l'un des enjeux à considérer.

*« Et je dirais qu'actuellement, partout au Canada, c'est l'enjeu majeur pour la formation à la collaboration interprofessionnelle, c'est de modifier les milieux cliniques et de préparer les cliniciens enseignants à recevoir les étudiants. (...) Alors la première étape dans l'implantation d'un programme de formation en milieu clinique, c'est de s'assurer que les professionnels enseignants ont toute la formation et ont modifié leur pratique pour être des modèles de rôle. Donc au [CSSS à l'étude], l'intervention de formation a d'abord et avant tout été de préparer les professionnels à cette pratique de PII. » (R4)*

Comme le démontre l'extrait précédent, la formation des acteurs a également été un enjeu à l'UCDG. Les étapes de la formation et les ressources investies en ce sens par le CSSS tout comme les obstacles à la formation seront détaillées plus loin. Toujours en lien avec la logistique entourant le personnel, la capacité de réunir tous les professionnels au même moment pour réaliser un PII est très limitée.

*« ... parce que c'est sûr que tout le monde a plein de choses, le monde font de l'externe, de l'hospitalisation, alors ça fait beaucoup d'horaires à gérer tout en même temps pour trouver un temps où tout le monde peut. » (R11)*

Par la suite, l'horaire de stage a été un élément de la logistique qui a été mentionné à plusieurs reprises. En effet, le but du PFI est d'accueillir plusieurs étudiants de professions différentes au même moment lors d'une activité de PII. Néanmoins, bien qu'il y ait plusieurs étudiants qui effectuent des stages en gériatrie au cours de l'année, il est très rare que ces

stages soient en même temps. De plus, la durée des stages qui diffèrent énormément d'une profession à l'autre ne facilite pas les moments de rencontre entre les étudiants.

*« Bien si on veut faire de la collaboration inter étudiants, il faut que leurs stages soient en même temps. Parce qu'on en a beaucoup d'étudiants à l'année longue, mais ils sont rarement en même temps. » (R11)*

De plus, ces étudiants ne sont pas tous du même niveau ce qui rend plus difficile la communication entre ces derniers. Par exemple, les étudiants de sciences infirmières qui effectuent un stage à l'UCDG sont habituellement en 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>e</sup> année alors que les étudiants en ergothérapie terminent leur maîtrise lors de leur passage à l'UCDG. Enfin, les gestionnaires doivent s'assurer que les étudiants en stage soient présents la journée même du PII. De ce fait, l'un des responsables administratifs effectuait le constat suivant :

*« Alors malgré qu'on voudrait qu'ils se voient, je pense qu'il y avait un apprentissage de part et d'autre [l'UdeM et le CSSS étudié] et il y avait de part et d'autre des devoirs pas faits... » (R5)*

De ce fait, plusieurs des personnes interviewées soulevaient la nécessité d'une meilleure coordination entre l'université et les milieux cliniques afin d'améliorer la logistique entourant les stages cliniques. Par ailleurs, afin d'augmenter les chances que des étudiants se côtoient, la question du nombre de stagiaires au CSSS étudié a également été soulevée. En effet, contrairement à certains grands centres hospitaliers de la région de Montréal, le CSSS étudié, dont son UCDG, n'accueille pas une grande quantité de stagiaires. L'aspect géographique fait également partie des éléments qui ont été soulevés en lien avec le nombre de stagiaires. En effet, l'hôpital du CSSS à l'étude est situé à environ 30 minutes de Montréal en automobile ce qui ne facilite pas l'accueil des stagiaires.

*« ... ce qui est le problème à [cette région géographique], et cela a été discuté à plusieurs reprises, c'est le transport. (...) ce n'est pas tous les étudiants qui ont une auto, ou sinon, ça veut dire aller résider là-bas pendant un stage et là on a parlé à plusieurs reprises, est-ce que le CSSS peut développer des familles d'accueil pour des étudiants, comme ça se fait en région d'ailleurs, et facilite le tout ou construisse même une résidence (...). Donc, le CSSS doit créer un milieu d'accueil facilitant pour ces étudiants s'ils veulent aller s'y inscrire. Alors ça, c'est un frein. C'est un frein très organisationnel, très terrain.... » (R4)*

En terminant, un dernier aspect en lien avec la logistique d'une initiative de collaboration

interprofessionnelle comme un PFI qui a été mentionné est le manque de données probantes à l'égard de ce type de pratique. Comme il a été soulevé auparavant, un CSSS est un milieu qui doit répondre à des exigences de performance. Ainsi, le manque de données probantes relativement à l'efficacité des pratiques collaboratives peut être problématique lorsque l'organisation désire justifier les ressources investies pour développer ce type de pratique.

*« Alors je pense qu'il y a les secteurs et le contexte du réseau où on est en situation de performance, performance, performance. On n'a pas encore gagné assez de terrain pour dire en pratiquant la pratique collaborative on a un gain sur la performance. On n'est pas capables de faire des preuves de ça. On commence à peine à les mettre en place. »*  
(R3)

*« Le manque de données probantes parce que nos gestionnaires disent, mais sur quoi vous appuyez-vous pour vouloir créer de telles approches. Donc l'importance de la recherche évaluative dans le domaine des pratiques collaboratives et des modes de formation. »* (R4)

En résumé, la logistique entourant le PFI regroupe plusieurs facteurs qui permettent de mieux comprendre les caractéristiques du programme mis en place au CSSS étudié. Maintenant que les caractéristiques du PFI ont été décrites, il s'avère opportun d'expliquer de quelle façon le CSSS a appuyé la mise en œuvre de cette initiative spécifiquement.

#### **4.8 Préparation pour l'implantation du PFI**

Suite au partenariat entre l'UdeM et le CSSS étudié, il avait été entendu que le CSSS allait mettre en place des activités de formation interprofessionnelle, notamment le PFI qui a été décrit précédemment. C'est environ en mars 2010 qu'il a été décidé que le PFI serait implanté à l'UCDG puisque c'était l'unité qui semblait la plus avancée dans la mise en œuvre des pratiques collaboratives. Afin de pouvoir arriver à cette conclusion, une évaluation des trois sites pionnier a été effectuée. Le constat se résumait au fait que même si la gériatrie semblait plus avancée dans la mise en œuvre des pratiques collaboratives, il y avait un grand besoin de formation afin de pouvoir effectuer toutes les étapes d'un PII. En effet, comme il a été mentionné précédemment, en tant que site pionnier visant la formation des stagiaires aux pratiques collaboratives, ces dernières devaient être exemplaires dans le milieu. Ainsi, une formation de l'équipe de gériatrie pour la réalisation d'un PII complet a eu lieu en juin 2010. Néanmoins, les besoins en formation des professionnels au PII semblent avoir été sous-

estimés en lien avec la mise en œuvre du PFI.

*« Je pense que cela a été un élément peut-être qu'avait été mal évaluée l'importance de passer ces étapes-là [de formation] avant de recevoir des étudiants. » (R4)*

L'évaluation et la formation précédentes illustrent d'une certaine façon plusieurs des ressources qui ont donc été accordées pour assurer l'implantation du PFI, que ce soit les ressources humaines ou bien financières. D'une part, comme il a été mentionné dans la section logistique, mettre en place un PFI nécessite en grande partie la libération des professionnels afin que ces derniers puissent participer aux activités de formation ou encore au PII eux-mêmes. Le soutien des administrateurs et leur capacité d'adaptation ont été des prémisses afin de permettre cette étape, spécialement dans un contexte marqué par les ressources financières restreintes et les impondérables qui peuvent bouleversés la routine de l'équipe à l'UCDG.

*« ... quoiqu'à chaque fois qu'on veut faire une formation, il faut aller vers des temps de libération et il faut favoriser les horaires (...) bien c'est sûr qu'avoir eu des sous dédiés à la libération du personnel, bien là on est en coupure budgétaire. Alors ce qu'on fait, c'est plus à moi de m'ajuster à la réalité. Donc c'est plus moi qui m'ajuste à la démarche que de dire bien là il manque des sous, on ne peut pas les libérer alors là on ne le fera pas. On va le faire, mais je vais le faire de façon différente, je ne donnerai pas une formation de deux heures, je vais faire une capsule de 30 minutes au poste des infirmiers. (...) Je pense là où ç'a été facilitant c'est que pour la notion du PFI, ç'a été l'aspect, écoute on va suivre votre rythme, on va vous donner le soutien, on va être proche de vous autres, on était plus dans le suivre le rythme de l'équipe. » (R3)*

D'autre part, l'extrait qui suit résume bien ce qui se rapporte aux ressources financières qui ont été dédiées :

*« Vous savez, si vous me demandiez formellement combien on a investi d'argent à part le poste que vous voyez [le poste de coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche] et peut-être du support administratif, il n'y a pas d'argent là. Les argents sont répercutés dans le fond dans les secteurs de provenance des gens. (...) Mais je pense que ce n'est pas ça, parce qu'à partir du moment où les gens y croient un peu (...) c'est ça qui est important. C'est d'avoir des porteurs cliniques. » (R5)*

Toutefois, il importe de mentionner que des ressources financières ont néanmoins été

investies par le CSSS en lien avec la formation du personnel à la collaboration interprofessionnelle de façon générale, ce qui concerne notamment l'implantation du PFI à l'UCDG. En effet, comme il a été souligné plus haut dans la section entourant le partenariat, une entente a été conclue entre le CSSS étudié et le CPASS de l'UdeM. D'une valeur d'environ 55 000 \$, ce contrat comprenait entre autres la mise en place de communautés de pratiques avec la formation et soutien-coaching des membres, la disponibilité des modules de formation en ligne sur la collaboration, l'observation et la rétroaction de l'équipe de l'UCDG lorsqu'elles faisaient des PII ainsi qu'un atelier de formation sur l'utilisation du PII. Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources pour mettre en place non seulement le PFI, mais également d'une manière plus générale le projet de développement entourant la collaboration interprofessionnelle au CSSS, les cadres supérieurs devaient faire preuve d'imagination et de stratégie puisque les ressources financières sont très limitées.

*« Le plus difficile, c'est de le faire sans le dire, sans l'officialiser. (...) et tranquillement, il faut trouver des moyens de venir supporter et d'ajouter du temps là (...) je n'ai pas des argents plus que les autres, mais je suis capable de faire des choix peut-être plus stratégiques avec mes économies. (...) Alors je soutiens ça [le projet de collaboration interprofessionnelle], alors ça ne paraît pas nulle part, mais j'ai ajouté des jours là, j'ai finalement réussi à trouver une secrétaire quelque part et je l'ai déplacée là tranquillement dans le plan d'organisation. Moi comme je vous dis, avec le contexte, je ne pouvais pas arriver (...) avec un projet, je ne sais pas, de 250 000\$ incluant... bien écoute, qu'est-ce qui se passe, on perd le projet et on perd de l'argent. Moi j'essaie de m'arranger qu'on ne parle pas d'argent jamais, alors le positionner où on l'a positionné [le projet de collaboration interprofessionnelle], c'était volontaire et on n'a pas volé personne, entre guillemets, on a redéployé. » (R5)*

Par la suite, bien que certaines ressources financières et humaines aient été consacrées à l'implantation du PFI, un enjeu persiste autour de l'approbation des personnes impliquées dans le projet à participer à ce dernier. En effet, dès le départ, il y a eu une certaine résistance de la part du personnel de l'UCDG qui considérait que l'implantation d'un PII constituait en quelque sorte une remise en question de la qualité de ce que les professionnels faisaient avant. De plus, pour l'équipe de professionnels, le projet de PII a semblé d'une certaine façon imposé. Enfin, certains professionnels ne voyaient pas l'importance d'instaurer un PFI visant à accueillir plusieurs étudiants en stage au même moment puisque l'UCDG n'accueille pratiquement jamais des étudiants de différentes professions en même temps. Ces

appréhensions de la part du personnel de l'UCDG ont amené les cadres à s'adapter. En effet, plusieurs efforts ont été consentis par les administrateurs afin de faire mieux accepter le projet : création d'un formulaire de PII simple à remplir en collaboration avec l'équipe de professionnels, réalisation de rencontres de PII rapides et centrées sur la tâche, délais dans les rencontres de formation lorsque le moment n'était pas jugé opportun, etc.

En somme, plusieurs efforts ont été consentis par les administrateurs dans le but d'appuyer la mise en œuvre du PFI spécifiquement. La prochaine section vise à détailler certains facteurs qui ont émergé durant l'analyse des données et qui peuvent également expliquer la mise en œuvre du PFI. Ces facteurs sont la présence d'impondérables et la compétition des ressources.

#### **4.9 Les impondérables et la compétition des ressources**

D'une part, un élément qui a ralenti la mise en œuvre du PFI à l'UCDG est la présence de nombreux impondérables. En effet, comme le démontre le tableau III (p.41), plusieurs événements pouvant bouleverser les habitudes de travail sont survenus au CSSS étudié et au sein de son UCDG. Le changement de DG en mars 2010 et en janvier 2011, l'entrée en fonction d'une nouvelle chef d'unité à l'UCDG à l'été 2010, l'ajout de lits à plusieurs reprises durant une courte période de temps et l'épidémie de gastro-entérite à l'UCDG représentent quelques exemples. Certains de ces événements ont retardé des formations ou encore mené à l'annulation de PII.

*« ... j'ai pas donné la formation. J'ai dit regardez moi si je vous donne la formation sur le PII, combien de notions vous allez retenir? Et comment vous allez être à l'écoute? Tout le monde m'ont, franchement là, on ne sera pas à l'écoute parce qu'on est préoccupés par qu'est-ce qui va arriver avec madame Tremblay à qui on va jumeler et tripler une autre personne et tout ça. Alors j'ai dit on va arrêter, on ne le fera pas. On va le faire dans un contexte un peu plus optimal ... » (R3)*

*« Bien moi je pense qu'il y a eu le contexte de la pandémie. Il y a eu le contexte de l'arrivée d'un nouveau chef qui devait s'investir à connaître l'équipe, le départ du DG, la nomination... c'est tout ça. C'est vraiment ça [qui a retardé l'implantation du PFI]. » (R8)*

D'autre part, un autre élément qui explique le degré de mise en œuvre du PFI est la compétition parmi les ressources, spécialement les ressources humaines. En effet, un cadre

administratif confiait que l'une des grandes différences entre le milieu universitaire et le milieu clinique relativement à la mise en œuvre d'activités de collaboration interprofessionnelle constitue la notion de temps.

*« Le temps. Je pense que c'est... lorsqu'on réunit nos étudiants et tout ça, on a tout un après-midi et on fait vivre des activités. Alors eux ont l'impression qu'un trois heures, et c'est bien investi et tout ça. Ici [au CSSS] c'est à l'intérieur de 15-20 minutes. Ok, c'est vitesse grand V ici. Donc si tu ne t'ajustes pas à ça, t'es foul ball. » (R3)*

Les propos d'un professeur de l'UdeM responsable de la formation interprofessionnelle au CSSS à l'étude vont également dans le même sens.

*« Bien, les difficultés qu'on rencontre, c'est la capacité de libérer nos professionnels qui sont en clinique et de réussir à passer du temps avec eux. Je pense que c'est ça notre frein majeur, c'est ça. Et à ce moment-là, il faut donc aller à l'essentiel dans la formation et il faut que ce soit très très appliqué et concret. »*

D'ailleurs, comme il a été mentionné plus haut, ce ne sont pas tous les professionnels de l'UCDG qui ont été formés en lien avec la réalisation du PII. Pour certains, cela s'explique par le fait qu'ils ne pouvaient pas se libérer. La difficulté de libérer le personnel, que ce soit pour les formations ou les activités de collaboration comme les PII, provient notamment des exigences cliniques des professionnels, c'est-à-dire la nécessité de voir des patients et d'être performant.

*« Il y a toujours la question du beau principe je dirais, versus il faut être efficace ou il faut que les patients sortent, on est dans un milieu quand même de courte durée, alors on a toujours en arrière...la pression, toujours toujours toujours. » (R10)*

#### **4.10 Lien entre le degré d'implantation du PFI et son contexte**

En terminant, il convient de mieux définir le lien qui unit le degré d'implantation du PFI, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme. En effet, plusieurs des éléments qui ont été présentés précédemment permettent de mieux comprendre comment les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme influencent la mise en œuvre du PFI. Néanmoins, l'influence de la mise en œuvre du PFI sur les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme mérite aussi d'être approfondie. Par exemple, plusieurs professionnels mentionnaient qu'un suivi plus systématique des interventions en lien avec le

PII pourrait permettre d'augmenter la perception d'utilité de cet outil puisque ses effets seraient mieux connus.

*« Et avec le PII (...) jusqu'à maintenant, ça a oui, aidé des petites choses, mais pas fait des gros changements, alors... et on a probablement pas fait assez aussi pour voir l'utilité de ça. (...) de suivi du PII aussi et voir qu'est-ce que ç'a apporté de faire le PII. » (R11)*

*« C'est sûr que quand on est assis autour de la table, les gens ne trouvent pas ça utile, mais c'est sûr que si on arrive avec des bons résultats après, c'est sûr que ça va l'être utile. Mais... tant qu'on n'a pas de bon coup, tant qu'on n'a pas de réussite, ça va toujours être négatif. » (R6)*

De plus, selon deux autres professionnels, le fait que les PII ne sont pas faits toutes les semaines, cela ne permet pas de l'intégrer aux méthodes de travail des professionnels à l'UCDG.

*« ... ç'a été implanté oui, mais un peu... des fois oui, des fois non, des fois une semaine, des fois pas de semaine, on va attendre d'avoir un patient cible parfait. Je ne pense pas que c'est comme ça qu'on va l'intégrer au quotidien. » (R1)*

*« Bien idéalement, si on veut qu'on développe une routine et que tout le monde embarque, il faut que ce soit régulier. » (R8)*

Enfin, la mise en œuvre du PFI peut également permettre aux professionnels de mieux connaître le rôle de chacun.

*« ... justement, je me dis en faisant des PII c'est comme ça que je vais finir par valoriser mon rôle et tout ça. » (R6)*

Bref, l'analyse du lien qui unit le degré d'implantation du PFI, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme permet de mieux comprendre l'influence du degré d'implantation du PFI sur le milieu dans lequel il est mis en œuvre ainsi que sur les caractéristiques du programme également.

#### **4.11 Conclusion du chapitre**

En conclusion, l'implantation du PFI est toujours en évolution comme le traduit la validité de contenu entourant la présence des différentes composantes définissant la mise en œuvre du PFI qui est de moyenne à élevée et l'intensité des différentes composantes qui est généralement faible. Les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent l'implantation du PFI en milieu clinique et il existe des interrelations entre ces différents facteurs.

L'analyse des facteurs systémiques permet d'identifier différents éléments pouvant influencer la collaboration interprofessionnelle et l'implantation de PFI au sein d'un milieu clinique comme le CSSS à l'étude. De plus, afin de mieux répondre aux besoins croissants en matière de collaboration interprofessionnelle, la nécessité de renforcer le lien unissant le système de formation et le milieu clinique a été mise en évidence et s'est traduite par un partenariat entre le CSSS étudié et l'UdeM. Ce partenariat a suscité le développement de l'intérêt du CSSS en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation, ce qui a notamment mené le CSSS à soutenir l'implantation d'un PFI. En effet, par le biais d'un leadership fort en faveur de la mise en œuvre d'initiatives de collaboration interprofessionnelle, d'un milieu administratif et clinique propice aux pratiques collaboratives et d'un soutien administratif notable, le PFI a pu être mis en place.

Bien que plusieurs efforts aient été consentis afin d'implanter le PFI, il s'agit d'un projet en évolution. Les caractéristiques du PFI mis en place, tout comme les facteurs organisationnels avec lesquels ils interagissent, ont également une influence sur le degré d'implantation du PFI. En effet, un déficit de compatibilité entre le programme et les acteurs concernés, un manque de certitude en lien avec l'utilité du PFI, une certaine complexité attribuée au programme et une logistique considérable entourant la réalisation du PFI peuvent tous expliquer que l'intensité des différentes composantes de la mise en œuvre du PFI soit généralement faible. Certains facteurs qui ont émergé durant l'analyse des données, c'est-à-dire la présence d'impondérables et la compétition des ressources, permettent également de mieux comprendre la mise en œuvre du PFI. Enfin, le degré d'implantation du PFI influence à son tour l'organisation dans laquelle il est implanté ainsi que les caractéristiques du programme lui-même. Cette étude permet notamment de mettre en évidence les interrelations entre les différents facteurs expliquant la mise en œuvre d'un PFI au sein d'un CSSS.

## **Chapitre 5 : Discussion**

Les données recueillies permettent de constater que plusieurs efforts ont été consentis par le CSSS étudié afin de mettre en œuvre le PFI mais que cette implantation est toujours en évolution comme le traduit la faible intensité de la mise œuvre des différentes composantes. Par ailleurs, le modèle conceptuel initial peut aider à comprendre comment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent l'implantation d'un PFI au sein d'une organisation de santé. Cette étude permet de préciser et de mieux comprendre les interrelations entre ces différents facteurs expliquant la mise en œuvre d'un PFI. De plus, la mise en place d'un PFI selon le principe du modèle de rôle («role modeling») nécessite que les professionnels travaillent eux aussi en collaboration interprofessionnelle. De ce fait, la présente étude met d'ailleurs en évidence qu'une analyse des facteurs influençant la mise œuvre d'un PFI pour les étudiants universitaires en santé au sein d'une organisation comme un CSSS doit également s'attarder aux effets de ces facteurs sur la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans ce milieu.

Au cours de la discussion qui suit, un retour sur le modèle conceptuel (figure 1) présenté au chapitre 3 sera d'abord effectué afin de vérifier dans quelle mesure ce dernier explique le degré de mise en œuvre du PFI au CSSS étudié. Ensuite, l'enjeu entourant les interrelations entre les différents facteurs pouvant expliquer la mise en œuvre du PFI sera discuté. Enfin, après avoir présenté le modèle conceptuel modifié décrivant l'analyse d'implantation du PFI au CSSS étudié, plusieurs recommandations permettant de favoriser la mise en œuvre des PFI au sein de milieux clinique comme les CSSS seront suggérées.

## **5.1 Retour sur le modèle conceptuel initial**

### 5.1.1 Facteurs systémiques

#### *5.1.1.1 Le rôle du système professionnel et des changements de politiques, de normes et de valeurs sur la collaboration interprofessionnelle et sa formation*

Il a été décrit précédemment que les facteurs systémiques pouvaient influencer l'implantation d'une innovation comme un PFI (Greenhalgh *et al.* 2004; Santé Canada 2004). Notre étude démontre également l'influence des facteurs systémiques sur la collaboration interprofessionnelle et sa formation au sein d'un milieu clinique tel que le CSSS étudié. Par exemple, en ce qui a trait au système professionnel, les résultats démontrent que les intérêts défendus par chacune des professions, les règlements qui régissent les professions et le rôle joué par les ordres professionnels peuvent tous être des barrières à la collaboration interprofessionnelle. D'autres ouvrages tirent également les mêmes conclusions (Gilbert 2004; Lahey et Currie 2004; Santé Canada 2004). Nos résultats permettent toutefois de spécifier que ces barrières à la collaboration interprofessionnelle semblent diminuées.

De plus, les résultats de la recherche expliquent comment les changements de politiques, de normes, de valeurs contribuent à modifier le contexte entourant la collaboration interprofessionnelle et sa formation. Par exemple, certaines lois comme la Loi 90 ou la Loi 21 ont favorisé la collaboration interprofessionnelle dans le milieu clinique en redéfinissant les champs de pratique. Néanmoins, d'autres lois, comme la Loi 100 (2010) qui prévoit notamment la réduction de 25% des budgets de formation, ont eu l'effet inverse. De plus, les subventions octroyées pour la recherche et le développement des outils de formation à la collaboration interprofessionnelle semblent insuffisantes en ce moment bien que l'importance d'un financement destiné à appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PFI ait été soulevée depuis plusieurs années (Gilbert 2004; Curran, Deacon et Fleet 2005; Reeves, Goldman et Oandasan 2007; CIHC 2008). Par ailleurs, notre étude soulève la volonté gouvernementale accrue de mettre en place les pratiques collaboratives dans son réseau de la santé. Néanmoins, l'insuffisance persistante des fonds de recherche et de développement octroyés par le gouvernement en matière de collaboration interprofessionnelle peut paraître contradictoire avec cette volonté exprimée par le gouvernement. De ce fait, une plus grande adéquation des fonds de recherche et de développement octroyés par les différents paliers gouvernementaux en matière de formation à la collaboration interprofessionnelle serait souhaitable en vertu des exigences de mise en œuvre dans ce domaine.

D'autre part, les résultats de l'étude illustrent aussi de quelle façon les pressions pour une plus grande performance résultant de la réforme de la Loi sur l'administration publique du Québec de 2000 (Proulx et Brière 2005) peuvent marquer les activités d'une organisation de santé comme un CSSS. En effet, tel que mentionné précédemment, la recherche de performance par les CSSS peut parfois favoriser le développement des pratiques collaboratives lorsque certaines normes à respecter stipulent clairement qu'une démarche interdisciplinaire doit être utilisée par l'organisation. Par ailleurs, au Québec, les changements apportés à la loi québécoise sur le vérificateur général témoignent de l'élargissement de la notion de reddition de comptes (Sicotte 2006). Ainsi, il a été ajouté au mandat du vérificateur général la notion de vérification de l'optimisation des ressources qui a pour objet l'examen de l'emploi des ressources sous l'angle de l'économie, de l'efficacité et de l'efficacités (Beauregard et Dumas 2004). De ce fait, notre étude rappelle également que le manque de données probantes relativement à l'efficacité des pratiques collaboratives peut être problématique lorsque l'organisation désire justifier les ressources investies pour développer ce type de pratique.

Par la suite, la complexité des soins et la pénurie de personnel sont des éléments qui ont été soulevés relativement aux normes pouvant influencer une organisation de santé. En effet, la complexité des soins et la pénurie de personnel accroissent les besoins de performance au sein du système de soins de santé et peuvent avoir facilité la mise en place de la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de travail du CSSS à l'étude. L'augmentation des pratiques collaboratives en réponse à la complexité des soins et à la pénurie de personnel constituait d'ailleurs l'une des recommandations du Commissaire à la santé et bien-être du Québec en 2009 (Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être 2009). Ensuite, faire partie d'un réseau comme celui des CSSS au Québec a également eu une influence pour le CSSS étudié. En effet, c'est notamment en voulant identifier les meilleures pratiques que le CSSS a décidé de mettre en place des projets de collaboration interprofessionnelle et de PFI. Cette possible influence qui peut exister entre les organisations similaires rejoint les propos de Greenhalgh *et al.* (2004) à ce sujet. Notre étude permet toutefois de préciser que pour le CSSS à l'étude, il demeurerait important de s'inspirer des projets réalisés ailleurs, mais également d'être novateur.

Enfin, tout comme Oandasan *et al.* (2004) l'estimaient, les changements en faveur de la collaboration interprofessionnelle au sein des organisations de santé sont également motivés par un changement des valeurs en santé. Effectivement, il semble y avoir une demande

accrue pour une offre de soins centrée sur les besoins de la population et le patient paraît être au centre des priorités.

#### *5.1.1.2 Les interactions entourant le système de formation*

L'influence du système de formation relativement à l'implantation d'initiatives de formation interprofessionnelle a été décrite auparavant dans la littérature (Oandasan *et al.* 2004; Santé Canada 2004). Les données recueillies corroborent aussi cet aspect. En effet, les étudiants des différents programmes de la santé sont davantage formés en lien avec la collaboration interprofessionnelle à l'université elle-même. Cette situation incite le milieu clinique où les étudiants vont en stage à développer ses pratiques interprofessionnelles afin d'être mieux préparé à accueillir les étudiants. Notre étude permet d'ailleurs de préciser davantage les interactions entourant le système de formation.

D'une part, les facteurs systémiques décrits précédemment ont forcé les milieux de formation à s'adapter afin que leurs programmes de formation préparent les futurs professionnels de la santé à travailler en collaboration. De plus, cette influence, bien que moins importante, s'exprime également dans le sens inverse. Par exemple, certains acteurs du système de formation tentent de faire pression auprès des instances gouvernementales afin de favoriser les subventions reliées au développement de la collaboration interprofessionnelle et sa formation. D'autre part, afin de répondre aux besoins croissants en matière de collaboration interprofessionnelle, la nécessité de renforcer le lien unissant le système de formation et le milieu clinique a été mise en évidence par notre étude. L'interdépendance entre la formation interprofessionnelle reçue par les étudiants dans le milieu académique et la pratique en collaboration dans le milieu professionnel avait d'ailleurs été suggérée par le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient proposé par D'Amour et Oandasan (2004). En effet, non seulement le milieu clinique doit être mieux préparé pour accueillir les étudiants des milieux de formation en stage, mais le milieu de formation doit également s'assurer de refléter la réalité des professionnels en pratique afin de préparer les futurs professionnels au travail interprofessionnel. Dans le cadre de la présente étude, la pertinence d'une alliance stratégique entre le milieu de formation et le milieu clinique s'est traduite par le partenariat entre l'UdeM et le CSSS étudié. D'ailleurs, le partenariat entre ces deux organisations a eu plusieurs impacts, et ce, dans chacun des milieux. En effet, ce partenariat constitue non seulement le fondement sur lequel plusieurs modalités de collaboration interprofessionnelle dont les PFI ont été mises en place au CSSS, mais il a également servi d'apprentissage pour les deux organisations.

### 5.1.2 Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels entourant l'implantation du PFI nécessitent une attention particulière lors de l'implantation de ce dernier (Greenhalgh *et al.* 2004; Santé Canada 2004). Tout d'abord, au moment de son partenariat avec l'UdeM, le contexte organisationnel au CSSS étudié semblait favorable au développement de la collaboration interprofessionnelle, mais également à l'innovation en général. En effet, la direction du CSSS démontrait de l'ouverture pour les nouveaux projets et semblait avoir l'habitude d'introduire de nouvelles idées. De plus, l'autonomie des cadres intermédiaires traduisait une structure organisationnelle décentralisée du CSSS étudié. Par le fait même, cette ouverture pour l'innovation ainsi que la structure décentralisée de l'organisation peuvent avoir facilité la mise en œuvre d'un nouveau projet comme celui relié au développement des pratiques collaboratives dans ce milieu (Greenhalgh *et al.* 2004).

D'autres facteurs organisationnels peuvent également expliquer le développement de la collaboration interprofessionnelle et l'implantation du PFI au CSSS à l'étude. Par exemple, la littérature sur les services de santé fait remarquer que les normes, les valeurs et les méthodes de travail de l'organisation peuvent être directement impliquées dans l'adoption d'une innovation (Ferlie et Shortell 2001; Denis *et al.* 2002). Les résultats de notre étude corroborent cette affirmation. En effet, les données démontrent comment l'intérêt de la direction du CSSS étudié pour la collaboration interprofessionnelle et la mission universitaire a facilité le développement des pratiques collaboratives dans l'organisation. Par ailleurs, cet appui réservé aux projets entourant la collaboration interprofessionnelle n'est pas à l'abri de tout changement. En effet, l'étude permet de comprendre que l'entrée en fonction d'un nouveau cadre pourrait modifier l'intérêt de l'organisation en lien avec la collaboration interprofessionnelle. Cet aspect sera abordé à la fin de la prochaine section.

#### *5.1.2.1 L'importance entourant la formalisation de la collaboration interprofessionnelle et la présence d'un leadership collectif fort*

En 2009, une certaine formalisation de la collaboration interprofessionnelle s'est accentuée au CSSS étudié avec la création de deux postes qui évoquent l'importance accordée à la collaboration interprofessionnelle pour cette organisation. Il s'agit du poste de coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche ainsi que du poste de coordonnateur au développement de l'enseignement professionnel. Tout comme un autre ouvrage le mentionnait (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002), cette formalisation de la collaboration interprofessionnelle peut aider à diminuer la tendance des professionnels à

travailler indépendamment et ainsi favoriser les pratiques collaboratives. Toutefois, une accentuation de la formalisation entourant la collaboration interprofessionnelle au CSSS étudié serait souhaitable pour assurer le développement et la pérennité des projets de collaboration interprofessionnelle. En effet, lors de la réalisation des entrevues, il a été mis en lumière qu'une plus grande formalisation de la collaboration interprofessionnelle auprès des structures de gestion administratives et cliniques de l'organisation (Conseil multidisciplinaire, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil des infirmières et infirmiers, mission et buts de l'organisation, etc.) pourrait permettre d'officialiser davantage la collaboration interprofessionnelle au sein de l'établissement. De plus, le positionnement stratégique accordé à la collaboration interprofessionnelle pourrait permettre d'assurer le développement d'initiatives reliées aux pratiques collaboratives au sein de l'organisation, et ce, à court et long terme. D'ailleurs, Ginsburg et Tregunno (2005) suggéraient que les structures mises en place afin de favoriser la formation interprofessionnelle pourraient agir comme un levier afin de modifier la culture de l'organisation à long terme. En d'autres termes, ces structures permettraient de transformer les valeurs et les croyances des membres de l'organisation en intégrant mieux la collaboration interprofessionnelle à ces dernières. Néanmoins, ces mécanismes de formalisation doivent être introduits prudemment, car la plupart des professionnels n'acceptent pas facilement les mécanismes qui contraignent leur autonomie (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002).

Ensuite, les données recueillies illustrent comment le leadership du DG en place au moment du partenariat a permis de soutenir la mise en place de toutes les activités en lien avec la collaboration interprofessionnelle au CSSS. D'ailleurs, le fait qu'un leadership fort et favorable au projet novateur permette de faciliter la mise en œuvre de ce dernier n'est plus à démontrer (Denis 2002; Greenhalgh *et al.* 2004). De plus, l'effet positif attribué à un leadership fort a également été souligné à maintes reprises relativement à l'implantation de projets entourant la collaboration interprofessionnelle (Barker, Bosco et Oandasan 2005; Ginsburg et Tregunno 2005; Suter *et al.* 2007; Ho *et al.* 2008; Begun, White et Mosser 2011). D'ailleurs, selon l'étude réalisée par Barker, Bosco et Oandasan (2005), le DG du CSSS étudié semblait posséder plusieurs des attributs qui définissent le leader et qui contribuent à la mise en œuvre d'un PFI. En effet, le DG détenait un rôle majeur de communication et de conviction, apparaissait lui-même convaincu de la valeur associée au projet de collaboration interprofessionnelle, possédait beaucoup de visibilité et était reconnu dans son organisation. Considérant la fragmentation de l'influence et de l'autorité qui caractérise la bureaucratie professionnelle et qui marque le contexte organisationnel de cette implantation (Mintzberg

1989; Denis 2002), il ressort de l'étude que ce leadership fort propre au DG a contribué à diminuer les effets négatifs pouvant résulter de cette situation.

Cependant, le leadership d'une seule personne ne semble pas être suffisant. En effet, afin d'assurer le développement et la pérennité des initiatives de collaboration interprofessionnelle, les résultats de la présente étude soulèvent l'importance d'un leadership collectif. Selon Denis (2002), le concept de leadership collectif souligne l'importance d'une multiplicité d'acteurs dans le développement des projets de changement et serait peut-être mieux adapté au fonctionnement d'une organisation complexe comme un CSSS. Ce concept se fonde sur la nécessité d'assurer une représentation des pôles cliniques et administratifs dans les fonctions de leadership. Dans le cas du CSSS à l'étude, bien que le DG soit un important porteur du projet, il est fondamental d'impliquer d'autres cadres administratifs tout comme les leaders cliniques lors des différentes démarches du projet. Une telle approche pourrait permettre d'assurer la viabilité de l'initiative visant à développer la collaboration interprofessionnelle et sa formation au sein de l'organisation.

En résumé, en transformant graduellement la culture de l'organisation par le biais notamment d'une plus grande formalisation de la collaboration interprofessionnelle et d'un leadership collectif fort, cela pourrait permettre d'assurer le développement des projets entourant la collaboration interprofessionnelle dans l'organisation. De plus, cette nouvelle culture organisationnelle pourrait permettre d'amoinrir l'impact possible d'un nouveau cadre qui s'avérerait moins favorable au développement des pratiques collaboratives.

#### *5.1.2.2 La gériatrie, un milieu atypique*

Dans la présente étude, les données font ressortir que tous les milieux cliniques ne sont pas aussi propices à l'implantation des pratiques collaboratives. En effet, au CSSS étudié, l'UCDG se caractérise par sa culture de collaboration contrairement à plusieurs autres secteurs de l'hôpital. Ceci permet de mieux comprendre la raison pour laquelle il s'agit du premier secteur ayant permis la mise en œuvre d'un PFI au CSSS. Ceci rejoint la littérature sur les services de santé qui mentionne que les valeurs, les normes et les besoins perçus des acteurs impliqués dans l'adoption du programme sont directement impliqués dans l'adoption d'une innovation (Gelijns et Rosenberg 1994; Denis *et al.* 2002). De plus, selon certains auteurs, deux facteurs pourraient expliquer l'émergence de la collaboration interprofessionnelle dans ce secteur (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002). D'une part, à l'UCDG, la durée d'intervention pour les patients de la mission gériatrie variant entre 10 et

12 jours est plus longue en comparaison avec d'autres secteurs. D'autre part, ces patients présentent habituellement des pathologies multiples ce qui constitue également un environnement de travail propice à la collaboration interprofessionnelle.

#### *5.1.2.3 Une préparation considérable entourant l'implantation du PFI*

Comme le démontre l'analyse précédente, plusieurs facteurs ont favorisé le développement de l'intérêt du CSSS à l'étude pour la collaboration interprofessionnelle. Cet intérêt a notamment mené à la mise en œuvre du PFI à l'UCDG. D'ailleurs, tel que proposé par Greenhalgh *et al.* (2004), une organisation ouverte au changement en général peut ne pas être prête ou encline à accepter une innovation en particulier. Toujours selon Greenhalgh *et al.* (2004), l'influence du nouveau programme sur le contexte organisationnel dans lequel il est implanté s'effectue au moment où l'organisation considère formellement l'innovation, dans ce cas-ci le PFI, et décide de se préparer pour cette innovation en particulier. Les résultats de notre étude vont dans le même sens que les propos des auteurs précédents. En effet, au sein du contexte organisationnel propice au développement des pratiques collaboratives qui a été décrit précédemment, le CSSS a considéré formellement l'implantation d'un PFI à l'UCDG et plusieurs efforts ont été consentis pour y arriver. Tout comme d'autres auteurs le concluaient, le soutien des administrateurs est un élément essentiel à cette étape afin de favoriser la mise en œuvre du PFI (Greenhalgh *et al.* 2004; Barker, Bosco et Oandasan 2005; Reeves, Goldman et Oandasan 2007; Ho *et al.* 2008; Begun, White et Mosser 2011; Clark 2011; Kapral 2011). Au CSSS étudié, le soutien des administrateurs s'est traduit notamment par la libération de plusieurs professionnels lors des activités entourant le PFI. Dédier des ressources humaines aux fins du PFI est nécessaire afin de permettre aux différentes phases du projet d'être développées et mises en place (Reeves, Goldman et Oandasan 2007; CIHC 2008).

Par ailleurs, certains mentionnent qu'un financement destiné à appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PFI constitue un incitatif important (Gilbert 2004; Curran, Deacon et Fleet 2005; Reeves, Goldman et Oandasan 2007; CIHC 2008). Bien que les résultats de l'étude confirment cette affirmation, ceux-ci permettent également de nuancer ces propos. En effet, dans le contexte d'un CSSS où les ressources financières sont restreintes, l'étude démontre que les cadres supérieurs et intermédiaires peuvent faire preuve de créativité et d'adaptation afin de réaliser ce type de projet malgré un budget limité. De plus, les données recueillies ont révélé que la présence de porteurs cliniques croyant en la pertinence du projet et favorisant son développement peut amoindrir l'influence de ressources

financières restreintes. Ces porteurs cliniques ont d'ailleurs permis d'acquiescer le soutien des autres membres de l'organisation ce qui a facilité la mise en œuvre du projet (Greenhalgh *et al.* 2004).

Par la suite, bien que plusieurs ressources humaines et financières aient été investies, la faible intensité de la mise en œuvre du PFI à l'UCDG peut être expliquée notamment par l'évaluation des implications qui n'a pas été entièrement effectuée (Gustafson *et al.* 2003). Les implications qui ont été sous-estimées concernent notamment les besoins liés à la préparation et la formation des acteurs. En effet, même si un milieu peut sembler favorable à la collaboration interprofessionnelle, les données recueillies ont démontré une différence importante pour l'UCDG entre pratiquer la collaboration interprofessionnelle de façon informelle et mettre formellement en place un PFI selon le principe du modèle de rôle. Ainsi, le temps nécessaire pour former adéquatement le personnel de manière à réaliser correctement un PII a été sous-estimé, ce qui a ralenti la mise en œuvre du PFI.

L'étude a permis de mettre en lumière deux autres facteurs organisationnels qui peuvent également expliquer l'état de la mise en œuvre du PFI à l'UCDG. Ces facteurs sont la présence d'impondérables et la compétition des ressources. Tout d'abord, les résultats ont permis de démontrer plusieurs événements qui ont bouleversé les habitudes de travail au CSSS à l'étude et à son UCDG. Ces événements ont retardé des formations, mené à l'annulation de plusieurs PII et empêché la réalisation de plusieurs PFI. Néanmoins, ces impondérables font partie intégrante du contexte organisationnel d'un CSSS. À ce moment, il s'agit de vérifier quelle est la priorité accordée à la réalisation de ces activités pour l'organisation. L'étude a démontré que l'annulation des rencontres de PII de façon régulière afin de ne pas surcharger les professionnels pouvait entraîner d'autres conséquences notamment en lien avec l'utilité et la complexité associées au PII. Cet aspect sera approfondi ultérieurement.

Ensuite, l'un des enjeux qui marquent le contexte organisationnel d'un CSSS lors de la mise en œuvre d'un PFI est la compétition des ressources, particulièrement les ressources humaines. En effet, les professionnels sont surchargés et manquent de temps pour prendre part aux formations préparatoires au PII ou encore pour assister au PII. En somme, les responsables des activités préparatoires au PII tout comme les responsables du PII devraient s'assurer d'organiser des activités qui sont courtes et efficaces en plus de s'adapter aux différents imprévus qui pourraient empêcher la réalisation de ces activités.

### 5.1.3 Caractéristiques du programme

#### *5.1.3.1 La compatibilité du PFI*

Les données de notre étude entourant les caractéristiques du PFI permettent d'expliquer à plusieurs égards les raisons pour lesquelles le PFI n'a pas été mis en œuvre intégralement malgré les efforts consentis par l'organisation. En effet, bien que certaines caractéristiques du PFI aient favorisé sa mise en œuvre, d'autres ont eu l'effet inverse. Tout d'abord, d'un point de vue organisationnel, l'introduction du PFI apparaissait cohérente avec les décisions qui avaient été prises précédemment dans le but de favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle au CSSS étudié. Cette cohérence a augmenté la probabilité que le PFI soit adopté (Ferlie et Shortell 2001; Denis *et al.* 2002).

En ce qui a trait à l'équipe clinique, la mise en place d'un PFI implique au préalable la réalisation d'un PII. Par ailleurs, le PII ne semblait pas compatible avec les valeurs, les normes et les besoins perçus de tous les professionnels de l'UCDG. En effet, en ce qui concerne la compatibilité du PII avec les valeurs des professionnels, ces derniers n'ont pas réussi à s'entendre sur la manière dont le PII devait être appliqué en pratique. Est-ce que tous les patients doivent être l'objet d'un PII ? Est-ce que tous les professionnels doivent être présents au PII ou seulement les professionnels qui ont déjà rencontré le patient faisant l'objet du PII ? Voilà deux exemples de questions qui n'ont pas obtenu de consensus chez les professionnels de l'UCDG.

Par la suite, l'analyse a révélé précédemment que la gériatrie était un milieu propice à la collaboration interprofessionnelle, car la durée d'intervention était plus longue en comparaison avec d'autres secteurs et les patients présentaient habituellement des pathologies multiples (Sicotte, D'Amour et Moreault 2002). Cependant, bien que l'environnement de l'UCDG soit compatible avec la pratique de la collaboration interprofessionnelle en général, l'étude permet de comprendre que les outils référant à la collaboration interprofessionnelle ne sont pas tous compatibles avec les méthodes de travail des professionnels de ce secteur. Dans l'étude, l'utilisation qui a été faite du PII ne semblait pas compatible avec la réalité clinique de l'UCDG. En effet, le PII était effectué une fois par semaine alors que la durée de séjour moyenne des patients faisant l'objet des PII était de 10 à 12 jours. Deux choix peuvent alors s'offrir à l'organisation afin d'augmenter la compatibilité du PII avec les méthodes de travail des professionnels : augmenter la fréquence des réunions à des fins de PII, ou encore réaliser le PII dans un milieu où la durée d'intervention est assez longue pour permettre le suivi du PII des patients. En ce qui concerne la première option, celle-ci peut représenter un défi

important considérant que les professionnels disposent de très peu de temps pour se réunir. En terminant, la faible compatibilité du PFI avec le fonctionnement habituel des stages à l'UCDG a également représenté un enjeu pouvant permettre une meilleure compréhension de la faible intensité de la présence d'étudiants de différentes professions lors des PFI. En effet, il est très rare que l'UCDG accueille plusieurs étudiants de professions différentes en stage au même moment, ce qui n'a pas permis de favoriser la présence d'étudiants de différentes professions lors des PFI. Cet enjeu réfère à la logistique qui sera approfondie ultérieurement. En somme, le manque de compatibilité entre le PFI et les valeurs, les normes et les besoins perçus des professionnels de l'UCDG a diminué la probabilité que le PII soit adopté (Gelijns et Rosenberg 1994; Denis *et al.* 2002).

#### 5.1.3.2 L'utilité et la complexité du PFI

D'autre part, les données recueillies lors des entrevues illustrent l'importance accordée par les professionnels à l'utilité du programme. Ceci rejoint la littérature sur le sujet selon laquelle une innovation procurant un bénéfice à l'utilisateur serait adoptée plus facilement (Yetton, Sharma et Southon 1999). Au CSSS à l'étude, même si l'implantation du PFI procurait un certain avantage d'un point de vue organisationnel, ce bénéfice a semblé insuffisant pour les professionnels en pratique. En effet, le manque de régularité liée à la réalisation du PII, le manque de précision des critères permettant la sélection des patients qui feront l'objet d'un PII, le fait que certains professionnels se sentent moins utiles lors des PII ainsi que l'absence de certains professionnels aux activités de formation expliquent en partie ce constat. Par la suite, les données de l'étude démontrent que les professionnels peuvent généralement associer au PII une complexité accrue lorsque l'équipe de professionnels n'a pas l'habitude de réaliser un PII ou tout simplement de travailler en collaboration interprofessionnelle. En ce qui concerne l'UCDG spécifiquement, la plupart des professionnels percevaient le PII comme étant complexe en raison du manque de précision des critères de sélection des patients, mais également en raison du changement que la mise en œuvre du PII impliquait dans les habitudes de travail des professionnels. Dans tous les cas, un changement perçu comme complexe peut expliquer pourquoi les professionnels n'ont pas adopté le PII aisément (Denis *et al.* 2002).

En résumé, il semble que ce soit en partie le manque de structure et de formation entourant le PII qui explique sa faible utilité du point de vue des professionnels. Ces deux points méritent d'être approfondis afin de mieux comprendre ce constat. Tout d'abord, selon Schon (1983), la formation académique des professionnels est de plus en plus orientée de manière à ce que

ces derniers utilisent un « rationnel technique » (*Technical rationality*). Schon (1983) définit le rationnel technique comme étant la résolution de problème devenue rigoureusement soutenue par l'application de techniques et de théories scientifiques. Par exemple, c'est en quelque sorte le rationnel technique qui explique l'importance accordée aux pratiques s'appuyant sur les données probantes (Hilton et Southgate 2007). Par le fait même, la complexité, l'incertitude, ou encore l'instabilité ne cadrent pas facilement dans ce modèle positiviste du rationnel technique (Schon 1983). De la même manière, le manque de structure autour du PII, c'est-à-dire le manque de régularité liée à la réalisation du PII et le manque de précision des critères de sélection des patients, ne serait pas souhaitable dans l'optique où le PII doit être utilisé par les professionnels.

Par ailleurs, les données de l'étude ont relevé que le manque de régularité liée à la réalisation du PII engendre également un suivi déficient des interventions. Ainsi, puisque les professionnels ne voient pas l'utilité de leur travail par le biais du suivi des PII, ils ont une perception négative de l'utilité du PII. Pour mieux comprendre cette situation, il est possible de faire référence à la théorie de l'apprentissage social selon laquelle la rétroaction fait partie d'un processus d'autorégulation qui débute lorsqu'un individu accepte de réaliser un objectif et travaille pour y arriver (Bandura et Cervone 1983). Pour le professionnel, le suivi du PII est en quelque sorte une rétroaction en lien avec l'activité de PII qu'il effectue. Sans rétroaction sur l'activité de collaboration interprofessionnelle, la valeur de l'initiative n'est pas connue et peut même être dévalorisée (Ginsburg et Tregunno 2005). Par le fait même, un suivi ou toute autre forme de rétroaction qui aide le professionnel à mesurer les effets de l'activité de collaboration interprofessionnelle est donc essentiel afin de favoriser la perception d'utilité de cette activité et ultimement, sa mise en œuvre. En somme, une standardisation de la procédure entourant le PII par le biais d'une clarification des critères de sélection et d'une réalisation régulière des PII serait préférable. Cette standardisation pourrait permettre de diminuer l'incertitude entourant les PII et permettre aux professionnels d'obtenir une rétroaction à la suite de leur travail. De ce fait, la perception de complexité du programme pourrait diminuer, l'utilité associée au PII serait augmentée et ultimement, cela pourrait favoriser la mise en œuvre du PII et du PFI.

Par la suite, les données illustrent que la plupart des professionnels qui n'ont pas assisté aux activités de formation font partie des professionnels doutant de l'utilité de leur présence et de l'utilité du PII. De plus, les superviseurs de stage qui ont participé à d'autres rencontres de formation à la collaboration interprofessionnelle dans le passé comprennent mieux l'utilité de

mettre en place un PII de façon formelle afin de bien former les stagiaires lors de PFI. Par le fait même, il semble y avoir un enjeu entourant la présence des professionnels aux activités de formation. D'ailleurs, l'exposition à une seule activité de formation interprofessionnelle de qualité pourrait changer positivement l'attitude des éducateurs en lien avec la formation interprofessionnelle (Anderson, Thorpe et Hammick 2011). Ainsi, il serait préférable pour les cadres administratifs et cliniques de promouvoir et de favoriser fortement la présence des professionnels aux activités de formation ce qui pourrait améliorer la perception des professionnels en lien avec l'utilité de l'outil de collaboration interprofessionnelle qui est utilisé.

#### *5.1.3.3 La logistique entourant le PFI*

Pour terminer l'analyse de l'influence des caractéristiques du programme sur l'implantation du PFI au sein d'un CSSS, l'étude a démontré de quelle façon la logistique entourant la mise en œuvre d'un PFI peut être un enjeu important à considérer. Tout d'abord, comme d'autres ouvrages l'avaient suggéré auparavant (Parsell et Bligh 1998; Greenhalgh *et al.* 2004), la formation et la préparation adéquates des acteurs ont été des enjeux pour le CSSS au moment de la mise en œuvre du PFI à l'UCDG bien que plusieurs ressources aient été investies en ce sens par l'organisation. D'ailleurs, comme il a été soulevé précédemment, la capacité de réunir tous les professionnels au même moment pour offrir les formations ou encore pour réaliser les PII est très limitée ce qui a constitué une barrière à la mise en œuvre du PFI (Parsell et Bligh 1998). De plus, les problèmes entourant l'horaire des stages et les différents niveaux académiques des étudiants ont constitué des défis importants pour le CSSS. Les données de l'étude soulignent qu'une meilleure coordination entre le milieu académique et le milieu clinique pourrait diminuer la complexité entourant la logistique des stages et favoriser la mise en œuvre des PFI. De plus, le petit nombre de stagiaires en comparaison avec certains grands centres hospitaliers de la région de Montréal ainsi que l'aspect géographique du CSSS n'ont pas favorisé la mise en œuvre du PFI à l'UCDG. Les données recueillies entourant les horaires, les différences entre les caractéristiques des cours des différents programmes de la santé (Santé Canada 2004), les problèmes relatifs à la géographie (Barker, Bosco et Oandasan 2005; Hammick *et al.* 2007), la démographie et le nombre d'apprenants (Hammick *et al.* 2007) rejoignent la littérature sur le sujet.

## **5.2 Les interrelations entre les différents facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI**

Dans la présente étude, plusieurs interrelations sont observables entre les différents facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI et celles-ci méritent d'être analysées. Tout d'abord, les interactions entourant les facteurs systémiques sont nombreuses et ont été examinées précédemment. Par la suite, les données recueillies mettent en lumière la nécessité de considérer les caractéristiques du programme mis en place dans son contexte d'implantation. En effet, plusieurs caractéristiques dont la compatibilité, la logistique, l'utilité ou encore la complexité sont en constante évolution et interagissent avec le contexte d'implantation du programme. Par exemple, l'influence de la mise en œuvre du PFI sur les caractéristiques du programme permet d'illustrer ce propos. En effet, selon les professionnels, une réalisation plus régulière du suivi des PFI aurait pu permettre de favoriser la perception d'utilité de cet outil.

De plus, une attention particulière doit être accordée aux effets de l'implantation du programme sur l'organisation elle-même puisque le nouveau programme amène graduellement une transformation des différentes caractéristiques organisationnelles. Les résultats font notamment mention de l'influence de la mise en œuvre du PFI sur les valeurs et les méthodes de travail des professionnels.

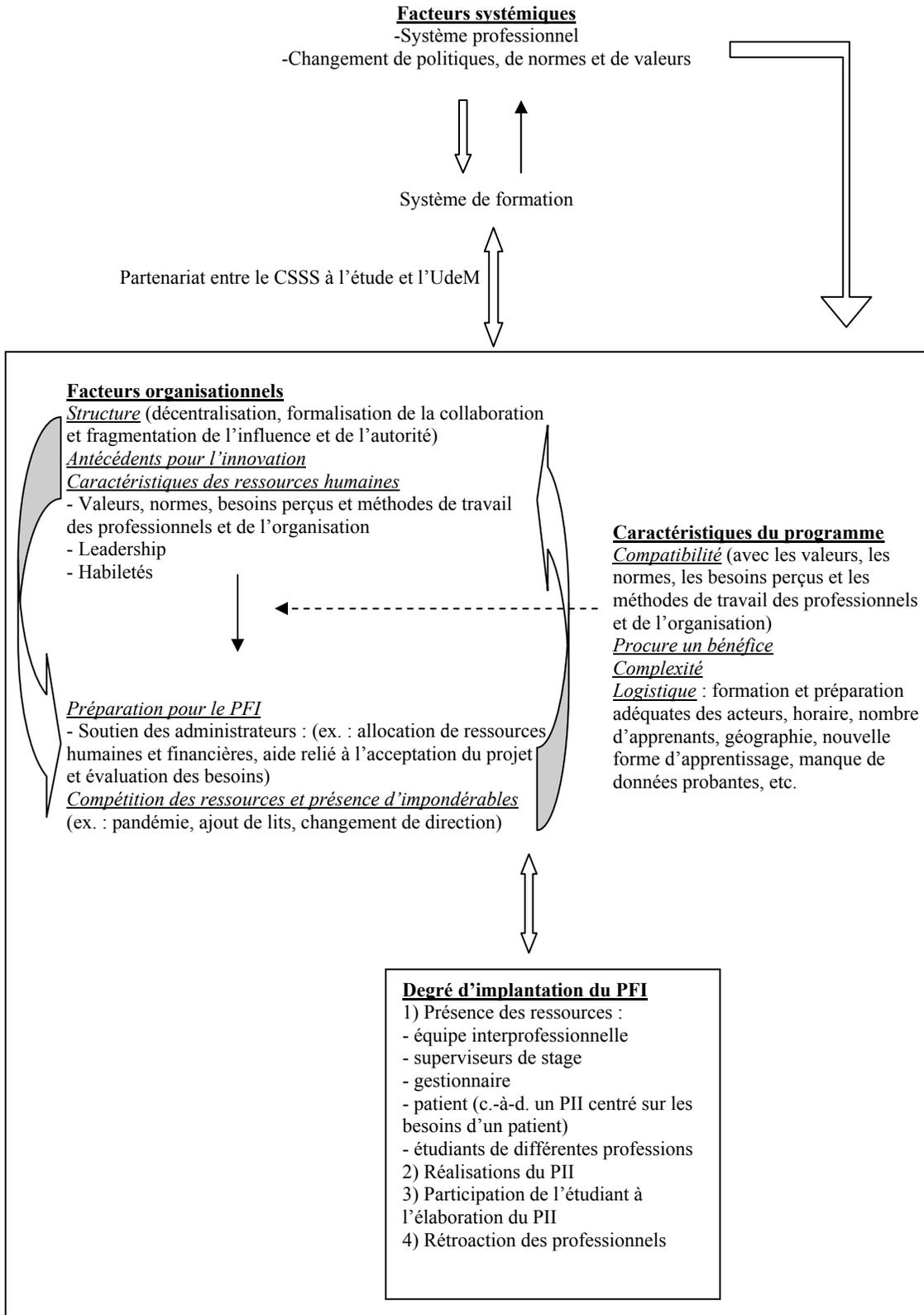
Enfin, les résultats de l'étude traduisent également le dynamisme des facteurs organisationnels tel que suggéré initialement. En effet, l'étude démontre comment les facteurs organisationnels peuvent s'influencer mutuellement et s'adapter afin de faciliter l'implantation du PFI. Dans notre étude, l'impact que le leadership collectif peut exercer sur les structures de l'organisation dans le but de promouvoir le développement des pratiques collaboratives représente un exemple concret. Ce dynamisme au sein des caractéristiques organisationnelles rejoint les propos de Burns et Stalker (1961) selon lesquels les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et leur capacité d'adapter celle-ci aux exigences du changement.

En résumé, l'étude illustre l'importance de considérer les interrelations entre les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels, les caractéristiques du programme de formation mis en place et l'implantation du programme afin de mieux comprendre ce qui influence le degré de mise en œuvre d'un PFI en milieu clinique. Cette perspective écologique, c'est-à-dire la reconnaissance des interactions réciproques entre le programme, son implantation et le contexte dans lequel il a lieu, avait été suggérée par Greenhalgh *et al.* (2004).

### **5.3 Modifications apportées au modèle conceptuel de l'étude**

Cette analyse permet également d'apporter des modifications au modèle conceptuel proposé initialement (figure 1, p.25). Tout d'abord, celui-ci propose toujours de reconnaître que le système professionnel et les changements de politiques, de normes et de valeurs peuvent influencer l'organisation tout comme les caractéristiques du PFI que le CSSS décide de mettre en œuvre. Toutefois, le modèle conceptuel modifié suggère plutôt que les facteurs systémiques décrits plus haut puissent également influencer le système de formation. En effet, l'étude illustre comment ces deux facteurs systémiques peuvent amener les milieux de formation à s'adapter afin que leurs programmes de formation préparent les futurs professionnels de la santé à travailler en collaboration. Bien que moins importante, cette influence peut également s'exprimer dans le sens inverse. L'action de certains acteurs du système de formation afin d'encourager les subventions reliées au développement de la collaboration interprofessionnelle et sa formation représente un exemple concret dans notre étude.

Par la suite, une relation directe et réciproque unit maintenant le système de formation et l'organisation qui désire mettre en œuvre un PFI. Le partenariat entre l'UdeM et le CSSS étudié se situe à l'endroit de cette interaction dans le modèle conceptuel modifié. Pour terminer ces modifications, la présence d'impondérables et la compétition des ressources ont été ajoutées sous la préparation de l'organisation pour le PFI, et ce, parmi les différents facteurs organisationnels influençant la mise en œuvre du PFI. Le modèle conceptuel modifié basé sur l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre du PFI au CSSS étudié est représenté par la figure 2.



**Figure 2 :** Modèle conceptuel modifié décrivant l'analyse d'implantation du PFI au CSSS à l'étude

#### **5.4 Résumé des recommandations pouvant favoriser la mise en œuvre des PFI**

Le modèle conceptuel modifié (figure 2) permet d'illustrer les interrelations entre les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels, les caractéristiques du programme de formation mis en place et l'implantation du programme afin de mieux comprendre ce qui influence le degré de mise en œuvre d'un PFI en milieu clinique. Voici maintenant un résumé des recommandations permettant de favoriser la mise en œuvre de PFI au sein de ces milieux cliniques.

*Au niveau systémique :*

- Le système professionnel et les organismes qui règlementent chacune des professions devraient continuer à diminuer les barrières à la collaboration interprofessionnelle par le biais d'une prise de position et de règlements favorisant ce type de pratique.

- Les pressions exercées par les lois et les normes pour une plus grande performance peuvent marquer les activités d'une organisation de santé comme un CSSS. Certaines normes ou politiques instaurées par les instances gouvernementales devraient être formulées de manière à inciter graduellement les organisations de santé à utiliser une démarche interdisciplinaire. Néanmoins, une plus grande adéquation des fonds de recherche et de développement octroyés par les différents paliers gouvernementaux en matière de formation à la collaboration interprofessionnelle en vertu des exigences de mise en œuvre dans ce domaine serait souhaitable.

- Les milieux de formation s'adaptent afin que leurs programmes de formation préparent les futurs professionnels de la santé à travailler en collaboration. L'interaction entre le milieu de formation et le milieu clinique devrait être favorisée. Par exemple, cette interaction entre le milieu de formation et le milieu clinique peut se traduire par un partenariat entre le milieu de formation et le milieu clinique. Concrètement, à travers ce partenariat, le milieu clinique pourrait entre autres viser à créer de nouveaux types de stage en collaboration interprofessionnelle dans son organisation, mais également désirer former ses professionnels à devenir des modèles de rôles en matière de collaboration interprofessionnelle. Pour y parvenir, l'expertise du milieu de formation dans ce domaine devrait être une ressource à considérer. Pour le milieu de formation, ce partenariat pourrait notamment être l'occasion de faire vivre à ses étudiants en stage une activité de collaboration interprofessionnelle au sein d'un milieu clinique offrant des pratiques exemplaires. Enfin, ce lien peut non seulement mener à la mise en œuvre de plusieurs modalités de collaboration interprofessionnelle au sein

des organisations de santé, mais il peut également permettre aux deux milieux de réaliser des apprentissages.

*Au niveau de l'organisation :*

- Le contexte organisationnel devrait démontrer une ouverture pour les innovations et plus particulièrement pour les initiatives de collaboration interprofessionnelle. Une structure décentralisée et marquée par une formalisation croissante de la collaboration interprofessionnelle auprès des structures de gestion administrative et clinique devrait découler de cette orientation. Introduite prudemment, cette structure pourrait servir de levier afin de transformer la culture de l'organisation à long terme et ainsi assurer la pérennité des activités de collaboration interprofessionnelle au-delà des individus qui en font la promotion.

- Une représentation des pôles cliniques et administratifs dans les fonctions de leadership devrait être favorisée lors du développement des projets entourant la collaboration interprofessionnelle dans l'organisation. En effet, puisque le leadership d'une seule personne ne semble pas être suffisant afin d'assurer le développement et la pérennité des initiatives de collaboration interprofessionnelle, il est fondamental d'impliquer plusieurs cadres administratifs et leaders cliniques. Une telle approche peut permettre de réduire les effets négatifs pouvant découler de la fragmentation de l'influence et de l'autorité qui caractérise les organisations de santé.

- Le soutien des administrateurs en lien avec l'implantation de PFI devrait se traduire notamment par la libération du personnel lors des activités entourant le PFI, l'évaluation des besoins entourant la mise en œuvre du PFI, l'acquisition du soutien des différents membres de l'organisation et le financement destiné à appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PFI. Par ailleurs, l'évaluation des besoins entourant la mise en œuvre du PFI concerne spécialement les besoins reliés à la formation des professionnels.

- Les responsables des activités concernant la formation des professionnels ou encore les responsables de la réalisation de l'activité de collaboration interprofessionnelle devraient s'assurer d'organiser des activités qui sont courtes et efficaces en plus de s'adapter aux différents imprévus qui pourraient empêcher la réalisation de celles-ci.

- La compatibilité du programme mis en place avec les valeurs, les normes, les besoins et les méthodes de travail de l'organisation et des professionnels devrait être analysée avant de décider d'implanter une activité en particulier. De plus, la standardisation de la procédure

entourant l'activité de collaboration interprofessionnelle, la présence fortement encouragée des professionnels aux séances de formation, la réalisation régulière de l'activité de collaboration interprofessionnelle ainsi que la présence d'une rétroaction suivant cette activité devraient aussi être considérées. En effet, ces mesures pourraient permettre de diminuer la perception de complexité du programme et augmenter l'utilité associée à ce dernier.

- Une meilleure coordination entre le milieu académique et le milieu clinique devrait être favorisée puisqu'elle pourrait permettre de diminuer la complexité entourant la logistique des stages et favoriser la mise en œuvre des PFI.

Enfin, les administrateurs et les chercheurs devraient adopter une perspective écologique lors de l'analyse d'implantation d'un PFI en milieu clinique. Cette perspective écologique permet de mettre en évidence les interactions entre les différents facteurs qui peuvent expliquer la mise en œuvre d'un PFI et ouvre la voie à plusieurs mécanismes pouvant expliquer l'échec ou la réussite de l'implantation d'une intervention (Greenhalgh *et al.* 2004).

### **5.5 Limites de l'étude**

Certains éléments limitent la généralisation de l'analyse et des recommandations qui ont été effectuées. Le fait d'étudier l'implantation d'un PFI en profondeur dans un CSSS en particulier permet de bien comprendre ce qui s'est passé à l'intérieur de celui-ci. Néanmoins, il est difficile de prévoir dans quelle mesure les résultats seront applicables à d'autres CSSS ou encore à d'autres milieux de pratique qui possèdent des caractéristiques différentes. De plus, l'intensité de l'implantation des différentes composantes du PFI à l'UCDG du CSSS étudié étant généralement faible, la compréhension des facteurs favorisant l'implantation intégrale d'un PFI dans un CSSS au Québec reste limitée. Il sera donc pertinent de tester le modèle conceptuel modifié de l'étude sur d'autres secteurs du CSSS étudié ou tout simplement sur d'autres milieux afin de pouvoir améliorer la validité externe de ce dernier.

Par ailleurs, bien que onze entrevues aient été effectuées, une seule entrevue a été réalisée avec un homme. Cette faible représentativité du genre masculin a pu influencer l'importance accordée aux différents facteurs expliquant la mise en œuvre d'un PFI lors des entrevues. Il aurait pu être intéressant de réaliser des entrevues supplémentaires auprès des hommes, mais les personnes identifiées comme responsables de l'implantation du PFI à l'UCDG étaient

majoritairement des femmes. L'étude d'un autre milieu clinique pourrait permettre une représentativité plus égale des genres.

Le choix de ne pas avoir réalisé d'observation directe de la mise en œuvre du PFI nous contraint à ce que les gens ont choisi d'exprimer ou à ce que les documents disponibles peuvent fournir comme informations. Néanmoins, les données issues des entrevues et celles obtenues à l'aide des documents écrits étaient congruentes et permettaient d'avoir une idée juste de la mise en œuvre du PFI.

Enfin, bien que l'étude permette de mieux comprendre de quelle façon le contexte influence l'implantation du PFI, les résultats de cette interaction sur les effets observés du PFI, par exemple l'augmentation des connaissances et des attitudes des étudiants, sont inconnus. Des études seront nécessaires afin de mieux comprendre les relations entre le contexte, les variations dans l'implantation et les effets apportés par le PFI afin de saisir les facteurs contextuels susceptibles contribuer à l'optimisation des effets reliés au PFI.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

Cette recherche visait à analyser l'implantation d'un PFI pour les étudiants universitaires en santé au sein d'un CSSS qui est partenaire avec un milieu universitaire. Plus spécifiquement, ce projet visait à mesurer le degré d'implantation du PFI au CSSS étudié comparativement au modèle proposé initialement. Les données recueillies permettent de constater que plusieurs efforts ont été consentis par le CSSS afin d'initier la mise en œuvre d'un PFI. Néanmoins, cette implantation est toujours en évolution comme le traduit la validité de contenu entourant la présence des différentes composantes définissant la mise en œuvre du PFI qui est de moyenne à élevée et l'intensité des différentes composantes qui est généralement faible. D'ailleurs, plusieurs recommandations ont été suggérées afin de favoriser la mise en œuvre de PFI au sein des organisations de santé.

Ensuite, ce projet visait également à comprendre comment les facteurs systémiques, les facteurs organisationnels et les caractéristiques du programme de formation mis en place influencent l'implantation du PFI. Au terme de la présente étude, une meilleure compréhension des interrelations entre ces différents facteurs a pu être établie. Le modèle conceptuel proposé à la fin cette recherche (figure 2, p.102) permet de mieux saisir le dynamisme et les interactions entre les différents facteurs influençant la mise en œuvre d'un PFI au sein d'une organisation de santé. En effet, les résultats de cette étude renforcent les données existantes sur les facteurs pouvant influencer la mise en œuvre d'une innovation au sein d'une organisation de santé, mais offrent aussi un regard novateur sur la manière de comprendre l'implantation d'un PFI au sein d'un milieu clinique. En adoptant une perspective écologique lors de l'analyse d'implantation d'un PFI en milieu clinique, les administrateurs et les chercheurs pourront mieux expliquer l'échec ou la réussite de l'implantation de cette intervention.

De surcroît, cette étude présente différents éléments qui permettent à une organisation d'amorcer la mise en œuvre d'un PFI. Par ailleurs, bien que les valeurs organisationnelles et cliniques propices à la collaboration interprofessionnelle semblent favorables à l'implantation d'une activité de collaboration interprofessionnelle, il apparaît que la compatibilité de cette activité avec l'organisation du travail dans le milieu est également un enjeu important à considérer afin de favoriser la mise en œuvre de cette activité.

Finalement, l'étude soulève plusieurs défis relatifs à la mise en œuvre de PFI en milieu clinique lorsque l'intervention s'appuie sur la technique d'apprentissage sous la forme du modèle de rôle. En effet, il ressort de l'étude que l'analyse des facteurs influençant

L'implantation de ce type de PFI doit également s'attarder aux différents facteurs influençant le développement des pratiques collaboratives dans ce milieu. Parmi ces derniers, il semble que la formation des professionnels travaillant dans les organisations de santé représentera un défi important au cours des prochaines années. Étant donné la faible capacité des professionnels à se libérer de leurs tâches afin d'assister aux activités de formation, la mise sur pied de programmes de formation brefs et efficaces constitue une avenue de recherche intéressante.

## Sources documentaires

- Anderson, E. S., L. N. Thorpe et M. Hammick (2011). "Interprofessional staff development: Changing attitudes and winning hearts and minds." Journal of Interprofessional Care **25**(1): 11-17.
- Assemblée Nationale (1985). Loi sur le vérificateur général. Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée Nationale (2000). Loi sur l'administration publique (Loi 82). Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée Nationale (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90). Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée Nationale (2009). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 21). Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée Nationale (2010). Loi mettant en oeuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (Loi 100). Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Bandura, A. et D. Cervone (1983). "Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems." Journal of Personality and Social Psychology **45**: 1017-1028.
- Barker, K. K., C. Bosco et I. F. Oandasan (2005). "Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: findings from key informant interviews." J Interprof Care **19 Suppl 1**: 166-176.
- Beauregard, C. et A. Dumas (2004). "Le Vérificateur général du Québec et la vérification d'optimisation des ressources: évolution et perspectives." Canadian Public Administration **47**(2): 207-224.
- Begun, J. W., K. R. White et G. Mosser (2011). "Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator." Journal of Interprofessional Care **25**(2): 119-123.
- Bilodeau, A., S. Dumont, L. Hagan, L. Paré, M. Razmpoosh, N. Houle, N. Brière et M. Iloko-Fundi (2010). "Interprofessional education at Laval University: Building an integrated curriculum for patient-centred practice." Journal of Interprofessional Care **24**(5): 524-535.
- Brousselle, A., F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (2009). L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, J. B., M. Boles, J. P. Mullooly et W. Levinson (1999). "Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial." Ann Intern Med **131**(11): 822-829.
- Burns, T. et G. Stalker (1961). The Management of Innovation, London, Tavistock Pub.
- Campbell, J. C., J. H. Coben, E. McLoughlin, S. Dearwater, G. Nah, N. Glass, D. Lee et N. Durborow (2001). "An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women." Acad Emerg Med **8**(2): 131-138.
- Champagne, E., J. Denis, R. Pineault et C. AP (2001). "Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long-Term Care Hospitals." Health Services Management Research **4**(42): 94-111.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude 39. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

- Cheater, F. M., H. Hearnshaw, R. Baker et M. Keane (2005). "Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial." Int J Nurs Stud **42**(7): 779-791.
- CIHC (2008). Situational analysis: Current state of interprofessional education (IPE) in Canada. Canada, Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC).
- Clark, P. G. (2011). "Examining the interface between interprofessional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork." Journal of Interprofessional Care **25**(1): 26-32.
- Commission on the Future of Health Care in Canada (2002). Building on values: The future of health care in Canada. Final report. Health Canada.
- Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, L. Potvin, J.-L. Denis et P. Boyle (2005). Savoir préparer une recherche. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Crozier, M. (1963). Le phénomène bureaucratique, Paris, Éditions du Seuil.
- Crozier, M. et E. Friedberg (1967). L'acteur et le système, Paris, Éditions du Seuil.
- Curley, C., J. E. McEachern et T. Speroff (1998). "A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards: an intervention designed using continuous quality improvement." Med Care **36**(8 Suppl): AS4-12.
- Curran, V. R., D. R. Deacon et L. Fleet (2005). "Academic administrators' attitudes towards interprofessional education in Canadian schools of health professional education." J Interprof Care **19 Suppl 1**: 76-86.
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L. San Martin Rodriguez et M. D. Beaulieu (2005). "The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks." J Interprof Care **19 Suppl 1**: 116-131.
- D'Amour, D. et I. Oandasan (2004). IECPCP Framework. Santé Canada: 240-250.
- D'Amour, D. et I. Oandasan (2004). Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice. Ottawa, Santé Canada.
- D'Amour, D. et I. Oandasan (2005). "Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept." J Interprof Care **19 Suppl 1**: 8-20.
- Delva, D., M. Jamieson et M. Lemieux (2008). "Team effectiveness in academic primary health care teams." J Interprof Care **22**(6): 598-611.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Étude 36. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Denis, J. L., Y. Hebert, A. Langley, D. Lozeau et L. H. Trottier (2002). "Explaining diffusion patterns for complex health care innovations." Health Care Manage Rev **27**(3): 60-73.
- Devers, K. J. (1999). "How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research." Health Serv Res **34**(5 Pt 2): 1153-1188.
- DiMaggio, P. et W. Powell (1983). "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields " American Sociological Review **48**(2): 147-161.
- Durlak, J. A. et E. P. DuPre (2008). "Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation." Am J Community Psychol **41**(3-4): 327-350.
- Ferlie, E. B. et S. M. Shortell (2001). "Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change." Milbank Q **79**(2): 281-315.

- Gelijns, A. et N. Rosenberg (1994). "The dynamics of technological change in medicine." Health Aff (Millwood) **13**(3): 28-46.
- Gilbert, J. (2004). *Interdisciplinary Learning and Higher Education Structural Barriers*. Ottawa, Santé Canada.
- Ginsburg, L. et D. Tregunno (2005). "New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lessons from the organizational change literature." Journal of Interprofessional Care **19**(s1): 177-187.
- Gladwin, J., R. A. Dixon et T. D. Wilson (2002). "Rejection of an innovation: health information management training materials in east Africa." Health Policy Plan **17**(4): 354-361.
- Greenhalgh, T., G. Robert, F. MacFarlane, P. Bate et O. Kyriakidou (2004). "Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations." The Milbank Quarterly **82**(4): 581-629.
- Grymonpre, R., C. v. Ineveld, M. Nelson, F. Jensen, A. D. Jaeger, T. Sullivan, L. Weinberg, J. Swinamer et A. Booth (2010). "See It – Do It – Learn It: Learning Interprofessional Collaboration in the Clinical Context." Journal of Research in Interprofessional Practice and Educational Administration Quarterly **1**(2): 127-144.
- Gustafson, D. H., F. Sainfort, M. Eichler, L. Adams, M. Bisognano et H. Steudel (2003). "Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change." Health Serv Res **38**(2): 751-776.
- Hammick, M., H. Barr, D. Freeth, I. Koppel et S. Reeves (2002). "Systematic reviews of evaluations of interprofessional education: results and work in progress." J Interprof Care **16**(1): 80-84.
- Hammick, M., D. Freeth, I. Koppel, S. Reeves et H. Barr (2007). "A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9." Medical Teacher **29**(8): 735-751.
- Henneman, E. A., J. L. Lee et J. I. Cohen (1995). "Collaboration: a concept analysis." J Adv Nurs **21**(1): 103-109.
- Hilton, S. et L. Southgate (2007). "Professionalism in medical education." Teaching and Teacher Education **23**(3): 265-279.
- Ho, K., S. Jarvis-Selinger, F. Borduas, B. Frank, P. Hall, R. Handfield-Jones, D. F. Hardwick, J. Lockyer, D. Sinclair, H. N. Lauscher, L. Ferdinands, A. MacLeod, M. A. Robitaille et M. Rouleau (2008). "Making interprofessional education work: the strategic roles of the academy." Acad Med **83**(10): 934-940.
- Kapral, O. (2011). "Healthcare managers on interprofessional teams." Journal of Interprofessional Care **25**(1): 77-78.
- Kvarnstrom, S. (2008). "Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork." J Interprof Care **22**(2): 191-203.
- Lahey, W. et R. Currie (2004). *Regulatory and Medico-Legal Barriers to Interdisciplinary Practice*. Ottawa, Santé Canada
- Leithwood, K. A. et D. J. Montgomery (1980). "Evaluating Program Implementation." Evaluation Review **4**(2): 193-214.
- Locock, L., S. Dopson, D. Chambers et J. Gabbay (2001). "Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness." Soc Sci Med **53**(6): 745-757.

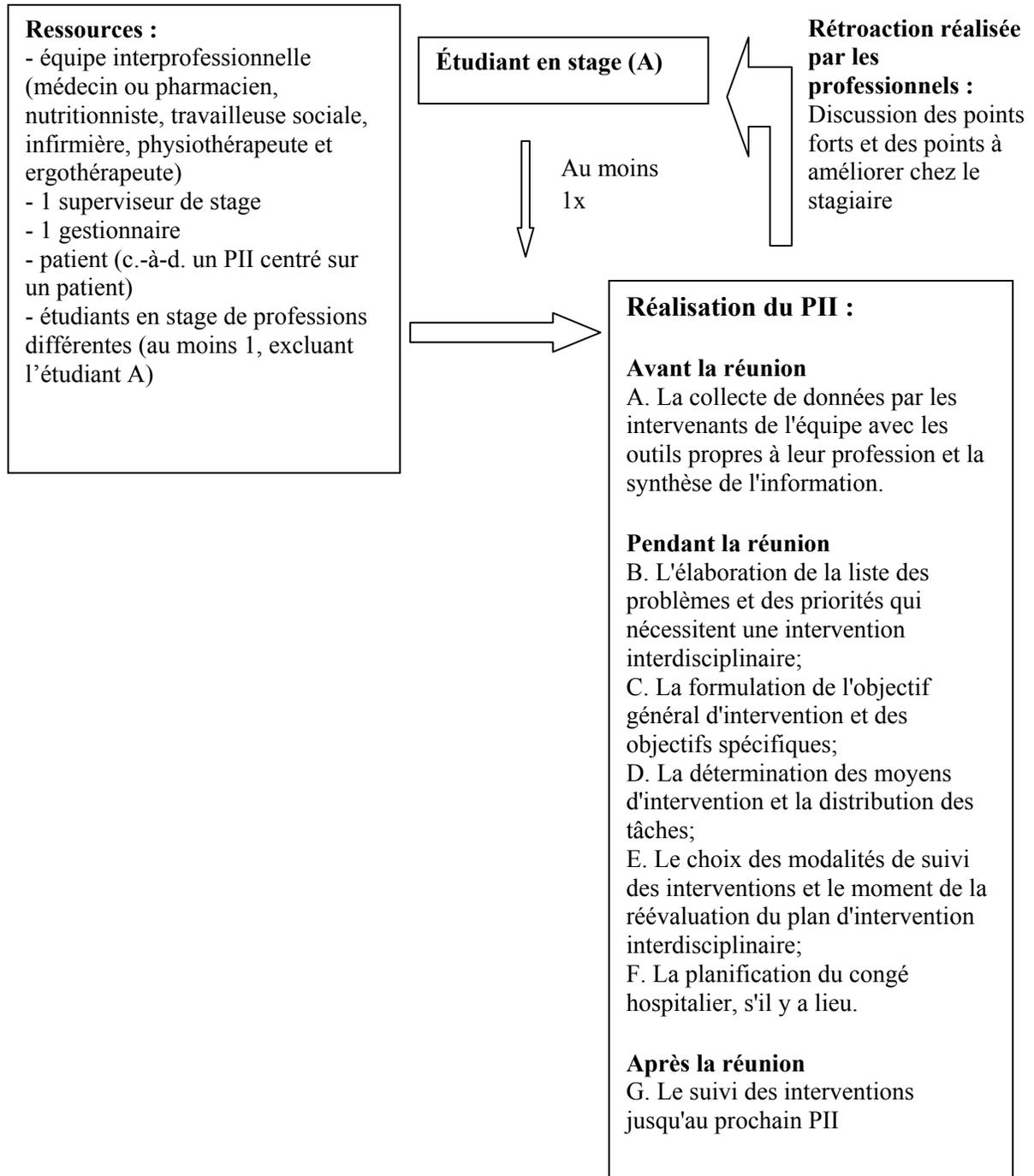
- Mann, K. V., J. Mcfetridge-Durdle, R. Martin-Misener, J. Clovis, R. Rowe, H. Beanlands et M. Sarria (2009). "Interprofessional education for students of the health professions: The "Seamless Care" model." Journal of Interprofessional Care **23**(3): 224-233.
- Mays, N., C. Pope et J. Popay (2005). "Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field." Journal of Health Services Research and Policy **10**(suppl 1): 6-20.
- McGill University. (2009). "The McGill Educational Initiative on Interprofessional Collaboration: Partnerships for Patient and Family-Centered Practice." Retrieved november 15th, 2010, from <http://www.interprofessionalcare.mcgill.ca/default.htm>.
- McNair, R., N. Stone, J. Sims et C. Curtis (2005). "Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice." Journal of Interprofessional Care **19**(6): 579-594.
- Miller, K. L., S. Reeves, M. Zwarenstein, J. D. Beales, C. Kenaszchuk et L. G. Conn (2008). "Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study." J Adv Nurs **64**(4): 332-343.
- Mintzberg, H. (1989). Le management. Voyage au centre des organisations. Paris.
- Morey, J. C., R. Simon, G. D. Jay, R. L. Wears, M. Salisbury, K. A. Dukes et S. D. Berns (2002). "Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project." Health Serv Res **37**(6): 1553-1581.
- Oandasan, I., D. D'Amour, M. Zwarenstein, K. Barker, M. Purden, M. Beaulieu, S. Reeves, L. Nasmith, C. Bosco, L. Ginsburg et D. Tregunno (2004). Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice  
Ottawa, Santé Canada.
- .
- Oandasan, I. et S. Reeves (2005). "Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context." J Interprof Care **19 Suppl 1**: 21-38.
- Parsell, G. et J. Bligh (1998). "Interprofessional learning." Postgrad Med J **74**(868): 89-95.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Proulx, D. et S. Brière (2005). "La réforme administrative au gouvernement du Québec: étude du processus de changement sur la culture organisationnelle." Canadian Public Administration **48**(1): 53-72.
- Rapport annuel du Commissaire à la santé et au bien-être (2009). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec.
- Reeves, S. et D. Freeth (2002). "The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative." Journal of Interprofessional Care **16**(1): 41-52.
- Reeves, S., J. Goldman et I. Oandasan (2007). "Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings." Journal of Allied Health **36**(4): 231-235.
- Reeves, S., M. Zwarenstein, J. Goldman, H. Barr, D. Freeth, I. Koppel et M. Hammick (2010). "The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review." Journal of Interprofessional Care **24**(3): 230-241.
- Rodrigues, S. B. et D. J. Hickson (1995). "Success in Decision-Making : Different Organizations, Different Reasons for Success " Journal of Management Studies **32**(5): 655-678.

- Santé Canada. (2003). "Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé." Retrieved november 15th, 2010, from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.
- Santé Canada. (2004). "La pratique interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. Document de synthèse de recherche." Retrieved septembre 25th, 2009, from [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/synth\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/synth_f.html).
- Scheirer, M. A. (1987). "Program theory and implementation theory: Implications for evaluators." *New Directions for Program Evaluation* **1987**(33): 59-76.
- Scheirer, M. A. et E. L. Rezmovic (1983). "Measuring the Degree of Program Implementation: A Methodological Review." *Evaluation Review* **7**(5): 599-633.
- Schmidt, I., C. B. Claesson, B. Westerholm, L. G. Nilsson et B. L. Svarstad (1998). "The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes." *J Am Geriatr Soc* **46**(1): 77-82.
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. Aldershot, UK, Avebury.
- Schwenk, C. R. (1990). "Conflict in Organizational Decision Making: An Exploratory Study of Its Effects in For-Profit and Not-for-Profit Organizations." *Management Science* **36**(4): 436-448.
- Scott, R. W. (1987). "The Adolescence of Institutional Theory." *Administrative Science Quarterly* **32**(4): 493-511.
- Selle, K. M., K. Salamon, R. Boarman et J. Sauer (2008). "Providing interprofessional learning through interdisciplinary collaboration: the role of "modelling"." *J Interprof Care* **22**(1): 85-92.
- Sheehan, D., L. Robertson et T. Ormond (2007). "Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams." *J Interprof Care* **21**(1): 17-30.
- Sicotte, C. (2006). Comment donner du sens à un système de santé complexe? Reddition de comptes et systèmes d'information. *Le système sociosanitaire au Québec: Gouverne, régulation et participation*. M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen and L. Bordeleau, Gaëtan Morin Éditeur: 301 – 316.
- Sicotte, C., D. D'Amour et M.-P. Moreault (2002). "Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres." *Social Science and Medicine* **55**(6): 991-1003.
- Suter, E., J. Arndt, J. Lait, K. Jackson, J. Kipp, E. Taylor et N. Arthur (2007). "How can frontline managers demonstrate leadership in enabling interprofessional practice?" *Healthcare Management Forum* **20**(4): 38-43.
- Thompson, C., A. L. Kinmonth, L. Stevens, R. C. Peveler, A. Stevens, K. J. Ostler, R. M. Pickering, N. G. Baker, A. Henson, J. Preece, D. Cooper et M. J. Campbell (2000). "Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial." *Lancet* **355**(9199): 185-191.
- Thompson, R. S., F. P. Rivara, D. C. Thompson, W. E. Barlow, N. K. Sugg, R. D. Maiuro et D. M. Rubanowice (2000). "Identification and management of domestic violence: a randomized trial." *Am J Prev Med* **19**(4): 253-263.
- Université de Montréal. (2007). "Éducation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient (EPIC)." Retrieved november 15th, 2010, from <http://www.ecip.umontreal.ca/index.html>.

- Université Laval. (2007). "Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient." Retrieved novembre 15th, 2009, from <http://www.fipac.fmed.ulaval.ca/index.php?id=905>.
- University of Toronto. (2008). "Curriculum Overview." Retrieved April 17th, 2011, from <http://ipe.utoronto.ca/IPE%20Curriculum%20Overview%20FINAL%20oct%2028.pdf>.
- Verma, S., M. Paterson et J. Medves (2006). "Core competencies for health care professionals: what medicine, nursing, occupational therapy, and physiotherapy share." *Journal of Allied Health* **35**(2): 109-115.
- Walsh, C. L., M. F. Gordon, M. Marshall, F. Wilson et T. Hunt (2005). "Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education." *Nurse Educ Pract* **5**(4): 230-237.
- Way, D., L. Jones et N. Busing (2000). Implementation strategies: "collaboration in primary care — family doctors and nurse practitioners delivering shared care" [discussion paper]. Toronto, Ontario College of Family Physicians.
- Wild, D., H. Nawaz, W. Chan et D. L. Katz (2004). "Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit." *J Public Health Manag Pract* **10**(1): 63-69.
- Yan, J., J. Gilbert et S. Hoffman (2007). "World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice." *Journal of Interprofessional Care* **21**(6): 588-589.
- Yetton, P., R. Sharma et G. Southon (1999). "Successful IS Innovation: The Contingent Contributions of Innovation Characteristics and Implementation Proces." *Journal of Information Technology* **14**(1): 53-68.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : design and methods*. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Young, A. S., M. Chinman, S. L. Forquer, E. L. Knight, H. Vogel, A. Miller, M. Rowe et J. Mintz (2005). "Use of a consumer-led intervention to improve provider competencies." *Psychiatr Serv* **56**(8): 967-975.
- Zwarenstein, M., J. Goldman et S. Reeves (2009). "Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD000072.



**Annexe 1 : Modèle logique du PFI au sein du CSSS étudié proposé par le CDPIR**



## **Annexe 2 : Guide d'entrevue destiné aux professionnels et aux cadres administratifs et cliniques**

- A) Remerciements pour la participation à l'étude.
- B) Brève introduction rappelant les objectifs et la nature de l'étude (clarifier ce qu'on entend par PFI et PII).
- C) Rappel des procédures de confidentialité et de retrait

### D) Principales questions

1- Quel est votre rôle en lien avec la mise en œuvre du PFI au CSSS ?

2- Avez-vous assisté à une activité de PII au CSSS?

*Si oui, question 3, sinon, passer à la question 7*

### **Degré de mise en œuvre du PFI**

3- Pouvez-vous me parler de l'activité de PII ? (Comment se déroule le PII ? Quel est le rôle de chacun ?)

4- Avez-vous assisté à une activité de PII avec un stagiaire (PFI) ?

*Si oui, question 5, sinon, passer à la question 7*

5- Décrivez-moi la participation du stagiaire à l'activité de PII.

6- Y avait-il une façon pour le stagiaire de s'améliorer suite au PII ? Si oui, laquelle ?

### **Facteurs systémiques influençant la mise en œuvre**

7- D'après vous, dans le milieu de la santé en général, quels sont les éléments qui renforcent l'intérêt pour la formation des futurs professionnels autour de la question de la collaboration interprofessionnelle ? (valeur, politique)

8- Toujours dans la même optique, quels sont les éléments nuisent à cette orientation ? (accréditation, système de formation séparé, intérêts professionnels et champs de pratique, etc.)

9- Décrivez-moi les influences particulières que d'autres organisations ou réseaux professionnels ont pu jouer en lien avec l'intérêt du CSSS pour l'implantation d'activité de formation interprofessionnelle comme le PFI.

### **Facteurs organisationnels**

#### **Contexte organisationnel**

10- Pouvez-vous me parler d'autres initiatives ou projets de collaboration interprofessionnelle qui ont été implantés au CSSS lors des dernières années ?

11- Connaissez-vous d'autres activités qui permettent d'exposer les stagiaires à la collaboration interprofessionnelle ? (groupe multi, formation, communauté de pratique)

12- Comment décririez-vous l'attitude de (votre équipe de professionnels en gériatrie/la direction du CSSS) face au changement en général ?

13- Quels sont les éléments qui facilitent le changement (au sein de votre équipe/au CSSS) ?  
Quels sont les défis ?

14- De quelle façon croyez-vous que les gestionnaires (ou les cadres intermédiaires) ont soutenu l'implantation du PFI ?

#### Ressources financières

15- Pensez-vous que les ressources financières étaient suffisantes en lien avec la mise en œuvre du PFI ?

#### Caractéristique des ressources humaines

16- Quelle est votre expérience en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation ? (*distinguer ici interprofessionnel ou multi professionnel*)

17- Quelqu'un a-t-il joué un rôle plus important dans l'implantation du PFI ? Qui ?

18- Comment cela s'est-il déroulé ?

#### **Caractéristique du programme mis en place**

19- Parlez-moi de la logistique qui a entouré la mise en place du PFI ? (formation et préparation adéquates des acteurs, horaire, nombre d'apprenants, géographie, nouvelle forme d'apprentissage, etc.)

20- De quelle façon le PII vous rejoint-il ou non en lien avec vos valeurs, vos normes ou vos besoins ?

21- Croyez-vous que le patient devrait être inclus dans le PII ?

22- Est-ce que vous avez l'impression que le PFI est facile à réaliser ?

23- Si vous aviez une chose à améliorer en lien avec le PII ou le PFI, que serait-elle ?

24- Pour terminer, y a-t-il d'autres éléments qui vous semblent importants d'ajouter en lien avec la mise en œuvre du PFI ?

### **Annexe 3 : Guide d'entrevue destiné aux stagiaires**

A) Remerciements pour la participation à l'étude.

D) Brève introduction rappelant les objectifs et la nature de l'étude (clarifier ce qu'on entend par PFI et PII).

E) Rappel des procédures de confidentialité et de retrait

D) Principales questions

1- Pouvez-vous me décrire votre situation académique ?

2- Depuis quand êtes-vous en stage à l'UCDG ?

#### **Degré de mise en œuvre du PFI**

3- Pouvez-vous me parler de l'activité de PII ? (Comment se déroule le PII ? Quel est le rôle de chacun ?)

4- Décrivez-moi votre participation à l'activité de PII.

5- Y avait-il une façon pour vous de s'améliorer suite au PII ? Si oui, laquelle ?

#### **Facteurs systémiques influençant la mise en œuvre**

6- D'après vous, dans le milieu de la santé en général, quels sont les éléments qui renforcent l'intérêt pour la formation des futurs professionnels autour de la question de la collaboration interprofessionnelle ? (valeur, politique)

7- Toujours dans la même optique, quels sont les éléments nuisent à cette orientation ? (accréditation, système de formation séparé, intérêts professionnels et champs de pratique, etc.)

#### **Facteurs organisationnels**

##### Contexte organisationnel

8- Connaissez-vous d'autres activités qui permettent de vous exposer à la collaboration interprofessionnelle ? (groupe multi, formation, communauté de pratique)

##### Caractéristique des ressources humaines

9- Quelle est votre expérience en lien avec la collaboration interprofessionnelle et sa formation ? (*distinguer ici interprofessionnel ou multi professionnel*)

#### **Caractéristique du programme mis en place**

10- Parlez-moi de votre préparation en lien avec les activités de PII ou encore les activités se rapportant à la collaboration interprofessionnelle au sens large.

11- D'après vous, quelles sont les grandes différences entre le PII vécu à l'UCDG et celui vécu à l'UdeM (*s'il y a lieu*)

12- Lors de votre stage à l'UCDG, pouvez-vous me parler des avantages ou des inconvénients à côtoyer d'autres étudiants en stage lors des activités de collaboration interprofessionnelle comme le PII ?

13- De quelle façon le PII vous rejoint-il ou non en lien avec vos valeurs, vos normes ou vos besoins ?

14- Croyez-vous que le patient devrait être inclus dans le PII ?

15- Est-ce que vous avez l'impression que le PII est facile à réaliser à l'UCDG ?

16- Si vous aviez une chose à améliorer en lien avec le PII vécu à l'UCDG, que serait-elle ?

17- Pour terminer, y a-t-il d'autres éléments qui vous semblent importants d'ajouter en lien avec votre expérience de PII à l'UCDG ?

**Annexe 4 : Certificat d'éthique****Centre de santé et de services sociaux**  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Le 30 septembre 2010

Justin Jefferson-Falardeau  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]**OBJET :** **ACR modification au formulaire de consentement et Autorisation de débiter**  
**N/RÉF. :** 2213-10-11**TITRE :** Facteurs associés à l'implantation d'un programme de formation interprofessionnelle au sein d'un Centre de santé et de services sociaux au Québec

Monsieur,

La présente fait suite à la réception de votre courriel du 30 septembre 2010 auquel était joint votre protocole de recherche – d'une qualité remarquable – incluant le formulaire de consentement révisé.

Les corrections administratives demandées dans notre lettre du 24 septembre dernier ayant été effectuées, nous sommes heureux de vous donner l'autorisation de débiter le recrutement des participants au CSSS [REDACTED].

Le CÉR, à l'unanimité, estime que ce projet respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce type de recherche. Aussi, le CÉR accepte les documents suivants, et ce en date de ce jour :

- Protocole de recherche amendé, version datée de septembre 2010, incluant le formulaire de consentement, daté du 2010-09-27;

- Le courriel d’approbation du projet par le Directeur de thèse, daté du 8 septembre 2010;
- La lettre d’approbation scientifique, datée du 30 août 2010;
- Le courriel confirmant l’appui du coordonateur au développement des pratiques professionnelles et à la recherche du CSSS [REDACTED], daté du 30 août 2010;
- Le curriculum vitae du chercheur.

La présente autorisation est valide pour une période d’une année au terme de laquelle le chercheur devra soumettre une demande de renouvellement, le cas échéant. Il est entendu que vous vous engagez à aviser le CÉR de la fin du projet de recherche, de toutes modifications au protocole de recherche ainsi que de toutes problématiques survenant en cours de recherche et, si possible, à fournir une copie du rapport de recherche ou des publications futures en lien avec ce projet.

Nous vous assurons de notre intérêt pour votre projet de recherche et vous prions d’accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.

[REDACTED]  
Infirmière – soutien au CÉR

Pour Me [REDACTED] Président du CÉR [REDACTED]  
/nb