

Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Ce rapport de stage intitulé :
La collaboration interprofessionnelle

présenté par :
Valérie Richard

a été évalué par un jury composant les personnes suivantes :

Isabelle Brault, directrice de stage
Diane Nault, conseillère clinicienne en soins infirmiers au SRSAD
Danielle St-Jules, chef de service au SRSAD

Septembre 2011

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION.....	5
 CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	
1.1 L'importance de la collaboration interprofessionnelle	7
1.2 But du stage	11
1.3 Objectifs de stage	12
1.4 Objectifs d'apprentissage.....	12
 CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	
2.1 Impacts de la collaboration interprofessionnelle	15
2.2 Le modèle conceptuel de structuration de la collaboration	19
 CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	
3.1 Activités préparatoires au stage	28
3.2 Préparation et administration du questionnaire.....	31
 CHAPITRE 5 : RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES	
5.1 Questionnaires réalisés avec le centre hospitalier 1 et le SRSAD.....	38
5.2 Questionnaires réalisés avec le centre hospitalier 2.....	45
5.3 Questionnaires réalisés avec le centre 3	49
5.4 Questionnaires réalisés avec le centre hospitalier 4.....	53
5.5 Rencontre réalisée avec le centre hospitalier 5.....	60

CHAPITRE 6 : DISCUSSION ET SUGGESTIONS

6.1	Recommandations présentées aux gestionnaires	63
6.2	Application de certaines recommandations	
6.2.1	Impacts du stage.....	65
6.2.2	Retombées chez les professionnels.....	69
6.2.3	Retombées chez l'étudiante	69
6.2.4	Retombées pour l'administration des services infirmiers.....	70
6.3	Limites rencontrées lors du déroulement du stage	
6.3.1	Contraintes de temps chez certains participants	70
6.3.2	Manque d'implication de certains intervenants.....	70
6.4	Atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage.....	71
6.5	Bilan des apprentissages	
6.5.1	Limite de l'intervention lors du stage	72
6.5.2	Créativité pendant le stage.....	73
	CONCLUSION	75
	RÉFÉRENCES.....	77
	ANNEXES	
	ANNEXE 1.....	80
	ANNEXE 2.....	81
	ANNEXE 3.....	86
	ANNEXE 4.....	88
	ANNEXE 5.....	89

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans un contexte de soins de santé de plus en plus complexe, la collaboration interprofessionnelle demeure primordiale, entre autre, pour favoriser le continuum de soins. Les professionnels de la santé doivent pouvoir réussir à structurer une action collective afin d'assurer une continuité des services (D'Amour et al., 2008).

Le stage, dont il est question dans ce rapport, s'est déroulé dans un contexte de soins à domicile spécialisés en maladies pulmonaires chroniques. Le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD) de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont s'étend sur l'île de Montréal et les intervenants sont appelés à travailler en collaboration avec tous les centres hospitaliers, les centre de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres de réadaptation. Par contre, depuis de nombreuses années, il est difficile, pour les intervenants du SRSAD et un centre hospitalier de la métropole, d'établir une relation de collaboration.

Ce rapport, qui est divisé en cinq parties, débute par la présentation de la problématique. Par la suite, la recension des écrits est présentée, ainsi que la méthodologie et enfin, les résultats des questionnaires, la discussion et les recommandations.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE

La problématique sera composée de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, le contexte, le but et les objectifs de stage ainsi que les objectifs d'apprentissage.

1.1 L'importance de la collaboration interprofessionnelle

Tout d'abord, la collaboration interprofessionnelle se définit par une action collective où des individus s'unissent pour la réalisation d'un but commun (D'Amour, 2001). Une autre définition de la collaboration interprofessionnelle, selon Robidoux (2007), serait le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe.

Les nouvelles formes d'organisation des soins, telles que les soins intégrés et la gestion par programmes, font en sorte que la collaboration est importante. Ces organisations requièrent le développement de pratiques basées sur la collaboration (D'amour et al., 2008). Selon ces auteurs, la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle est essentielle dans un contexte de soins en périnatalité lorsque la visée est de diminuer le temps de séjour ou de donner le congé aux patientes plus tôt.

D'Amour (2001), traite de la collaboration entre les infirmières et les médecins de famille suite à la Commission Clair (2000), qui proposait la création de « Groupe de médecine de famille ». Cette auteure mentionne que l'intervention interdisciplinaire constitue, spécialement en milieu communautaire, un modèle incontournable dans les situations complexes de soins, malgré ses difficultés de mise en œuvre.

La problématique qui a été ciblée pour le milieu de stage se situe au niveau de la collaboration interprofessionnelle. Le stage s'est déroulé au Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques, soit le SRSAD. Ce service est gouverné par l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et couvre l'ensemble de l'île de Montréal, c'est-à-dire de Ste-Anne de Bellevue jusqu'à Pointe-aux-Trembles ainsi que de Montréal-Nord jusqu'à l'Île-des-soeurs.

Le SRSAD a été créé en 1968 dans le but d'offrir des soins à domicile chez une clientèle qui consomme beaucoup de ressources hospitalières. Le projet a débuté avec 70 patients et le nombre a augmenté progressivement à 100 puis à 200 usagers. En 1983, ce service pour malades pulmonaires s'est régionalisé et les partenaires des CLSC ont été inclus selon un mode d'opération. Présentement, le SRSAD compte plus de 4000 patients à son actif. Le SRSAD est composé d'une équipe comprenant plus d'une trentaine d'infirmières cliniciennes, plus d'une trentaine d'inhalothérapeutes, deux infirmières bachelières assistantes du supérieur immédiat, une assistante-chef inhalothérapeute, deux inhalothérapeutes coordonnateurs techniques, deux préposés en inhalothérapie, une infirmière conseillère en soins infirmiers, sans compter la chef de service, deux travailleurs sociaux, trois thérapeutes en réadaptation physique, un directeur médical et un directeur médical adjoint, les secrétaires, les commis, etc. L'étudiante, qui a participé au stage dont il est question dans ce rapport est aussi une infirmière clinicienne du SRSAD depuis cinq ans.

Le SRSAD offre des soins spécialisés de deuxième ligne à domicile aux malades pulmonaires chroniques en continuité avec les centres de santé et les services sociaux (CSSS) et les hôpitaux. La clientèle est composée d'adultes de plus de 18 ans, atteints

d'une maladie pulmonaire chronique. Parmi les objectifs visés, ce service a été mis en place, entre autre, pour diminuer la fréquence des hospitalisations et visites à l'urgence, fournir un suivi pulmonaire spécialisé, améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille et prodiguer de l'enseignement dans le but d'habiliter l'utilisateur et renforcer l'autonomie (St-Jules, 2007).

Les intervenants du SRSAD sont donc appelés à travailler en collaboration interprofessionnelle avec tous les centres hospitaliers et CSSS de Montréal, selon le territoire qui leur est désigné. Ceux-ci changent de secteur à tous les ans, donc ils doivent travailler en collaboration avec plusieurs partenaires. Un des éléments qui semble avoir aidé à construire cette collaboration interprofessionnelle est le projet MPOC, qui a débuté en mai 2002 (Bourbeau et ses collègues, 2007). L'Agence a alors octroyé un budget pour développer le réseau intégré pour les soins de première ligne destinés aux patients atteints de MPOC sur l'île de Montréal. Le principal objectif était alors de diminuer le nombre d'hospitalisations et la fréquence des visites à l'urgence. À ce moment, six sous-régions ont été identifiées sur l'île de Montréal et pour chacune, un intervenant-pivot réseau a été nommé. Ces infirmières cliniciennes ont comme rôle, au niveau régional, de standardiser les services et les outils pour l'île de Montréal. Elles organisent des réunions cliniques avec les intervenants de leur sous-région qui travaillent auprès de la clientèle MPOC. L'intervenant-pivot réseau a aussi des rôles au niveau sous-régional tels que la possibilité de faire des rencontres inter-établissement entre tous les professionnels impliqués avec le patient autour d'une table. De plus, c'est une personne ressource qui oriente, facilite la communication et la continuité des soins, souligne les problèmes et

propose des solutions aux CLSC/CHSLD. Un autre de ses rôles est de faciliter le succès et la continuité des projets inclus dans le réseau intégré MPOC (Bourbeau et al., 2007).

Les intervenants du SRSAD ainsi que les gestionnaires rencontrés dans le cadre du stage croient que la collaboration interprofessionnelle à l'interne est l'une de leurs plus grandes forces. Selon les intervenants du SRSAD, la collaboration interprofessionnelle se déroule plutôt bien, de façon générale, avec les différents partenaires, mais il y a un centre hospitalier, entre autre, avec lequel une problématique persiste depuis plusieurs années.

Présentement, l'équipe du SRSAD et une équipe d'un centre hospitalier de la métropole font face à une problématique de collaboration interprofessionnelle. L'équipe du centre hospitalier de la métropole se situe au niveau de la clinique ambulatoire de pneumologie et est composée de plusieurs pneumologues, d'une infirmière et d'une inhalothérapeute. Lorsque les intervenants du SRSAD tentent d'entrer en contact avec l'équipe de ce centre hospitalier, ils ont de la difficulté à rejoindre certains médecins. Selon ces intervenants, cela peut se manifester par des absences de retour d'appels et/ou de communication écrite de la part de certains intervenants. Ils ont également de la difficulté à obtenir une collaboration de la part de l'infirmière ou de l'inhalothérapeute de la clinique ambulatoire. Par exemple, lorsque les intervenants du SRSAD ont besoin rapidement d'information concernant le suivi de leurs patients, l'infirmière de la clinique ambulatoire leur demande de contacter directement les archives médicales. Selon les intervenants du SRSAD, le processus avec les archives peut être très long alors qu'ils ont besoin de certaines informations rapidement. Dans d'autres centres hospitaliers de la métropole, toujours selon les intervenants du SRSAD, l'infirmière de la clinique

ambulatoire a souvent un rôle de pivot et fait le lien avec la communauté, ce qui facilite la continuité de soins. Cette problématique de collaboration interprofessionnelle amène les intervenants du SRSAD à croire que des patients risquent de se retrouver à l'urgence. Il est donc essentiel pour eux de collaborer avec les médecins et l'équipe de la clinique ambulatoire, car la mission première du SRSAD est d'abord de maintenir les patients à domicile le plus longtemps possible.

Deux pneumologues de garde, soit le directeur médical du SRSAD ainsi que le directeur médical adjoint sont disponibles lorsque les intervenants ne peuvent pas rejoindre le médecin traitant du patient. Par contre, les patients présentent de plus en plus de co-morbidités, de problématiques et plusieurs ont atteint la phase palliative de la maladie, ce qui rend la discussion avec le médecin traitant du patient primordiale. Ce stage a donc une visée d'explorer la problématique de collaboration interprofessionnelle, qui persiste depuis plusieurs années, entre les intervenants du SRSAD et l'équipe d'un centre hospitalier de la métropole.

1.2 But du stage

Le but du stage était d'analyser la collaboration interprofessionnelle entre le SRSAD et une équipe d'un centre hospitalier de la métropole, de proposer des recommandations et d'appliquer certaines recommandations retenues par les deux équipes. Ce stage visait surtout une sensibilisation des deux équipes à la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'une amélioration, entre autre, des processus de communication et de coordination des soins, tout cela dans un souci d'une approche centrée sur la clientèle et le continuum de soins.

1.3 Objectifs de stage

Les objectifs élaborés pour ce stage :

- Comprendre la problématique de collaboration interprofessionnelle actuelle entre le SRSAD et l'équipe d'un centre hospitalier de la métropole.
- Comprendre la structure de collaboration interprofessionnelle et de gestion de trois hôpitaux de la métropole ayant de bons liens avec le SRSAD, les comparer aux indicateurs de collaboration élaborés par D'Amour et ses collègues (2008) et faire ressortir les interventions qui favorisent la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes.
- Présenter aux équipes du SRSAD et du centre hospitalier ciblé les résultats de l'analyse de la situation problématique et proposer des recommandations qui favoriseraient la collaboration interprofessionnelle en fonction des indicateurs élaborés par D'Amour et ses collègues (2008).
- Travailler en collaboration avec les équipes du SRSAD et du centre hospitalier de la métropole en vue d'établir un mode de fonctionnement et de communication efficace.
- Promouvoir et soutenir une pratique collaborative au sein des équipes ciblées axée sur le patient.

1.4 Objectifs d'apprentissage

Les objectifs personnels qui ont été établis pour ce stage en lien avec l'administration des services infirmiers sont:

- ❖ Mettre en pratique les différentes compétences acquises lors mes cours en administration des services infirmiers.
- ❖ Assumer mon leadership infirmier.
- ❖ M'impliquer au niveau des comités de gestion afin de mieux comprendre la structure de gestion de mon milieu.
- ❖ Bien saisir le rôle de gestionnaire en services infirmiers.

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits se divisera en deux parties. Dans la première partie, les impacts de la collaboration interprofessionnelle pour les patients, les professionnels et l'organisation seront abordés. En deuxième partie, le modèle conceptuel qui a été utilisé dans le cadre de ce stage, soit le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et ses collègues, (2008), sera présenté.

2.1 Impacts de la collaboration interprofessionnelle.

Selon certaines études, il est démontré que la collaboration interprofessionnelle, au niveau des patients, diminue le taux de mortalité, diminue la durée d'hospitalisation, diminue les coûts et augmente l'efficacité des soins (Hamric et al., 2009). Au niveau des professionnels, ils sont plus satisfaits de leur travail et cela renforce les sentiments d'importance, de compétence et d'estime de soi. Au niveau des impacts sur l'organisation, il y a une meilleure productivité, une efficacité du personnel et ainsi qu'une rétention et satisfaction des employés plus élevée. (Hamric et al., 2009).

Des auteures font état de résultats significatifs démontrant l'impact de la collaboration interprofessionnelle chez des patients hospitalisés pour un cancer (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2008). Tout d'abord, la collaboration est considérée comme l'une des meilleures stratégies en réponse aux besoins pour une meilleure compréhension, continuité et efficience au niveau des systèmes de santé. Toujours selon ces auteures, on mentionne que quelques études ont trouvé des relations entre le niveau de coordination et les résultats-patients, comme la durée de séjour, la satisfaction des patients, la qualité des soins et la douleur post-opératoire. Les auteures concluent que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle a un effet sur la satisfaction du patient. De plus, le fait de travailler en collaboration apporte une meilleure coordination et

compréhension du plan de soins ainsi qu'une cohésion au niveau de l'attitude concernant le partage de buts communs (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2008).

Les impacts de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels de la santé sont aussi nombreux. Un rapport a été fait au niveau du travail en équipe dans les services de santé (Oandasan et ses collègues, 2006). Parmi les messages principaux, les auteurs font mention qu'un système de santé qui promouvoit l'efficacité du travail en collaboration contribue, entre autre, à diminuer les problématiques reliées à la surcharge de travail qui entraînent le surmenage chez certains professionnels de la santé. De plus, selon ces auteurs, les professionnels ont besoin de formation afin de travailler en équipe et comprendre les rôles et les responsabilités de chacun. Parmi les éléments nécessaires à la collaboration, il y a la communication, la confiance en soi et envers les collègues, l'autonomie, le respect mutuel et le sentiment de responsabilité partagée (Oandasan et ses collègues, 2006). D'Amour (2001) se penche sur la notion de collaboration infirmières/médecins suite aux recommandations de la Commission Clair (2000), qui proposait, entre autre, un nouveau tandem de collaboration, soit médecins et infirmières de pratique avancée. Parmi les conditions favorisant une collaboration entre les infirmières et les médecins, il y aurait la volonté de travailler ensemble, le pouvoir dans les relations interprofessionnelles et la clarification des responsabilités de chacun. Au niveau du pouvoir dans les relations interprofessionnelles, pour 50% des infirmières et des médecins, les manières d'interagir se traduisent principalement par de la compétition, du compromis et de l'accommodation alors que de préférence, les relations devraient être empreintes de confiance (D'Amour, 2001). Dans un autre article de D'Amour et ses collègues (2003), les auteurs rappellent l'importance des relations entre les individus qui

collaborent ensemble. En effet, lorsqu'ils ne se connaissent pas, ils sont peu enclins à faire confiance aux autres intervenants. Les notions de compétence et d'imputabilité sont celles le plus souvent mentionnées (D'Amour et ses collègues, 2003).

Au niveau des impacts sur l'organisation, une revue de littérature explore les perceptions des infirmières au niveau des facteurs organisationnels facilitant les relations de collaboration (Smith et ses collègues, 2010). Dans cet article, des infirmières ont cité que d'avoir le temps suffisant et un espace de travail pour interagir avec les autres professionnels sont des facilitateurs pour le développement de pratiques de collaboration. L'étude a fait ressortir deux priorités au niveau des facteurs organisationnels de San Martin-Rodriguez et ses collègues (2005), l'une au niveau des ressources de l'équipe facilitant la collaboration ; par exemple, le temps alloué pour la collaboration interprofessionnelle, un espace commun, et l'autre au niveau des mécanismes de coordination et de communication tels que des rencontres formelles et des protocoles. Ils ont identifié plusieurs déterminants d'une collaboration efficace. Ceux-ci sont distribués en trois grandes catégories dont les déterminants systémiques, organisationnels et interactionnels. Les déterminants systémiques font référence à des éléments externes de l'organisation tels que le système social, culturel, éducationnel et professionnel. Les déterminants organisationnels combinent les attributs de l'organisation, qui définissent l'environnement de travail de l'équipe ainsi que le support administratif. Les déterminants organisationnels sont la structure organisationnelle, la philosophie de l'organisation, le support administratif, les ressources de l'équipe et les mécanismes de coordination et de communication. Enfin, les déterminants interactionnels font référence aux composantes des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe, tels que

la volonté de collaborer, la confiance, la communication et le respect mutuel. (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2005). Tel que mentionné ci-haut, parmi les déterminants organisationnels, il y a la structure organisationnelle, qui a une forte influence sur le développement de pratiques collaboratives au sein des équipes de soin. Une structure décentralisée et flexible souligne l'importance du travail en équipe et supporte la prise de décision partagée. Ainsi, la pratique collaborative est encouragée (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2005). La philosophie devrait supporter la pratique de collaboration entre les professionnels. Une philosophie qui met en valeur la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance est essentielle dans le développement d'une collaboration dans les équipes de soins. Concernant le support administratif, celui-ci est nécessaire dans l'implantation de la collaboration interprofessionnelle. Le développement de la collaboration entre les membres de l'équipe peut être facilité par des leaders convaincus capables de motiver les professionnels à entreprendre une pratique collaborative et de créer un cadre organisationnel qui encourage la collaboration (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2005). De plus, les gestionnaires devraient investir dans des manières alternatives de communiquer ainsi qu'allouer davantage de temps dans la structure de la journée afin de favoriser la collaboration (Smith et ses collègues, 2010). Les ressources de l'équipe sont aussi parmi les déterminants organisationnels. Les conditions-clés d'une collaboration efficace comprennent le temps alloué pour interagir avec les autres ainsi que la disponibilité d'un lieu de rencontrer. Le fait de travailler dans un espace partagé et avec une proximité diminue la territorialité professionnelle et les comportements formels, puis facilite la collaboration (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2005). Enfin, des mécanismes de

coordination et de communication sont nécessaires pour le développement d'une pratique collaborative. La collaboration interprofessionnelle peut bénéficier, en particulier, de la formalisation de règles et de procédures concernant le développement de la collaboration entre les professionnels. Cela peut se traduire par la documentation standardisée et unifiée, des rencontres régulières impliquant tous les membres de l'équipe, des politiques, des protocoles interprofessionnels, etc (San Martin-Rodriguez et ses collègues, 2005).

Bien qu'il y ait des facilitateurs au niveau de la collaboration interprofessionnelle, il y a des obstacles à la collaboration et en tant que gestionnaire, il faut s'y préparer. Il y a des obstacles disciplinaires, comme le manque de connaissance des autres disciplines, la rencontre entre les valeurs de chaque discipline, des problèmes liés à la communication tels que l'absence de confiance, le manque de temps et le manque d'attention aux résultats. Il y a des obstacles au niveau socioculturel tels que les stéréotypes liés au rôle et au genre. Il y a aussi des obstacles au niveau organisationnel tels que les contraintes de temps, le manque d'incitatifs, le manque de soutien de la part des cadres supérieurs et des obstacles réglementaires tels que la législation (Hamric et ses collègues, 2009). Le gestionnaire doit être prêt à identifier ces obstacles et à argumenter en faveur de l'efficacité de la collaboration. Il faut qu'il insiste sur les aspects positifs de la collaboration et les bienfaits démontrés autant chez les patients que pour les intervenants.

2.2 Le modèle théorique de structuration de la collaboration interprofessionnelle.

Dans la prochaine section, nous présentons le modèle théorique de D'Amour et ses collègues (2008). Selon D'Amour, la collaboration interprofessionnelle se définit par une action collective où des individus s'unissent pour la réalisation d'un but commun

(D'Amour, 2001). Afin d'illustrer la problématique d'une perspective organisationnelle, le modèle D'Amour et ses collègues (2008), soit la structuration de la collaboration, a été choisi. Ce cadre de référence peut s'appliquer au niveau de la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle au sein des organisations de soins de santé (D'Amour et ses collègues, 2008). Il permet d'analyser le fonctionnement quant à la collaboration et d'identifier les écarts entre ce qui se passe actuellement et le ce qui serait souhaité (D'Amour et ses collègues, 2003). Les prochaines sections serviront à présenter les dimensions du modèle et les indicateurs qui y sont rattachés, les trois niveaux de collaboration ainsi que la schématisation de la collaboration une fois celle-ci analysée.

Ce modèle suggère que l'action collective peut être examinée sous l'angle de quatre dimensions, qui contiennent dix indicateurs (figure 1) (D'Amour et ses collègues, 2008). Les professionnels de la santé doivent pouvoir réussir à structurer une action collective afin d'assurer une continuité des services (D'Amour et ses collègues, 2008).

Deux des dimensions illustrées par la figure 1, soit la finalisation et l'intériorisation, se situent au niveau des relations entre les individus alors que les deux autres, soit la formalisation et la gouvernance, font référence aux aspects organisationnels. Les quatre dimensions sont interreliées et s'influencent mutuellement (D'Amour et ses collègues, 2008).

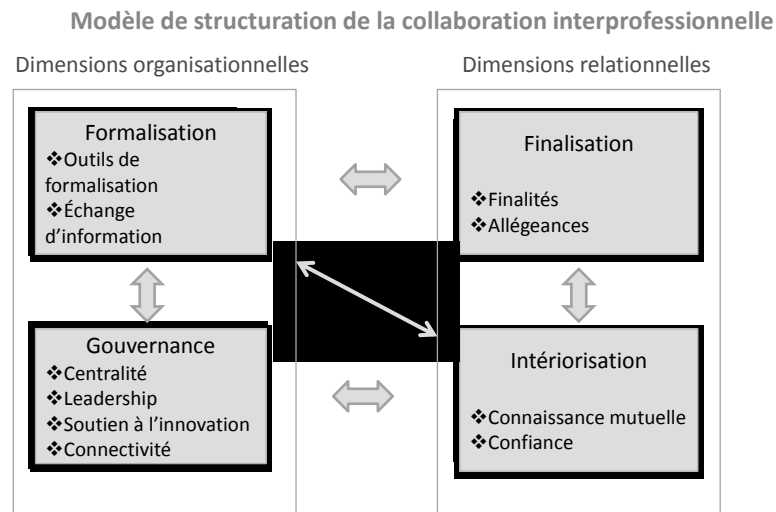


Figure 1 (D'Amour et al., 2003)

Parmi les dimensions relationnelles, la première est **la finalisation**. Elle concerne les buts communs ainsi que leur appropriation par l'équipe, la reconnaissance de motivations divergentes et de multiples allégeances. De plus, il peut exister, au sein d'une équipe, une diversité des définitions et attentes envers la collaboration. Les finalités et les allégeances sont les indicateurs de la finalisation. Les finalités sont reliées aux valeurs des individus dans la formation de buts communs, ayant fait l'objet d'un consensus. Les allégeances existent sous plusieurs formes, soit envers la clientèle, la profession, l'organisation, les intérêts personnels, etc. Les intérêts entre les partenaires peuvent différer totalement ou partiellement. Des ajustements mutuels doivent avoir lieu, qui peuvent se faire sous la forme de négociation (D'Amour et ses collègues, 2008).

La deuxième dimension relationnelle est **l'intériorisation**, qui est la conscience, par les professionnels, de leur interdépendance, la connaissance des valeurs et de la discipline des autres individus ainsi que la confiance entre les partenaires. Les indicateurs

reliés à cette dimension sont la connaissance mutuelle et la confiance. La connaissance mutuelle se situe à deux niveaux. Au niveau personnel, par la connaissance des valeurs et des compétences de l'autre et au niveau professionnel, par le cadre de référence disciplinaire de chaque groupe de professionnel, par l'approche au niveau des soins et par l'étendue du champ de pratique. La connaissance mutuelle permet de développer l'appartenance à un groupe puis l'établissement de buts communs (D'Amour et ses collègues, 2008). D'Amour (2008) rapporte que selon les professionnels, la collaboration est possible seulement lorsque les individus ont confiance en les compétences et l'habileté d'assumer les responsabilités des autres.

La première dimension organisationnelle est **la formalisation**, qui clarifie les attentes de chacun des membres et les responsabilités de l'équipe. Les outils de formalisation et l'échange d'information sont les indicateurs de cette dimension. Les outils de formalisation sont sous la forme, par exemple, d'accords interorganisationnels, de protocoles, de systèmes d'information, etc. L'échange d'information fait référence à l'existence et l'usage approprié d'une infrastructure d'information qui permet un échange d'information rapide et complet entre les professionnels. Elle constitue un aspect important pour l'établissement de relations de confiance (D'Amour et ses collègues, 2008).

L'autre dimension organisationnelle, soit **la gouvernance**, est étroitement liée aux notions de leadership qui supportent la collaboration. La gouvernance guide et soutient les professionnels lorsqu'ils tentent d'implanter des pratiques innovatrices reliées à la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle (D'Amour et ses collègues, 2008). Parmi les indicateurs de la gouvernance, la centralité consiste en

l'existence d'une direction claire et explicite afin de guider l'action entourant la collaboration. Les gestionnaires expérimentés peuvent avoir une influence déterminante sur la collaboration interorganisationnelle. Le leadership, au niveau des partenaires, doit être partagé. De plus, un leadership local peut s'avérer indispensable pour le développement d'une collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Le support à l'innovation fait référence à de nouvelles interventions qui ont pour but de faire des changements dans les pratiques cliniques et au niveau du partage entre les responsabilités des intervenants d'une même équipe. La connectivité fait référence à la possibilité des partenaires de pouvoir se rencontrer (D'Amour et ses collègues, 2008).

Le modèle développé par D'Amour et ses collègues permet de poser un diagnostic de la collaboration interprofessionnelle. À l'aide des indicateurs, une typologie de la collaboration à trois niveaux a été créée, soit la collaboration en action, en construction et en inertie. La collaboration en action fait référence au niveau le plus élevé de collaboration interprofessionnelle. Les partenaires sont parvenus à établir une collaboration stable malgré les problématiques qui peuvent survenir au niveau du système de santé. Une collaboration en construction est caractérisée par les processus de négociation en cours et par le fait que certains indicateurs et/ou dimensions n'ont pas encore fait l'objet d'un accord commun. Enfin, la collaboration en inertie se traduit par une absence de collaboration et de processus de négociation ou par des conflits et forces contradictoires. Il en résulte que les services deviennent fragmentés et peu efficaces (D'Amour, 2003).

Les indicateurs sont définis selon les trois niveaux de collaboration tels qu'illustrés dans le tableau suivant :

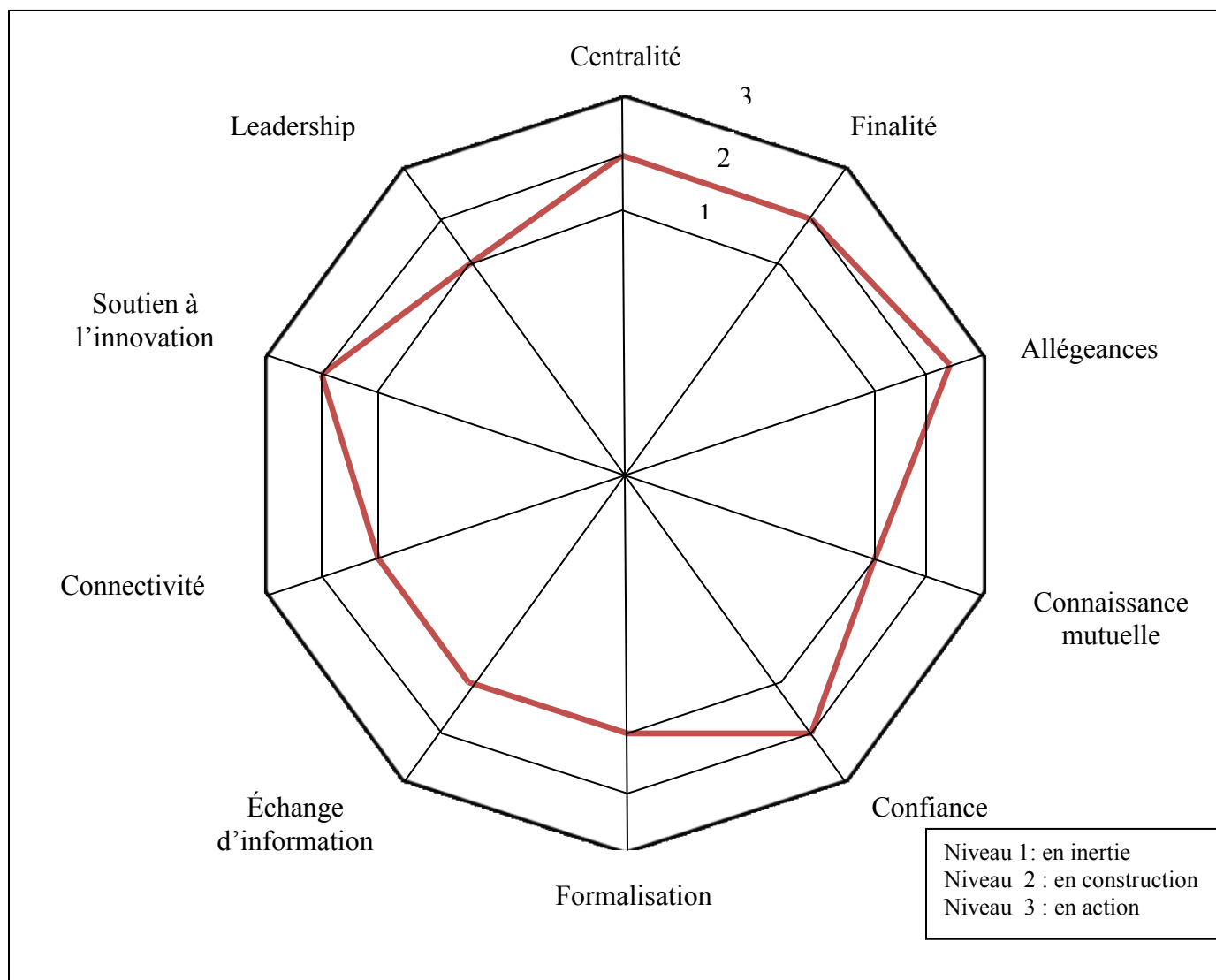
Tableau 1: Les variables d'analyse de la collaboration

Variabes	Collaboration en action Niveau 3	Collaboration en construction Niveau 2	Collaboration en inertie Niveau 1
Centralité	Instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus	Instance centrale au rôle confus; rôle politique et stratégique ambigu	Absence d'une instance centrale; quasi-absence de rôle politique
Leadership	Leadership partagé et consensuel	Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact	Leadership non consensuel, monopolisé
Expertise	Rôle d'expert favorisant un engagement global et fort	Rôle d'expert ponctuel et morcelé	Peu ou pas d'engagement comme expert
Connectivité et concertation	Pluralité des lieux de concertation	Lieux de concertation ponctuels reliés à des dossiers spécifiques	Quasi-absence de lieux de concertation
Finalités	Finalités consensuelles et globales	Quelques finalités communes ponctuelles	Finalités en opposition ou absence de finalités communes
Allégeances	Orientations centrées sur les besoins de la clientèle	Orientations centrées sur les besoins professionnels et organisationnels	Orientations plutôt déterminées par des intérêts privés
Connaissance mutuelle	Occasions fréquentes de se rencontrer Activités communes régulières	Rares occasions de se rencontrer Peu d'activités communes	Pas d'occasions de se rencontrer et Aucune activité commune
Confiance	Confiance ancrée	Confiance contingente, en développement	Absence de confiance
Formalisation (entente, contrat, arrangements inter-organismes)	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction	Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits
Infrastructure d'information	Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information	Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée	Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information

(Tableau tiré de D'Amour et ses collègues, 2003)

Après avoir déterminé le niveau de collaboration pour chacun des indicateurs, ceux-ci peuvent être illustrés sous forme de diagramme de Kiviat permettant une visualisation globale de la collaboration interprofessionnelle. La typologie de la collaboration interprofessionnelle est présentée selon un diagramme de Kiviat élaboré par D'Amour et ses collègues (2008).

Figure 2 : Exemple d'une structuration de la collaboration (D'Amour et al., 2008)



Pour le gestionnaire en sciences infirmières, il est important de reconnaître que la collaboration interprofessionnelle peut avoir plusieurs impacts, notamment au niveau des patients, des professionnels et de l'organisation. La collaboration interprofessionnelle peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients. Chez les professionnels de la santé, cela aura pour impact de diminuer les problématiques de surmenage au travail. Au niveau organisationnel, la mise en place de certaines stratégies peut favoriser

la collaboration, telles que d'allouer le temps et l'espace afin que cette collaboration interprofessionnelle ait lieu. De plus, il existe des facilitateurs et des obstacles à la collaboration interprofessionnelle, le gestionnaire doit en prendre connaissance. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, élaboré par D'Amour et ses collègues (2008), permet au gestionnaire de prendre conscience du niveau actuel de collaboration interprofessionnelle au sein de son équipe et de pouvoir visualiser, à travers les dix indicateurs, les champs à améliorer.

CHAPITRE 3
MÉTHODOLOGIE

Le chapitre concernant la méthodologie comprendra les activités préparatoires au stage, le déroulement du stage, l'élaboration d'un questionnaire, le recrutement des répondants, la description de l'échantillon d'intervenants ainsi que certaines activités qui ont été faites dans le but de l'atteinte des objectifs d'apprentissage.

3.1 Activités préparatoires au stage

Plusieurs activités préparatoires ont été nécessaires pour la réalisation de ce stage. Tout d'abord, malgré le fait que la problématique de collaboration interprofessionnelle entre le SRSAD et le centre hospitalier ciblé persistait depuis plusieurs années, une rencontre avec les gestionnaires du SRSAD était nécessaire afin de valider la faisabilité ainsi que la pertinence du projet. Le directeur médical du SRSAD, la chef de service ainsi que la conseillère clinicienne en soins infirmiers du SRSAD ont été rencontrés. Ceux-ci connaissaient déjà la problématique et ont accepté que le stage soit fait. La chef de service du SRSAD ainsi que la conseillère clinicienne en soins infirmiers ont d'ailleurs été les personnes ressources de la stagiaire.

Par la suite, l'infirmière-chef de l'unité de pneumologie, également chef de la clinique ambulatoire de pneumologie du centre hospitalier ciblé a aussi été rencontrée. Celle-ci était également au courant de la problématique et en accord pour le déroulement du stage. Elle a suggéré que l'infirmière-pivot réseau MPOC, qui est également l'infirmière au suivi sur l'unité de pneumologie soit sollicitée. Ayant déjà œuvré à titre d'infirmière à la clinique ambulatoire de pneumologie, elle connaît bien la problématique.

Le directeur de la pneumologie du centre hospitalier ciblé a aussi été rencontré. Celui-ci était aussi au courant de la problématique de collaboration interprofessionnelle

avec l'équipe du SRSAD. Par contre, il avait certaines réserves par rapport à ce stage, dont la crainte que la collaboration interprofessionnelle se détériore davantage, mais a tout de même accepté suite à une rencontre avec l'étudiante et la chef de service du SRSAD. L'étudiante s'est alors engagée à ne pas nommer le centre hospitalier ciblé et a présenté un plan sommaire du déroulement du stage, avisé que le but visait la compréhension de la problématique vécue et une sensibilisation à la collaboration interprofessionnelle. Il était important, pour l'étudiante, de bien comprendre la nature délicate et politique de ce stage.

Parmi les objectifs de stage, en plus d'analyser la problématique de collaboration interprofessionnelle avec le centre hospitalier ciblé, il a été établi, avec les personnes ressources du milieu et la directrice de stage, de visiter trois autres centres hospitaliers afin d'y analyser la collaboration interprofessionnelle. Le but était alors de choisir des centres hospitaliers où la collaboration interprofessionnelle se déroulait bien avec le SRSAD afin de pouvoir bénéficier d'éventuelles pistes de solution qui pourraient améliorer la situation actuelle. De plus, il fallait identifier des centres hospitaliers ayant des modes de fonctionnement différents tels que présence d'intervenant-pivots réseau ou gestionnaires de cas ou agents de liaison.

Une présentation du stage a été faite par l'étudiante auprès de l'équipe du SRSAD afin de stimuler les idées et de faire émerger des lieux où la collaboration interprofessionnelle peut être observée (annexe 1 et 2). Ceux-ci étaient heureux que cette problématique soit abordée. Ils ont nommé trois centres hospitaliers où la collaboration interprofessionnelle se déroulait bien, avec des modes de fonctionnements différents. Un premier centre hospitalier a été identifié par les intervenants du SRSAD, où la

collaboration interprofessionnelle s'est améliorée nettement depuis peu en communiquant directement avec les pneumologues. Ils ont ciblé un centre hospitalier, ayant une intervenante-pivot réseau MPOC qui fait le lien entre les intervenants de la communauté et les pneumologues. Un autre centre hospitalier est ressorti de la discussion, présentant un mode de fonctionnement innovateur par le contact de gestionnaires de cas. Un centre hospitalier a été nommé lors de la discussion, par les intervenants du SRSAD, comme fonctionnant selon un mode particulier, attribuable à un système informatique (Respir) et une infirmière de liaison. Selon les intervenants du SRSAD, il serait alors pertinent d'évaluer jusqu'à quel point ce mode de fonctionnement était aidant, car l'un de leurs irritants était qu'ils avaient de la difficulté à obtenir de l'information concernant leurs patients avec le centre hospitalier 1, puisqu'ils ne recevaient ni retour d'appel ni retour de communication écrite de la part de certains intervenants de la clinique ambulatoire. Il était aussi difficile d'obtenir de l'information de la part des archives médicales, car le processus pouvait prendre parfois des semaines avant d'avoir un retour. Étant donné la durée limitée du stage, le centre hospitalier avec le logiciel avait été retenu, mais l'analyse avec le modèle de D'Amour et ses collègues (2008) ne serait pas effectuée, par manque de temps. Il s'agissait plutôt d'une visée exploratoire.

Ces centres hospitaliers seront nommés ainsi dans le rapport :

- **Centre hospitalier 1** : centre hospitalier visé par le stage.
- **Centre hospitalier 2** : centre hospitalier avec communication directe aux pneumologues.
- **Centre hospitalier 3** : centre hospitalier fonctionnant avec une infirmière-pivot réseau MPOC

- **Centre hospitalier 4** : centre hospitalier fonctionnant avec des gestionnaires de cas
- **Centre hospitalier 5** : centre hospitalier fonctionnant avec un système informatique appelé Respir.

Le centre hospitalier 1 ainsi que les trois centres hospitaliers identifiés par les intervenants du SRSAD ont donc été analysés selon le cadre du modèle de D'Amour et ses collègues (2008) afin de visualiser le niveau de collaboration actuelle avec le SRSAD. Parmi les centres ayant eu bonne relation de collaboration interprofessionnelle avec le SRSAD, les indicateurs qui performant le mieux pourraient éventuellement fournir des pistes de solution en vue d'améliorer la collaboration interprofessionnelle avec le centre hospitalier 1.

3.2 Préparation et administration du questionnaire

Un questionnaire a été élaboré selon les dix indicateurs de D'Amour et ses collègues (2003), pour l'analyse de la collaboration interprofessionnelle dans les divers milieux selon la perspective des intervenants (annexe 3). Le questionnaire comporte dix questions, sur chacun des indicateurs, et le répondant est invité à décrire ce qu'il perçoit de la collaboration interprofessionnelle selon l'indicateur demandé. Un espace est réservé afin que les répondants puissent y ajouter leurs commentaires. Le questionnaire est présenté au niveau de l'annexe 3.

Le questionnaire a été complété lors d'une rencontre et un consentement verbal a été obtenu de la part du répondant pour enregistrer le contenu. Les réponses doivent rester anonymes. La durée de la rencontre pour compléter le questionnaire varie entre

trente et quarante minutes. Seize intervenants, provenant des quatre centres hospitaliers visités durant le stage, ont répondu au questionnaire.

Les questionnaires ont été analysés selon les dix indicateurs élaborés par D'Amour et ses collègues (2008). Pour chacun des indicateurs, une description du niveau de collaboration a été faite selon les niveaux en action, en construction ou en inertie (p.24 du présent document). Par la suite, le diagramme de Kiviati est dressé en fonction des réponses obtenues au questionnaire et le niveau de collaboration attribué pour chacun d'entre eux. Enfin, un niveau global de collaboration peut être déterminé avec les centres analysés. Par contre, une limite s'impose sur le fait que cette évaluation de la collaboration repose sur les réponses d'un petit échantillon.

Concernant le centre hospitalier 1, incluant les intervenants du SRSAD, onze professionnels ont répondu au questionnaire. Le recrutement s'est fait auprès des inhalothérapeutes et des infirmières, car les thérapeutes en réadaptation physique et les travailleurs sociaux n'ont pas à collaborer de façon régulière avec les médecins des autres centres hospitaliers. Parmi les intervenants du SRSAD, la chef de service, qui n'intervient pas directement auprès des patients, mais est au courant de la problématique, les deux infirmières gestionnaires à l'accessibilité, deux infirmières et deux inhalothérapeutes ont été rencontrés. Au centre hospitalier 1, l'infirmière pivot réseau MPOC et au suivi intégré sur l'étage de pneumologie, a été rencontrée ainsi que l'infirmière qui occupait le poste d'infirmière au suivi intégré sur l'étage de pneumologie auparavant. L'inhalothérapeute et l'infirmière de la clinique ambulatoire de pneumologie ainsi qu'une infirmière d'un CLSC partenaire, collaborant avec ce centre hospitalier 1, ont aussi été rencontrés.

L'infirmière-chef du département de pneumologie et de la clinique ambulatoire n'a pas pu être rencontrée en raison d'une absence prolongée non prévue durant le stage.

Au niveau des médecins, le directeur médical a autorisé les rencontres avec ses collègues pour valider leur perception de la collaboration interprofessionnelle. Puisque ceux-ci étaient fort occupés, mais que leur perception au sujet de la collaboration interprofessionnelle était très importante, un questionnaire différent, composé de trois questions ouvertes, leur a été adressé et celui-ci durait environ dix minutes. Ce questionnaire est présenté en annexe 4. Les pneumologues ont été rencontrés lors de leur rencontre hebdomadaire afin de leur expliquer le sujet du stage. Cinq médecins étaient présents et ont accepté de répondre au questionnaire. Ils ont été rencontrés individuellement, environ dix minutes chacun.

Concernant les intervenants du SRSAD et du centre hospitalier 1, une mise en commun des onze questionnaires a été faite. Les principaux éléments au niveau des dix indicateurs de D'Amour et ses collègues (2008) ont été ressortis et analysés. Enfin, un diagramme de Kiviat a été élaboré afin de pouvoir visualiser les résultats. Pour les gestionnaires et les professionnels, il s'agit d'un bon moyen pour pouvoir identifier rapidement la situation actuelle ainsi que les écarts par rapport à ce qui a été souhaité (D'Amour et ses collègues, 2003). Concernant les questionnaires avec les pneumologues, une mise en commun a aussi été faite en tentant de ressortir les principaux éléments de leur perception de la situation quant à la collaboration interprofessionnelle.

Au niveau du centre hospitalier 2, la chef en inhalothérapie a été rencontrée. Elle participe activement aux réunions cliniques et de gestionnaires en lien avec le réseau MPOC, car elle a un grand désir d'améliorer la collaboration interprofessionnelle entre le

SRSAD, les CLSC, son centre hospitalier et le centre hospitalier 1 (selon la chef de service du SRSAD). Ce centre hospitalier, a été ciblé par les intervenants du SRSAD comme étant dans un mode où un mode de communication directe avec le médecin et dont la collaboration interprofessionnelle s'est beaucoup améliorée. Lors de la rencontre avec l'intervenante, il n'a pas été possible de rencontrer un pneumologue, car aucun d'entre eux n'a pu se libérer. Au niveau du centre hospitalier 2, un questionnaire seulement a été complété avec la chef en inhalothérapie. Celui-ci a été analysé, puis un diagramme de Kiviat a été effectué.

Au niveau du centre hospitalier 3, l'infirmière-pivot réseau en MPOC a été rencontrée et le questionnaire des dix indicateurs de la collaboration interprofessionnelle a été fait avec elle. De plus, afin de permettre une meilleure compréhension de son rôle, une journée d'observation dans le milieu de cette intervenante-pivot réseau MPOC a été faite par l'étudiante. Ce centre hospitalier a un mode de fonctionnement où une infirmière-pivot fait le lien entre les intervenants de l'hôpital et les membres de la communauté, spécifiquement pour la clientèle atteinte de MPOC. Un pneumologue a accepté de répondre au questionnaire élaboré pour les médecins. Une question avait été ajoutée lors de la rencontre portant sur la valeur ajoutée, à son avis, d'une infirmière-pivot réseau MPOC au sein de son équipe. Un seul questionnaire a également été fait avec l'intervenante-pivot réseau MPOC. Celui-ci a aussi été analysé et un diagramme de Kiviat a été fait. Un pneumologue avait été rencontré et un compte-rendu de sa vision quant à la collaboration interprofessionnelle avec le SRSAD a été fait.

Le centre hospitalier 4 a un mode de fonctionnement distinct. En effet, des gestionnaires de cas, toutes des infirmières cliniciennes, font le suivi de patients atteints

de maladies pulmonaires chroniques, dont la MPOC. Les trois gestionnaires de cas ont été rencontrés et ont accepté de répondre au questionnaire sur les dix indicateurs. Deux journées d'observation dans le milieu ont été faites afin de bien saisir leur rôle. Lors de ces journées, trois pneumologues ont accepté de répondre au questionnaire élaboré pour les médecins. Une question concernant la valeur ajoutée des gestionnaires de cas leur a aussi été adressée. Le centre hospitalier 4 a donc eu trois répondants pour le questionnaire des dix indicateurs de D'Amour et ses collègues (2008). Une mise en commun a été faite, ainsi qu'une analyse des questionnaires, puis un diagramme de Kiviat a été fait. Une mise en commun des réponses a été effectuée avec les questionnaires réalisés auprès des médecins.

Un dernier centre hospitalier (5) a aussi été visité et l'infirmière clinicienne du programme Respir, qui est une intervenante ayant un rôle de liaison, a été rencontrée. Selon les intervenants du SRSAD, il était pertinent de prendre connaissance du logiciel informatique Respir, car il regroupe des informations précieuses au sujet des patients, dont les antécédents, la médication actuelle, les derniers antibiotiques prescrits, les traitements prescrits et les examens faits. Étant donné l'accès au dossier difficile du patient dans le centre hospitalier 1, cette avenue était intéressante à explorer. Par contre, le questionnaire avec les dix indicateurs n'a pu être effectué puisque le temps alloué au stage ne le permettait pas. La discussion avec l'infirmière du programme RESPIR a été synthétisée ainsi que l'analyse des points à retenir.

Enfin, concernant les objectifs d'apprentissage, l'étudiante est allée passer deux journées d'observation avec une infirmière-chef d'un hôpital, puis a assisté à différents

comités de gestion autant au niveau microscopique, avec les intervenants de l'équipe du SRSAD qu'au niveau macroscopique, avec la direction générale.

CHAPITRE 4
RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

Dans ce chapitre seront présentés les résultats en lien avec le centre hospitalier ciblé ainsi que les trois centres hospitaliers comparatifs. Un compte-rendu du quatrième centre hospitalier visité sera aussi présenté.

5.1 Questionnaires réalisés avec le SRSAD et le centre hospitalier 1

Les dimensions au niveau des relations entre les individus sont la finalisation et l'intériorisation (D'Amours, 2008). Il faut déterminer si les finalités sont communes entre les deux équipes et les allégeances, à savoir si elles sont orientées sur les besoins de la clientèle, sur les besoins professionnels et organisationnels ou sur les intérêts personnels. Les opinions sont partagées quant aux finalités. Certains intervenants font mention que les buts communs, entre autre, sont que le patient ne soit pas hospitalisé et qu'il soit fidèle à sa thérapie. Pour d'autres intervenants, il n'y a pas de but commun entre les deux équipes, surtout dû au fait qu'ils ne travaillent pas ensemble. Cela attribue donc un niveau 2 (si l'on se réfère au tableau de la page 24) quant à l'existence de buts communs, car il n'y a pas de finalités consensuelles, mais il peut arriver qu'il y ait des buts communs ponctuels concernant certains dossiers en particulier. De plus, le directeur médical du SRSAD a un rôle clé dans l'établissement d'un but commun entre les deux équipes, puisqu'il communique régulièrement avec les différents partenaires du réseau.

Au niveau des allégeances, les intervenants des deux équipes s'entendent assez bien, dans l'ensemble, pour dire que les orientations sont surtout au niveau des besoins des patients. Il arrive parfois que les orientations sont centrées sur les besoins des professionnels et de l'organisation, comme lorsque ceux-ci subissent des pressions pour que le patient obtienne son congé de l'hôpital ou lorsque certains médecins préfèrent de ne pas répondre aux appels des intervenants du SRSAD. Cet indicateur se situe donc entre les niveaux 2 et 3.

Au niveau de l'intériorisation, le sentiment de confiance mutuelle n'est pas ancré entre tous les intervenants des deux équipes. Les intervenants qui ressentent moins la confiance croient qu'il est difficile d'avoir confiance envers des intervenants qu'ils ne voient pas et le manque de clarification au niveau des rôles pourrait contribuer à cette difficulté d'obtenir la confiance. Selon certains intervenants, les pneumologues auraient de la difficulté à avoir confiance envers les intervenants qu'ils ne connaissent pas. Certains médecins ont plus confiance dans les compétences de certains intervenants que d'autres. Par contre, le directeur médical du SRSAD a confiance, de façon générale, envers les intervenants du SRSAD. Il n'y a pas une absence de confiance envers les intervenants des deux équipes, mais celle-ci pourrait être améliorée. La confiance se situe donc à un niveau 2 pour les deux équipes.

Concernant la connaissance mutuelle, les deux équipes s'entendent, dans l'ensemble, pour dire qu'ils ne se connaissent pas. Ils n'ont pas d'occasions pour se rencontrer, ne connaissent pas très bien les rôles de chacun et n'ont pas d'activités communes. Des intervenants ont fait mention qu'auparavant, dans le cadre du réseau MPOC, il y avait des rencontres environ trois fois par années qui étaient organisées par l'intervenante-pivot réseau MPOC de la sous-région. Les intervenantes désignées de chaque CLSC des CSSS affiliés à l'hôpital ainsi que les infirmières cliniciennes du secteur et les gestionnaires à l'accessibilité du SRSAD étaient invitées. Cela permettait aux intervenants des différents établissements qui collaborent ensemble de se rencontrer, d'échanger entre eux sur divers sujets concernant la MPOC et de permettre un transfert des connaissances. Il n'y a pas eu de rencontre depuis au moins un an dans le secteur du centre hospitalier ciblé pour le stage. L'intervenante-pivot réseau MPOC de cette sous-région de l'île de Montréal est beaucoup sollicitée par le centre hospitalier en question, donc n'a pas beaucoup de disponibilité pour exercer son rôle de pivot-réseau MPOC. Les intervenants trouvent

que les rencontres au sein du réseau MPOC étaient fort utiles et souhaitent que celles-ci reprennent. Par contre, les intervenants de l'hôpital ne participant pas à ces réunions, ceux du SRSAD n'avaient pas la chance de les rencontrer. Les intervenants du SRSAD connaissent seulement les médecins de garde, mais ne connaissent pas les autres pneumologues de l'hôpital. Pour le moment, les deux équipes n'ont pas l'occasion de se rencontrer et n'ont pas d'activités en commun : la connaissance mutuelle est donc à un niveau 1.

La formalisation et la gouvernance, font référence aux aspects organisationnels (D'Amour et ses collègues, 2008). Les outils de formalisation concernent la clarification des responsabilités, l'existence d'une entente et de règles dont les intervenants sont en accord. Les deux équipes font état du manque de clarification des rôles de chacun. Les médecins, de leur côté, sentent que les intervenants du SRSAD oublient parfois la notion de la responsabilité qu'ils ont envers la clientèle. Par exemple, des infirmières du SRSAD manifestent leur désaccord lorsque le médecin ne prescrit pas de médication. De plus, un médecin faisait mention qu'il aimerait que des protocoles clairs soient en place pour la prise en charge de la clientèle à domicile. Il ne semble pas exister d'entente à cet effet, ce qui accorde un niveau 1 à cet indicateur.

L'échange d'information, qui concerne aussi la dimension de la formalisation, entre les deux équipes se fait, mais celui-ci pourrait être amélioré selon les intervenants des deux équipes. Il y a certaines structures d'échange d'information qui sont en place. Par exemple, lorsque les patients ont leur congé de l'hôpital et qu'un suivi est demandé aux intervenants de la communauté, il y a un résumé de l'hospitalisation qui est envoyé aux intervenants du SRSAD. Par contre, ce mode de communication de l'information est fait au niveau du centre hospitalier et non à la clinique ambulatoire et est complété par les infirmières de liaison. Les intervenants du SRSAD utilisent certains moyens d'échange d'information qui ne sont pas appropriés, selon les

intervenants de l'équipe du centre hospitalier. En effet, les intervenants du SRSAD demandent certaines informations qu'ils peuvent trouver par eux-mêmes sur le système informatique de l'hôpital. Pour les intervenants du SRSAD, ils ne savent pas toujours quel est le meilleur intervenant à l'hôpital pour répondre à leurs questions. Si les intervenants ont besoin d'obtenir de l'information au niveau des archives médicales, le processus est long et complexe. Ils peuvent trouver beaucoup d'information sur un des logiciels du système informatique de l'hôpital, par exemple, des résultats de tests sanguins, des résultats d'examens, les dates de rendez-vous médicaux, etc. Concernant les médecins, ils ne sont pas toujours à l'aise de traiter une clientèle par téléphone. Certains préfèrent une communication par écrit (par fax) que téléphonique, alors que d'autres préfèrent ne pas traiter les patients par téléphone. De plus, eux aussi n'ont pas accès aux dossiers médicaux facilement et il devient difficile de traiter un patient à distance sans les données nécessaires pour eux. Ils sont très occupés, ce qui peut influencer sur leur disponibilité. Dans ces cas-là, il y a le directeur médical du SRSAD et le directeur médical adjoint qui agissent à titre de pneumologues de garde et sont à l'aise de traiter les demandes des intervenants du SRSAD par téléphone. Les pneumologues de garde rendent donc la structure d'échange d'information plus facile. Malgré la contribution importante des pneumologues de garde, les équipes se situent quand même à un niveau 1 pour cet indicateur, car il n'existe pas une structure d'échange d'information ou de mécanisme commun d'échange d'information ayant fait l'objet d'un consensus.

Parmi les indicateurs de la dimension de la gouvernance, au niveau de la centralité, il y a un message provenant de la direction du centre hospitalier 1 en matière d'interdisciplinarité. Par ailleurs, une politique claire a été élaborée concernant l'interdisciplinarité en 1999, suite à la mise en place d'une approche de programmes-clientèles, centrée sur le patient. Parmi les conditions préalables de l'interdisciplinarité, il y a, entre autre, l'appui de l'organisation, le leadership au

niveau de l'équipe, la compétence reconnue de chaque membre de l'équipe, une compréhension du rôle et des responsabilités de chacun, des processus de coordination et de prise de décision efficaces, etc (Direction des ressources humaines, 1999). Par contre, lorsqu'il s'agit de mettre en place des stratégies concrètes afin d'actualiser la collaboration, cela est plus confus au niveau des intervenants du centre hospitalier 1 sur le terrain. Ceux-ci savent qu'il y a un message clair de travailler en interdisciplinarité, de façon générale, mais lorsque vient le temps de l'actualiser concrètement les stratégies ne sont pas claires, ce qui situe cet indicateur à un niveau 2.

Le leadership n'est pas partagé entre les intervenants du SRSAD et les intervenants du centre hospitalier 1 qui doivent collaborer ensemble. Pour environ la moitié des intervenants interrogés, ceux-ci croient que le leadership est essentiellement détenu par les médecins. Cela positionne donc l'indicateur du leadership à un niveau 1, car il n'est pas consensuel.

Au niveau du support à l'innovation, il y a des constats faits par rapport à la collaboration. Le directeur médical du centre hospitalier visé par l'étude a approché ses collègues afin de les sensibiliser à la collaboration. L'infirmière experte-conseil du SRSAD tente aussi de soutenir la collaboration avec les divers partenaires. Il y a donc eu certaines tentatives qui ont été faites dans le but d'améliorer la collaboration. Par contre, l'expertise a été faite de façon ponctuelle et non de façon globale, ce qui situe le support à l'innovation à un niveau 2.

Le dernier indicateur de la dimension de la gouvernance est la connectivité. De façon assez unanime, les deux équipes s'entendent à l'effet qu'il n'y a pas de lieu de rencontre entre elles. Les pneumologues du centre hospitalier 1 se rencontrent sur une base hebdomadaire dans le but d'établir, avec d'autres médecins spécialistes, un plan thérapeutique en fonction des situations médicales problématiques. L'intervenante-pivot réseau MPOC de la sous-région assiste généralement à ces rencontres, mais aucun intervenant du SRSAD n'y participe malgré que

quelques patients hospitalisés à l'unité de pneumologie sont discutés lors de ces rencontres sont suivis à domicile par le SRSAD. L'infirmière de la clinique ambulatoire ne participe pas à ces réunions. Il n'y a donc pas de lieu de concertation ou très peu entre les deux équipes, ce qui situe cet indicateur à un niveau 1.

Un questionnaire a aussi été fait avec l'ensemble des pneumologues du centre hospitalier

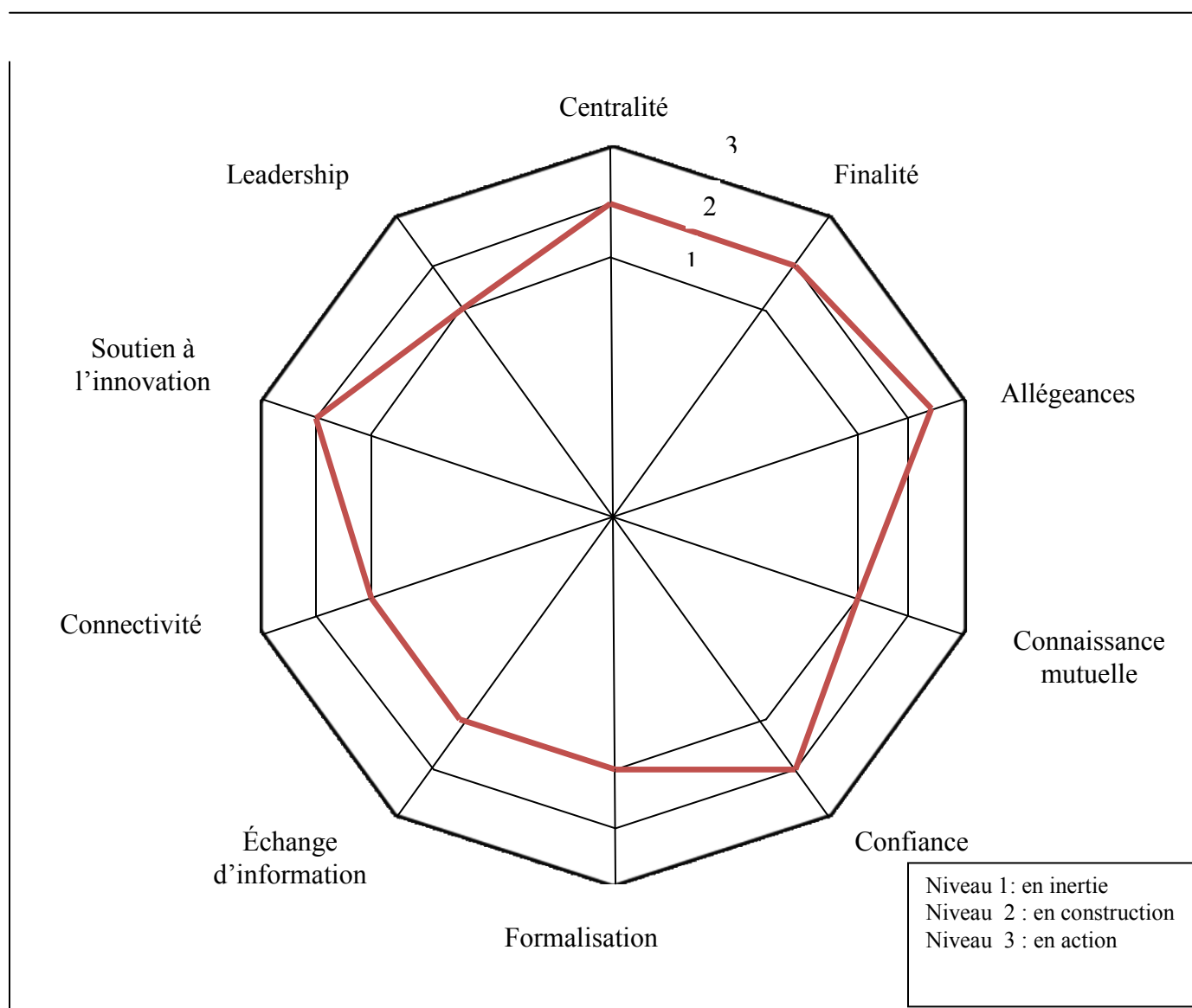
1. Pour les pneumologues, concernant leur vision de la collaboration interprofessionnelle en général, ils étaient tous en accord avec l'importance que le travail soit fait en interdisciplinarité. Certes la collaboration interprofessionnelle avec le SRSAD est importante mais il y a des éléments à améliorer selon eux comme la manière d'aborder les médecins, se référer au système informatique de l'hôpital et au besoin, de contacter la personne la plus apte à répondre. Ils ont soulevé certains questionnements au niveau de la formation des intervenants du SRSAD et la standardisation du suivi concernant l'apnée du sommeil ont été soulevés. Certains pneumologues ressentent que leurs patients atteints d'apnée du sommeil n'ont pas un suivi standardisé et que les intervenants du SRSAD manquent peut-être de formation à ce sujet. Ils ont certaines craintes, notamment au niveau de la responsabilité professionnelle. Il est difficile pour eux de traiter les patients sans les avoir eux-mêmes évalués. De plus, leur emploi du temps est très chargé et ils sont beaucoup sollicités.

Un message qui semblait clair de la part des médecins est qu'ils sont débordés et que les cliniques externes sont bondées. Lorsque certains pneumologues ont été questionnés concernant la pertinence d'une intervenante-pivot telle que l'intervenante-pivot réseau qui a aussi un grand rôle au niveau du suivi de la clientèle sur l'unité de pneumologie, ils s'entendent pour dire que son rôle est aidant, qu'ils la connaissent bien et qu'ils reconnaissent ses compétences.

L'analyse ainsi que la visualisation de la collaboration interprofessionnelle entre le centre hospitalier 1 et le SRSAD, présenté à la figure 3, ont permis de la situer à un niveau d'inertie. La collaboration interprofessionnelle entre les deux équipes se définit selon les données recueillies et les indicateurs établis dans le modèle de D'Amour et ses collègues (2008) par une absence d'interaction et de négociation ou par l'existence de conflits. Les membres des deux équipes ne se connaissent pas beaucoup, n'ont pas de lieux de concertation ainsi que peu d'occasions de se rencontrer.

Figure 3 : Structuration de la collaboration entre le SRSAD et le centre hospitalier 1. (Analyse faite à partir du modèle de structuration de la collaboration de (D'Amour et ses collègues, 2008)

Collaboration en inertie



5.2 Questionnaires réalisés avec le centre hospitalier 2

Ce centre hospitalier a été identifié par les intervenants du SRSAD comme étant un centre hospitalier où la collaboration se déroule bien selon eux. Auparavant, ce centre hospitalier avait une réputation plutôt négative quant à la collaboration avec les pneumologues selon les intervenants du SRSAD. Depuis peu, un inhalothérapeute ayant un rôle d'agent de liaison facilite la communication entre les médecins et les intervenants de la communauté. La chef en inhalothérapie rencontrée a fait mention que les intervenants de ce centre hospitalier ont une grande volonté d'améliorer l'arrimage au niveau des soins.

Au niveau de la finalisation, le but commun entre les deux équipes est, entre autre, d'éviter que le patient revienne à l'urgence ou soit hospitalisé et que son état de santé à la maison soit le plus stable possible. Par contre, les divers autres buts ne font pas l'objet d'un consensus. Une gestionnaire du centre hospitalier rencontrée participe autant aux réunions cliniques et de gestionnaires du réseau MPOC. Elle peut donc renforcer la notion des buts communs entre les deux équipes. Cela situe donc cet indicateur à un niveau 2. Quant aux allégeances, les deux équipes ont une approche centrée sur le patient. Par contre, il arrive que les intervenants du centre hospitalier aient une approche centrée au niveau organisationnel, car il y a une demande du ministère de la santé et des services sociaux de diminuer les durées de séjour. Cela situe donc cet indicateur entre les niveaux 2 et 3.

Concernant l'intériorisation, la connaissance mutuelle entre les intervenants des deux équipes a déjà été plus élevée. Actuellement, il y a moins de rencontres du réseau

MPOC dans ce secteur du territoire de Montréal, ce qui situe cet indicateur à un niveau 2. Au sujet de la confiance, les intervenants du centre hospitalier ont senti qu'ils devaient établir un lien avec le SRSAD. La confiance est en développement, ce qui situe les deux équipes à un niveau 2.

Présentement, ce centre hospitalier est en réorganisation quant au rôle des intervenants et le roulement de personnel qui se fait actuellement ne favorise pas un consensus au niveau des outils de formalisation. Cet indicateur est donc à un niveau 1. L'échange d'information est actuellement en processus d'amélioration. Auparavant, les intervenants du SRSAD ne pouvaient pas communiquer avec les pneumologues de cet hôpital. L'ajout d'un agent de liaison facilite les processus de communication. Par contre, il y a une amélioration à effectuer au niveau du SRSAD, car ils doivent aviser les partenaires lors de changements au niveau des procédures (par exemple, au niveau des critères d'admissibilité des patients) afin d'éviter le travail en silos. L'échange d'information est en processus d'amélioration, mais se fait encore de façon incomplète, ce qui situe cet indicateur à un niveau 2.

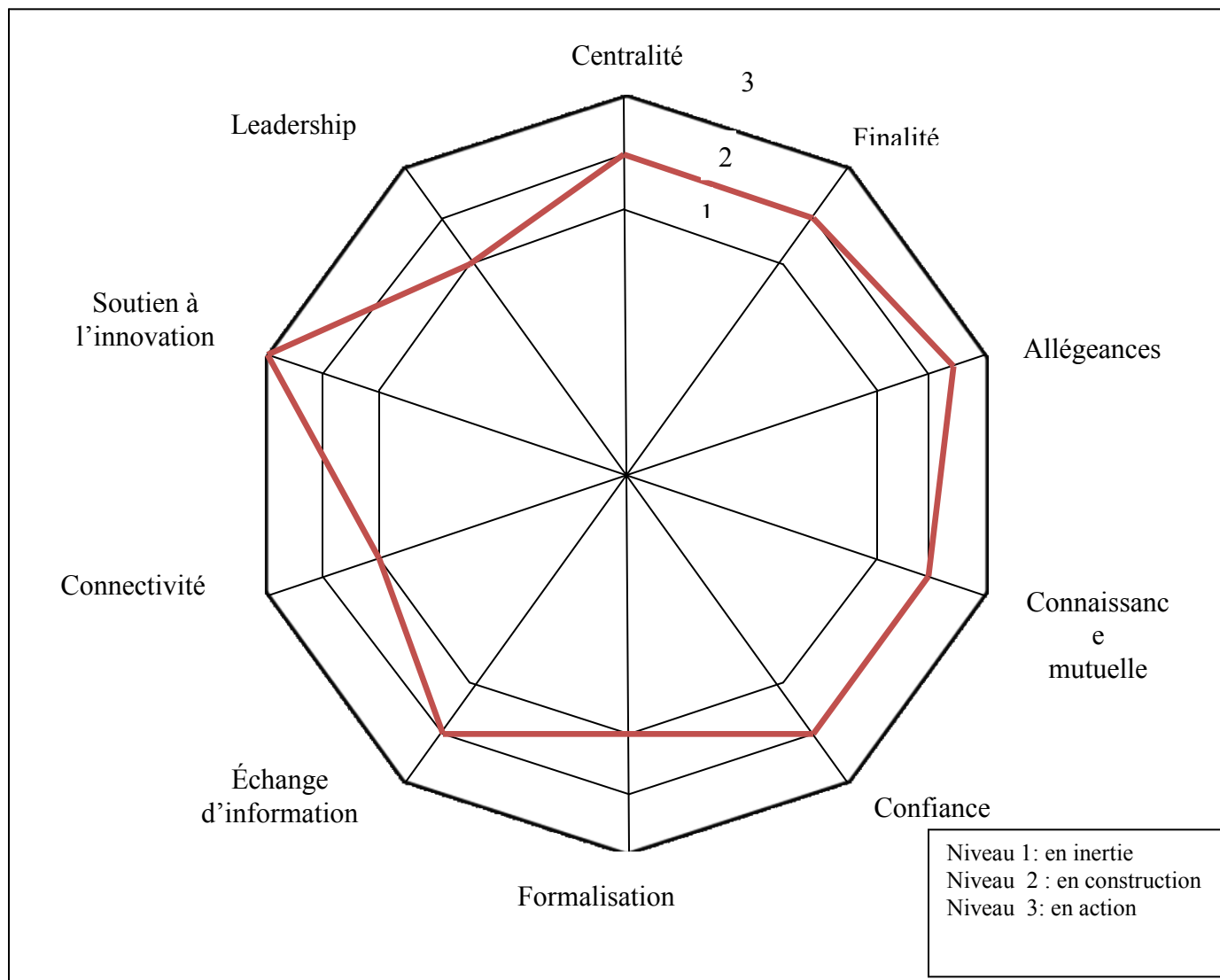
Au niveau de la centralité, la collaboration se situe à un niveau 2, car il y a une volonté, quant à la direction de ce centre hospitalier, d'améliorer les liens avec les partenaires. La façon de faire demeure encore ambiguë, car le centre hospitalier est présentement en réorganisation concernant les rôles des professionnels. Pour le leadership, il serait détenu au niveau du SRSAD, étant donné sa vocation régionale. Le leadership est donc non consensuel, étant moins fort au niveau du centre hospitalier que du SRSAD, ce qui correspond à un niveau 1 de collaboration. Le support à l'innovation est certainement l'un des indicateurs dont le centre hospitalier multiplie les efforts dans le

but d'améliorer la collaboration autant à l'interne qu'avec la communauté. L'intervenante rencontrée est très impliquée et tente d'améliorer les liens avec les partenaires par divers moyens qui verront le jour sous peu. Une grande réorganisation a lieu actuellement dans ce centre hospitalier en vue de favoriser la collaboration interprofessionnelle avec la communauté. Cela accorde donc un niveau 3. Les lieux de concertation entre les deux équipes sont plutôt rares. Auparavant, les réunions organisées par l'intervenante-pivot réseau de cette sous-région favorisaient les rencontres entre les intervenants, mais la dernière rencontre remonte à l'an passé. Étant donné le peu de lieux de concertation, cela positionne cet indicateur à un niveau 1.

Le centre hospitalier 2, illustré par la figure 4, présente une collaboration en construction avec le SRSAD. La collaboration n'est pas beaucoup ancrée, mais des processus de négociation sont en cours en vue de l'améliorer.

Figure 4 : Structuration de la collaboration entre le SRSAD et le centre hospitalier 2.
(Analyse faite à partir du modèle de structuration de la collaboration de (D'Amour et ses collègues, 2008))

Collaboration en construction



5.3 Questionnaires réalisés avec le centre hospitalier 3

Ce centre a un mode de fonctionnement différent quant à la façon d'entrer en contact avec les pneumologues. En effet, lorsque les intervenants de l'externe doivent communiquer avec un pneumologue ou obtenir de l'information en regard d'un dossier de l'un de ses patients, ils contactent d'abord l'intervenante-pivot réseau. La clientèle ciblée par l'intervenante-pivot réseau est au niveau des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Celle-ci prend en note, par exemple, les symptômes d'exacerbation du patient. S'il manque des informations importantes dont le pneumologue aura besoin pour traiter son patient, elle demande à l'intervenant de la communauté (SRSAD ou CLSC) de compléter sa collecte de données, puis elle communique avec le pneumologue traitant. Ce processus peut prendre environ de une à deux journées. De plus, l'intervenante-pivot réseau MPOC peut informer l'intervenant à domicile, par exemple, si le médecin traitant est absent, en vacances, etc. Pour les intervenants du SRSAD, ils peuvent alors faire des démarches avec le pneumologue du SRSAD s'ils ne peuvent pas communiquer avec le médecin traitant. L'intervenante-pivot réseau MPOC peut répondre aux questions des intervenants de l'externe étant donné qu'elle connaît bien les patients, car elle mentionnait que ce sont souvent les mêmes patients qui reviennent à l'hôpital. Elle a un aussi rôle de liaison avec la communauté. Lorsqu'un patient atteint de MPOC est admis à l'urgence, elle fait son suivi indépendamment de l'unité de soins où celui-ci est hospitalisé, puis fait la référence au congé aux intervenants à domicile. Ainsi, pour un intervenant dont le patient a été hospitalisé en gastro-entérologie, il sera ainsi mis au courant de l'hospitalisation de son patient. Elle est une bonne ressource pour les intervenants de l'externe.

Cette intervenante-pivot facilite donc les processus au niveau de la communication et du suivi des patients, ce qui peut donc faciliter la collaboration interprofessionnelle. Un pneumologue a aussi été rencontré afin de connaître sa vision, en tant que médecin, au sujet de la collaboration interprofessionnelle ainsi que la contribution d'une intervenante-pivot réseau MPOC. Concernant la collaboration interprofessionnelle avec le SRSAD, il affirme qu'il vit parfois un inconfort de traiter des patients à distance au niveau de la responsabilité professionnelle, mais il le fait pour le bien du patient. Concernant la communication avec les intervenants de l'externe, il préfère que ceux-ci passent par l'infirmière-pivot réseau MPOC pour plusieurs raisons. D'abord, pour ce médecin, l'infirmière-pivot MPOC est très crédible, il la connaît bien ainsi que ses compétences. De plus, elle peut filtrer certains appels qui ne nécessitent pas l'intervention d'un pneumologue ou répondre aux questions des intervenants, car elle connaît bien les patients.

Concernant la typologie de la collaboration de ce centre hospitalier, il est évident que l'intervenante-pivot MPOC apporte une grande contribution. Les finalités entre les deux équipes sont globales, mais communes, par exemple, en ce qui a trait de prévenir le retour des patients à l'hôpital et de favoriser la continuité de la prise en charge du centre hospitalier vers la communauté. Un niveau 3 est donc accordé. Concernant les allégeances des deux équipes, l'approche est surtout centrée sur le patient. Par contre, elle peut se situer aussi au niveau organisationnel lorsque des intervenants veulent que les patients aient leur congé. Parfois, à titre d'intervenante-pivot réseau, elle doit mettre un frein et recentrer l'approche du professionnel vers son patient. Cela situe donc ce dernier indicateur entre les niveaux 2 et 3.

La connaissance mutuelle entre les deux équipes se fait surtout à distance, car les intervenants des deux équipes se contactent par téléphone et se rencontrent de façon ponctuelle. Cela accorde donc un niveau 2. Par contre, les intervenants des deux équipes se font confiance. Ce sont parfois les médecins qui ont de la difficulté avec le fait de traiter des patients à distance. Étant donné qu'une grande crédibilité est accordée à l'intervenante-pivot réseau MPOC ainsi qu'au directeur médical du SRSAD, cela facilite la confiance entre les intervenants et un niveau 3 est accordé pour cet indicateur.

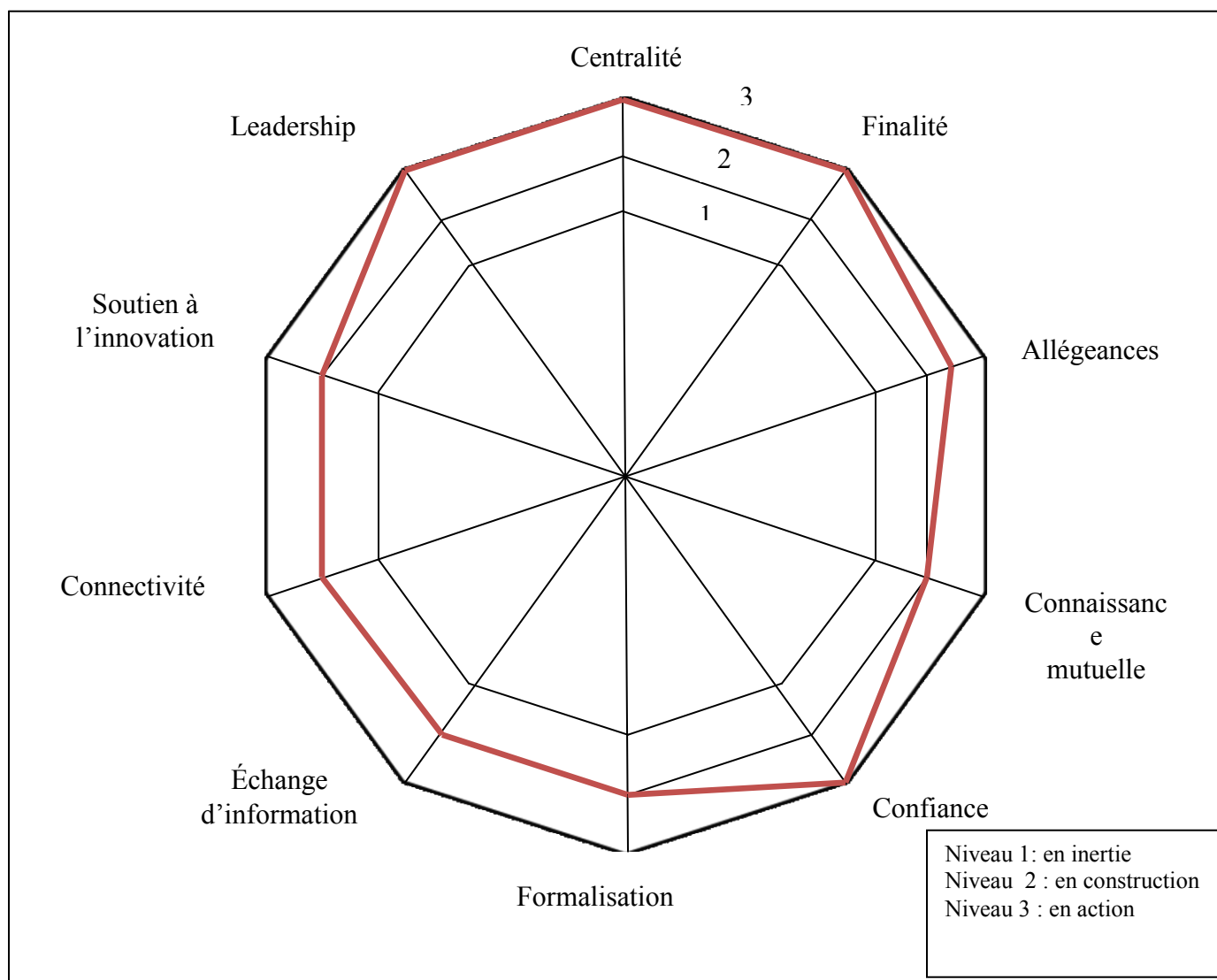
En ce qui a trait à la dimension organisationnelle, les rôles de chacun des intervenants ne sont pas tous bien connus. Cela accorde donc un résultat de niveau 2. La structure d'échange d'information est existante, mais il y a encore des éléments à ajuster entre les deux équipes, ce qui est de niveau 2.

Au niveau de la gouvernance, pour la centralité, le projet MPOC qui a été démarré en 2002, a favorisé le message de collaboration avec les partenaires dans la communauté. Cet indicateur a donc un niveau 3, car il y a une instance centrale forte favorisant la collaboration. Au niveau du leadership, il serait partagé entre les intervenants de ce centre hospitalier et du SRSAD, ce qui accorde aussi un niveau 3. Concernant le support à l'innovation, l'intervenante-pivot réseau MPOC de cette sous-région de l'île de Montréal rencontre les intervenants du SRSAD avec qui elle est appelée à collaborer, entre autre dans le but de renforcer la collaboration. Par contre, cela se fait de façon ponctuelle, ce qui accorde un niveau 2. Pour le moment, concernant les lieux de concertation, ils sont ponctuels et souvent associés aux réunions du réseau MPOC de ce territoire, ce qui accorde un niveau 2.

Le type de collaboration ressortant de cette analyse à la figure 5 est à un niveau de construction, car certaines dimensions ne font pas l'objet d'une entente commune. Par contre, si l'on compare ce centre hospitalier avec celui présenté précédemment dont la collaboration est en construction, ce dernier est plus près d'une collaboration en action.

Figure 5 : Structuration de la collaboration entre le SRSAD et le centre hospitalier 3. (Analyse faite à partir du modèle de structuration de la collaboration de (D'Amour et ses collègues, 2008))

Collaboration en construction



5.4 Questionnaires réalisés avec le centre hospitalier 4

Ce centre hospitalier a un mode de fonctionnement bien distinct des autres centres sur l'île de Montréal. En effet, ce centre s'est doté de gestionnaires de cas en plusieurs spécialités au niveau pulmonaire dont l'asthme, la fibrose kystique, l'arrêt tabagique et la MPOC.

Le but du programme MPOC élaboré par cet hôpital est centré sur un continuum de soins pour les patients atteints de MPOC suivant la trajectoire de leur maladie. Le programme MPOC et de réadaptation pulmonaire a été mis en place depuis juillet 2002. Les services offerts orientés vers l'éducation du patient/famille sur l'autogestion de la maladie ainsi que la réadaptation pulmonaire. Les patients qui sont suivis à la clinique MPOC bénéficient du soutien d'une équipe multidisciplinaire composée de trois infirmières gestionnaires de cas, deux physiothérapeutes, une inhalothérapeute, une nutritionniste, une travailleuse sociale et une infirmière en cessation tabagique. Tous ces intervenants ont développé des liens forts avec différents services de la communauté dont les CSSS et le SRSAD (Bourbeau et ses collègues, 2007).

La gestion de cas constitue une prise en charge essentielle pour cet hôpital auprès de ce type de clientèle. Cela consiste en un système de gestion de patients complexes qui promouvoit la continuité, la communication et la collaboration entre le patient et les différents professionnels de la santé. Il s'agit d'un processus systématique de contrôle, de planification, de coordination des services, de références et de surveillance qui rencontre les besoins de services des patients. Une crise telle qu'une hospitalisation peut être une opportunité d'apprentissage, de développement et de mobilisation pour un

soutien plus approfondi. C'est pour cette raison que la gestion de cas a été adoptée (Bourbeau et ses collègues, 2007).

Toujours selon Bourbeau et ses collègues (2007), la *US Commission for Case Manager certification* a identifié six activités essentielles dans lesquelles les gestionnaires de cas devraient être performants :

- 1-Identification des patients ayant besoin de services de gestion de cas.
- 2-Prestation de services de gestion de cas en facilitant et coordonnant les activités de soins, surveiller le progrès des patients et modifier la prestation des services si besoin.
- 3-Enseignement au patient, l'évaluation des résultats et de la qualité des services de la gestion de cas.
- 4-Déterminer le niveau de soins du patient (patients avec un risque augmenté de complications et ceux qui pourraient bénéficier de services additionnels)
- 5-Contrôle des réseaux sociaux et de support des patients, questions multiculturelles, des comportements de santé et des références aux ressources communautaires.
- 6-Contrôle de l'environnement à la maison et au travail et le besoin de services spécialisés (réadaptation).

Il est prouvé que la gestion de cas en MPOC peut être efficace au niveau des coûts :

Une étude pilote de 31 patients avec une MPOC sévère ayant des admissions récurrentes a démontré chez 15 patients suivis avec des gestionnaires de cas (enseignement sur la prise en charge des exacerbations avec des plans d'action, suivis téléphoniques et visites) une diminution des jours d'hospitalisations et une augmentation de leur qualité de vie (Bourbeau et ses collègues, 2007).

Les objectifs de la gestion de cas sont :

- 1) Aider les patients/famille à gérer leur MPOC à tous les jours
- 2) Diminution de la fragmentation des soins, car les patients contactent une seule personne.
- 3) Assurer une continuité des soins entre l'hôpital et les soins communautaires (Bourbeau et ses collègues, 2007).

Les patients qui sont suivis par les gestionnaires de cas proviennent de l'hôpital, des CSSS, du SRSAD et du Mont-Sinaï. Les services offerts par la clinique MPOC de ce centre hospitalier sont de la réadaptation pulmonaire, de l'enseignement sur l'autogestion de la maladie, la cessation tabagique, un programme de gestion du stress et des consultations médicales avec ou sans rendez-vous. Par la suite, les patients sont retournés aux services communautaires, dont les cliniques de médecine familiale, les CSSS, le SRSAD ou le Mont-Sinaï (Bourbeau et ses collègues, 2007).

Le rôle de l'infirmière gestionnaire de cas MPOC est complexe et inclut différentes composantes. Elles sont aussi éducatrices, en aidant le patient/famille à apprendre plusieurs aspects du contrôle de la MPOC et font la promotion des connaissances sur l'autogestion de la MPOC.

Concernant le questionnaire de la structuration de la collaboration, il a été fait avec les trois infirmières gestionnaires de cas. Les finalités entre les deux équipes sont communes, dans l'ensemble. Le but commun entre le SRSAD et cet hôpital est de maintenir les patients à la maison le plus stables possible, de diminuer les visites à l'urgence et les hospitalisations. L'autonomie et l'autogestion du patient font aussi partie

des buts communs. Les allégeances sont surtout centrées au niveau de la clientèle. Ces deux indicateurs en sont donc à un niveau 3.

La connaissance mutuelle se fait surtout par échanges au téléphone. Les intervenants croient dans les compétences de chacun. Étant donné que les intervenants ont de rares occasions de se rencontrer, cela situe cet indicateur à un niveau 2. Un climat de confiance règne entre les deux équipes, ce qui les situe au niveau 3.

Au niveau des outils de formalisation, les mandats et les buts des deux équipes sont clairs. Le travail se fait en partenariat, ce qui accorde un niveau 3. Quant à l'infrastructure d'information, il n'y a pas de structure claire concernant l'échange d'information, mais les intervenants des deux équipes le font du mieux qu'ils le peuvent, que ce soit par téléphone ou par écrit. Il y a donc une structure d'échange d'information commune, mais celle-ci semblerait mériter quelques clarifications afin qu'il y ait un consensus. Cet indicateur sera donc situé entre les niveaux 2 et 3.

Au niveau de la centralité, la collaboration est déjà ancrée et en action pour cette équipe. La collaboration se déroule bien avec le SRSAD. Cela accorde donc un niveau 3. Selon les gestionnaires de cas, le leadership est partagé au niveau des deux équipes, ce qui accorde aussi un niveau 3. Le rôle d'expert quant au soutien à l'innovation a été surtout au début des années 2000, où des liens ont été créés avec le SRSAD. Cela accorde aussi un niveau 3 pour cet indicateur. Concernant les lieux de concertation, il y a des réunions organisées à chaque trois mois par l'intervenant-pivot réseau MPOC de ce secteur de l'Île de Montréal, ce qui crée de bons liens avec le SRSAD entre autre. Par contre, ces réunions sont ponctuelles et elles n'incluent pas tous les intervenants. Cela accorde donc un niveau 2.

Trois pneumologues de ce centre hospitalier ont aussi été rencontrés. Tout d'abord, leur vision de la collaboration avec le SRSAD est qu'elle fonctionne bien dans l'ensemble.

Concernant le fait de communiquer directement avec les médecins ou de passer par les gestionnaires de cas, un des médecins n'avait pas de préférence, alors que les deux autres médecins préfèrent que les intervenants du SRSAD communiquent avec les infirmières MPOC. Ils favorisent ce mode de communication, car ils ont confiance en ces infirmières et peuvent contacter un autre pneumologue lorsqu'ils ne sont pas présents, pour répondre à leur place. Le fait que le gestionnaire de cas connaisse le patient devient alors très aidant.

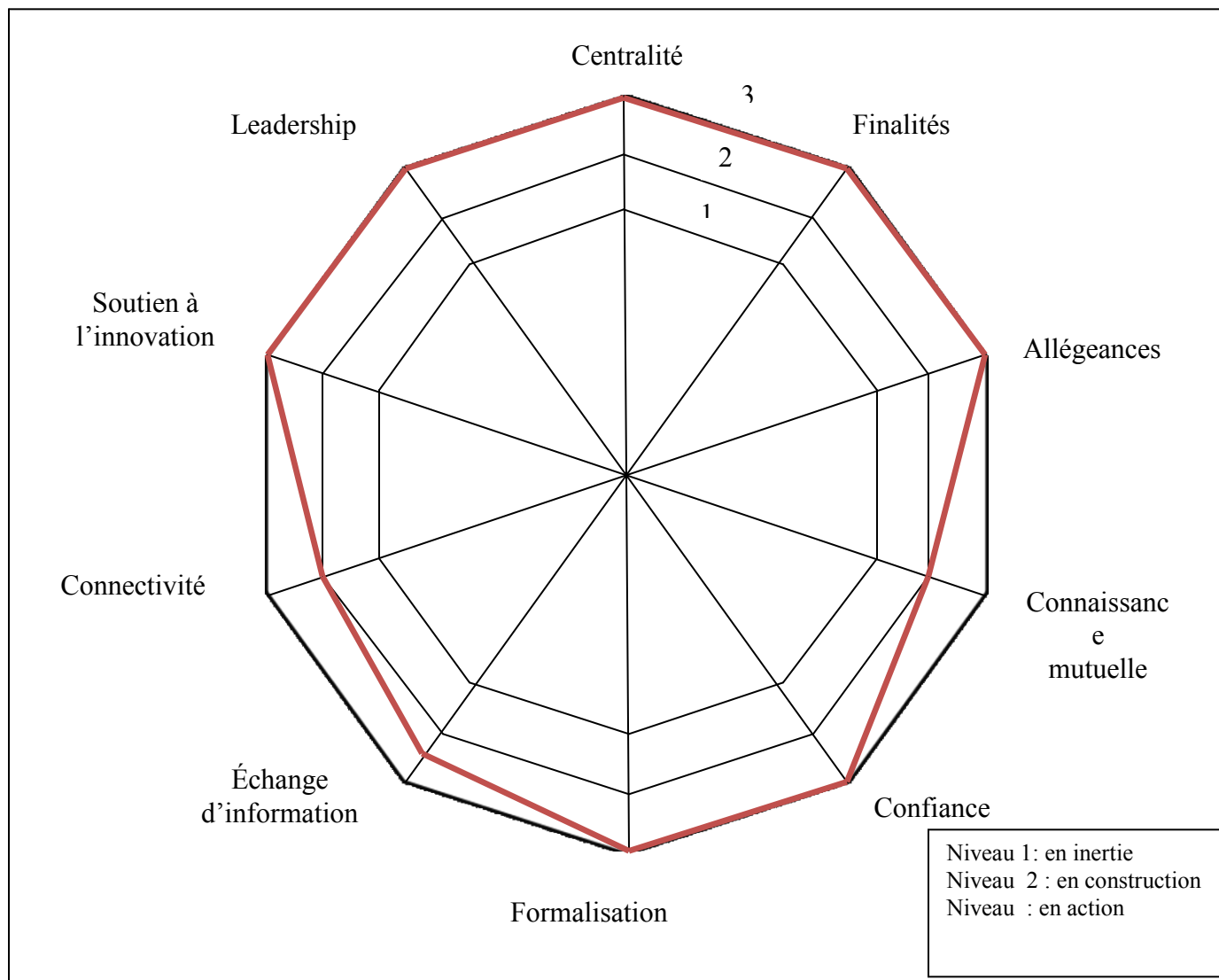
Enfin, les pneumologues ont été questionnés sur la valeur ajoutée des gestionnaires de cas. Un des pneumologues a répondu qu'il n'a pas le temps de tout voir avec le patient et que l'infirmière MPOC peut prendre son temps avec le patient, qu'elle fait une meilleure évaluation globale. Il reste disponible pour donner des conseils médicaux. Les interventions par téléphone préviennent des hospitalisations. Il se fie au jugement des infirmières MPOC. Il accepte de voir les patients ajoutés pour ses cliniques par les infirmières MPOC. Les infirmières MPOC trouvent des données que lui-même ne trouverait pas. Un autre pneumologue mentionnait que les infirmières MPOC font les contacts pour le patient. Elles sont excellentes et il a confiance en ces infirmières. Elles savent comment rejoindre les médecins. Enfin, le troisième pneumologue a répondu que le rôle des gestionnaires de cas est complémentaire à celui du médecin. Le suivi est fait sur l'autogestion de la maladie. Une dernière question a été adressée à un pneumologue afin de savoir si le rôle de gestionnaire de cas pouvait créer une surcharge de travail.

Celui-ci a répondu d'emblée que non, car les cas de pneumologie congestionnent les urgences. Les infirmières MPOC règlent les problèmes à distance. Il devrait y avoir plus d'infirmières cliniciennes gestionnaires de cas au niveau de la pneumologie, selon ce médecin.

Le centre hospitalier 4 présente une collaboration en action avec le SRSAD (figure 6). Ce type de collaboration se caractérise par sa stabilité qui n'est pas dérangée par tous les petits problèmes que peut subir le système. Les services dispensés sont basés sur un continuum de soins (D'Amour et al., 2008).

Figure 6 : Structuration de la collaboration entre le SRSAD et le centre hospitalier 4.
(Analyse faite à partir du modèle de structuration de la collaboration de (D'Amour et ses collègues, 2008))

Collaboration en action



5.5 Rencontre réalisée avec le centre hospitalier 5

Rôle d'infirmière-pivot du programme Respir :

L'infirmière rencontrée a débuté le programme Respir en 1999. Respir est d'abord un programme informatique pour les patients atteints de MPOC. Il y a aussi des infirmières au suivi qui font la gestion des patients atteints de fibrose pulmonaire ainsi que de la fibrose kystique chez les adultes. Les pneumologues de ce centre hospitalier réfèrent les patients atteints de MPOC aux infirmières cliniciennes du programme Respir. Le patient est abordé en centre hospitalier, peu importe le département où il est hospitalisé. Cela assure donc un continuum de soins. La collecte de données est faite durant l'hospitalisation, l'enseignement MPOC est débuté, puis le patient est référé au CLSC et/ou au SRSAD.

L'infirmière du programme Respir a une vision globale des patients. Par exemple, il y a des réunions multidisciplinaires sur les étages, qui incluent les médecins, la nutritionniste, l'assistante-infirmière-chef ainsi que l'infirmière de Respir, où les intervenants discutent du plan d'intervention pour le patient. De plus, durant l'hospitalisation, l'infirmière de Respir peut faire des demandes de consultation. Elle agit à titre de lien, par exemple, si le patient est en attente d'un scan ou d'une consultation avant le congé, celle-ci peut tenter de faire accélérer le processus. L'infirmière de Respir voit à la liaison concernant toutes les modalités telles que l'hébergement, la réadaptation, retour à domicile, donc le lien avec les différents partenaires, etc. L'infirmière de la clinique externe de pneumologie a d'autres rôles, par exemple, la surveillance clinique des patients qui visitent la clinique externe.

La valeur ajoutée de l'infirmière Respir, selon celle-ci, est que le travail des pneumologues est diminué, car les patients viennent moins à l'urgence. Ils sont dotés d'un centre ambulatoire où les patients peuvent être dirigés sans rendez-vous par un pneumologue de garde. De plus, elle peut répondre aux questions des intervenants de la communauté.

Il existe donc plusieurs moyens de pouvoir favoriser la collaboration interprofessionnelle et le continuum de soins. Certains centres hospitaliers se sont dotés d'agents de liaison, qui ont un rôle de faire la liaison entre les médecins et les intervenants de la communauté, un autre centre hospitalier fonctionne plutôt avec des gestionnaires de cas, qui eux prennent en charge le suivi d'une clientèle avec ou sans la collaboration de la communauté, alors qu'un centre hospitalier a un mode d'opération différent, qui repose sur un logiciel informatique. Les centres hospitaliers comparatifs peuvent donc fournir des pistes de solutions émergentes pour le centre hospitalier 1.

CHAPITRE 5
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 Recommandations présentées aux gestionnaires

Selon ce qui a été soulevé précédemment concernant le centre hospitalier 1, l'analyse ainsi que la visualisation de la collaboration interprofessionnelle entre le centre hospitalier 1 et le SRSAD ont permis de la situer à un niveau d'inertie. La collaboration interprofessionnelle entre les deux équipes se définit selon les données recueillies et les indicateurs établis dans le modèle de D'Amours et ses collègues(2008) par une absence d'interaction et de négociation ou par l'existence de conflits. Les membres des deux équipes ne se connaissent pas beaucoup, n'ont pas de lieux de concertation ainsi que peu d'occasions de se rencontrer. Des rencontres éventuelles entre les intervenants pourraient favoriser les consensus et l'amélioration du continuum de soins. De plus, les intervenants pourraient clarifier leurs responsabilités et établir des consensus au niveau des échanges d'information, des processus et des plans de traitements.

Selon les pneumologues du centre hospitalier 1, leur vision de la collaboration interprofessionnelle en général tient compte de l'importance du travail fait en interdisciplinarité. Certes la collaboration interprofessionnelle avec le SRSAD est importante, mais il y a des éléments à améliorer selon eux comme la manière d'aborder les médecins (respect de la décision du médecin, courtoisie dans les rapports entre les intervenants), se référer au système informatique de l'hôpital et au besoin, de contacter la personne la plus apte à répondre. Ils ont soulevé certains questionnements au niveau de la formation des intervenants du SRSAD et la standardisation du suivi concernant l'apnée du sommeil. De plus, ils trouvent difficile de traiter les patients sans les avoir eux-mêmes évalués. Enfin, leur emploi du temps est très chargé et ils sont beaucoup sollicités.

L'organisation de réunions à intervalles réguliers entre les intervenants des deux équipes pourrait possiblement améliorer la collaboration interprofessionnelle. Une clarification des rôles entre les intervenants des deux équipes serait souhaitable. Au niveau du centre hospitalier 1, l'intervenante-pivot réseau MPOC a peu de temps pour accomplir son rôle et répondre aux intervenants de l'externe. Les intervenants du SRSAD ne savent pas qui contacter à l'hôpital pour discuter de la situation de leurs patients et obtenir de l'aide. Actuellement l'infirmière de la clinique ambulatoire, qui pourrait être un levier important quant à la collaboration, a un rôle très clérical. De plus, il est difficile d'obtenir un dossier au niveau des archives médicales.

Les recommandations suivantes ont été élaborées en collaboration avec la chef de service ainsi que l'infirmière conseillère clinicienne en soins infirmiers du SRSAD. Elles ont été présentées aux gestionnaires de la clinique ambulatoire du centre hospitalier 1 et ont été bien accueillies.

- Accorder plus de temps à l'infirmière-pivot réseau MPOC du territoire pour l'exercice de son rôle afin de maintenir :
 - la pérennité du réseau MPOC
 - les réunions des intervenants désignés et des gestionnaires sur une base régulière.
- Implanter un rôle d'infirmière-pivot à la clinique de pneumologie du centre ambulatoire pour assurer le continuum de soins pulmonaires.
- Proposer aux pneumologues d'aviser le directeur médical et le directeur médical adjoint du SRSAD lors de situations problématiques avec les intervenants du SRSAD (communication avec les intervenants, jugement clinique, etc). Les

intervenants des équipes du SRSAD et du centre hospitalier devraient également aviser leur chef de service lorsque des problèmes de collaboration surviennent de part et d'autre.

- Planifier une rencontre entre les pneumologues du centre hospitalier ainsi que les gestionnaires du SRSAD afin d'expliquer le suivi systématique fait en apnée du sommeil. (formalisation).
- Assurer une mise-à-jour des intervenants du SRSAD concernant le système informatique du centre hospitalier.
- Utiliser le logiciel informatique de suivi du profil de la clientèle MPOC développé par un pneumologue et une infirmière clinicienne du centre hospitalier 1. Ce logiciel s'apparente à celui du programme Respir.

6.2 Application de certaines recommandations

6.2.1 Impacts du stage

Au niveau de la connectivité (se référer à la figure 7, p.68), le fait que des réunions du réseau MPOC aient lieu plus fréquemment permettra de renforcer cet indicateur. De plus, cela favorisera la connaissance mutuelle. Durant le stage, une réunion a été organisée en collaboration avec l'intervenante-pivot réseau du centre hospitalier 1 (annexe 5). Les infirmières désignées des CLSC et CHSLD ont été invitées en plus des infirmières et inhalothérapeutes du SRSAD des territoires concernés. Au niveau des intervenants du centre hospitalier 1, seulement l'infirmière-pivot réseau y a participé. L'inhalothérapeute de la clinique ambulatoire de pneumologie a été invitée, mais elle ne pouvait pas y participer en raison d'un horaire longtemps prévu d'avance avec des patients. L'infirmière de la clinique ambulatoire a refusé catégoriquement d'y participer,

car elle est retraitée et veut se départir des tâches en prévision de sa retraite complète sous peu. Les intervenants qui étaient présents lors de la réunion organisée en cours de stage ont été très satisfaits et désirent d'autres rencontres.

Le leadership a aussi été amélioré, puisque les intervenants de la clinique ambulatoire et du SRSAD commencent à travailler ensemble, mais à distance. Il y a maintenant une nouvelle infirmière clinicienne à la clinique ambulatoire de pneumologie. Le leadership au niveau médical reste à améliorer, mais les médecins ne sont pas, pour la plupart, complètement fermés à une collaboration interprofessionnelle. Les gestionnaires sont en mesure de mieux comprendre la problématique de collaboration interprofessionnelle persistant depuis de nombreuses années ainsi que des interventions qui pourraient améliorer cette collaboration. Cet indicateur est maintenant à un niveau de construction. Le soutien à l'innovation est également en processus de construction avec la possibilité d'optimisation du rôle de l'infirmière à la clinique ambulatoire. Celle-ci pourrait agir à titre de ressource pour les intervenants de la communauté. Au niveau de l'échange d'information et de la formalisation, il faut que les deux équipes s'entendent ensemble à ce niveau. Les médecins doivent être impliqués peu à peu pour l'amélioration de ces deux indicateurs. Par exemple, une réunion entre eux et les gestionnaires du SRSAD doit avoir lieu concernant l'apnée du sommeil. De plus, ils doivent aviser les gestionnaires du SRSAD lors de situations problématiques. Les processus d'échange d'information pourront être améliorés s'il y a optimisation du rôle de l'infirmière de la clinique ambulatoire.

Certains médecins ont manifesté une ouverture quant à la collaboration interprofessionnelle. Un médecin a remercié une inhalothérapeute du SRSAD de sa

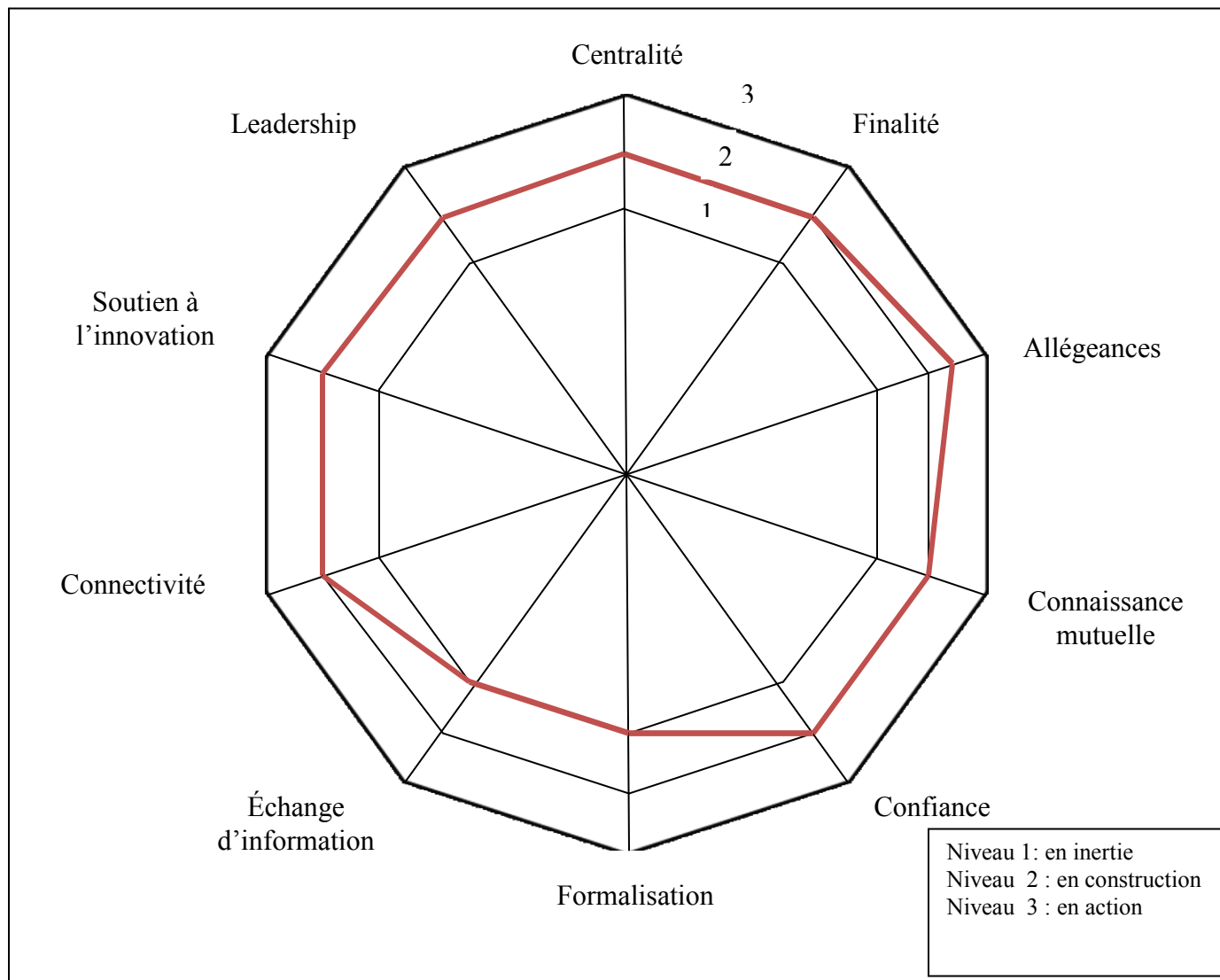
collaboration Un autre médecin, quant à une situation complexe d'une patiente hospitalisée qui avait son congé, celui-ci a mentionné "qu'il faisait confiance au SRSAD". Les autres indicateurs sont restés au même niveau qu'auparavant, mais s'il y a une amélioration de ces autres indicateurs et si les recommandations proposées sont implantées, cela pourrait contribuer à une amélioration des indicateurs qui n'ont pas été améliorés suite au stage. Les indicateurs ayant été améliorés suite au stage sont la connaissance mutuelle, la connectivité et le leadership.

De plus, les archives du centre hospitalier ont été contactées afin de savoir si certains processus concernant les dossiers étaient en voie d'amélioration. Pour le moment, le contexte reste difficile, d'où l'importance de miser sur l'utilisation du logiciel informatique déjà développé et dont les intervenants du SRSAD pourraient avoir également accès à distance.

Au moment où les questionnaires ont été réalisés auprès des intervenants et des médecins spécialistes, la majorité d'entre eux étaient très intéressés d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et les bienfaits de cette collaboration étaient mis en valeur lors des rencontres afin de susciter une réflexion individuelle positive face aux pistes d'amélioration possibles.

Figure 7 : Structuration de la collaboration entre le SRSAD et le centre hospitalier 1 suite au stage. (Analyse faite à partir du modèle de structuration de la collaboration de (D'Amour et ses collègues., 2008))

Collaboration en construction



6.2.2 Retombées chez les professionnels

Le stage a permis de comprendre une problématique de collaboration interprofessionnelle persistant depuis plusieurs années grâce aux indicateurs de la collaboration de D'Amour et ses collègues (2008).

Certains intervenants du SRSAD ont rapporté quelques anecdotes démontrant une amélioration possible de la collaboration interprofessionnelle. Par exemple, une inhalothérapeute a reçu des félicitations par écrit concernant la prise en charge d'un patient de la part d'un pneumologue du centre hospitalier 1. D'autres inhalothérapeutes ont rapporté que la collaboration interprofessionnelle avec l'inhalothérapeute de la clinique ambulatoire de pneumologie se déroule de façon plus harmonieuse.

Concernant la réunion qui a été organisée avec les intervenants du SRSAD, ceux de la communauté ainsi que des membres du centre hospitalier 1, ceux-ci ont beaucoup apprécié de pouvoir rencontrer leurs partenaires et de pouvoir échanger sur les processus de communication (annexe 5).

À plus long terme, le fait qu'il y ait un intervenant-pivot au centre hospitalier visé par l'étude aurait des répercussions très importantes autant au niveau des professionnels que chez les patients.

6.2.3 Retombées chez l'étudiante

Ce stage a permis une compréhension de divers modes de prestation de soins quant à la collaboration interprofessionnelle. De plus, une compréhension plus globale de la gestion d'un centre hospitalier ainsi que des liens avec l'organigramme ont pu être établis. Le fait de rencontrer plusieurs catégories de professionnels de divers centres

hospitaliers a pu permettre l'établissement de certains parallèles avec le centre hospitalier 1 en plus de pouvoir présenter certaines pistes de solutions émergentes.

6.2.4 Retombées pour l'administration des services infirmiers

Ce stage a permis de comprendre une problématique de collaboration interprofessionnelle entre deux équipes de soins, tout cela à l'aide d'un cadre élaboré en administration des services infirmiers, soit par D'Amour et ses collègues (2008). Il a permis s'attarder à nouveau à l'importance de la collaboration interprofessionnelle qui semble l'être encore pour la grande majorité des intervenants rencontrés, autant au niveau médical qu'au niveau des infirmières et inhalothérapeutes.

6.3 Limites rencontrées lors du déroulement du stage

6.3.1 Contraintes de temps chez certains participants

Au départ, le questionnaire des dix indicateurs de la collaboration interprofessionnelle devait aussi être fait avec les médecins autant du centre hospitalier 1 que ceux consultés. Par contre, les médecins sont très occupés et la réalisation de ce questionnaire nécessitait une rencontre de trente à quarante minutes.

6.3.2 Manque d'implication de certains intervenants

La plupart des intervenants avaient une volonté de participer et d'éventuellement favoriser la collaboration interprofessionnelle. Par contre, une résistance a eu lieu au niveau des intervenants de la clinique ambulatoire et une intervention de la part du chef de service a été nécessaire pour que les personnes ciblées acceptent de répondre au questionnaire.

6.4 Atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage

Les objectifs de stage ont été pour la plupart atteints. Le premier objectif, qui était de comprendre la problématique de collaboration interprofessionnelle qui règne actuellement dans le milieu, a été atteint grâce au modèle de D'Amour et ses collègues (2008), qui a permis une compréhension globale. Les questionnaires réalisés auprès des médecins ont permis également d'accroître la compréhension de la problématique.

Le deuxième objectif, qui était de comprendre la structure de collaboration et de gestion de trois hôpitaux de la métropole, excluant le centre hospitalier 1, a aussi été réalisé de la même manière que le premier objectif.

Le troisième objectif était de présenter des recommandations qui favoriseraient la collaboration en fonction des indicateurs proposés par D'Amour et ses collègues (2008) et qui satisferaient les deux équipes visées par le projet. Cet objectif a aussi été réalisé puisque les gestionnaires des deux équipes sont en accord avec les recommandations et prêts à les mettre de l'avant.

Concernant le quatrième objectif, qui était de travailler en collaboration avec les deux équipes en vue d'établir un mode de fonctionnement et de communication efficace, ce dernier a été plus ou moins atteint. Le court laps de temps du stage ne pouvait pas permettre d'aller en profondeur au niveau des interventions, d'autant plus que la collaboration se situe au niveau d'inertie.

Le cinquième objectif a été réalisé, car tout au long des rencontres avec les intervenants, la pratique collaborative a été mise en valeur ainsi que les contributions autant pour les professionnels, les patients et les gestionnaires.

Au niveau des objectifs d'apprentissage, ceux-ci ont tous été atteints. Par exemple pour ce qui est de mettre en pratique les différentes compétences acquises lors des cours en administration des services infirmiers, plusieurs de ces compétences ont été nécessaires. Au niveau du cours des ressources humaines infirmières, le concept de la collaboration interprofessionnelle a été mis en pratique largement. Au niveau du cours sur l'organisation des services infirmiers, les notions de leadership infirmier, des différentes conceptions des organisations, de changement et de performance ont pu être approfondies. Le leadership infirmier a été mis de l'avant durant ce stage afin de sensibiliser les divers professionnels, dont les plus réfractaires, à la collaboration interprofessionnelle en plus de soutenir une pratique collaborative. L'implication auprès de divers comités de gestion à plusieurs niveaux (au niveau micro, comme un service ou une unité, autant qu'au niveau macro, comme l'ensemble des gestionnaires du centre hospitalier) a permis la compréhension de la hiérarchie, entre autre, de la gestion en centre hospitalier. Le fait d'observer des infirmières-chefs durant une journée complète a pu permettre une meilleure compréhension du rôle de gestionnaire en soins infirmiers.

6.5 Bilan des apprentissages

6.5.1 Limites de l'intervention lors du stage

Les limites de l'intervention se situent surtout au fait que ce stage aurait pu durer plus de douze semaines afin de pouvoir implanter certaines recommandations. Par contre, dans une problématique de collaboration interprofessionnelle, les changements se font à petits pas et selon la volonté des participants d'en assurer la pérennité.

6.5.2 Créativité pendant le stage

La participation active des intervenants interrogés dans la recherche de solutions a permis d'explorer certaines pistes d'amélioration de la collaboration professionnelle en plus de susciter leur engagement à changer la relation de collaboration. De plus, le fait d'analyser la collaboration interprofessionnelle auprès de centres hospitaliers où elle semble bien se dérouler a aussi permis de découvrir des modes de fonctionnement différents et efficaces.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le but du stage était d'analyser la collaboration interprofessionnelle entre le SRSAD et une équipe d'un centre hospitalier de la métropole, de proposer des recommandations et d'appliquer certaines recommandations retenues par les deux équipes.

Ce stage a permis la compréhension d'une problématique de collaboration interprofessionnelle persistant depuis plusieurs années entre le SRSAD et un centre hospitalier de la métropole. À l'aide du cadre de référence de D'Amour et ses collègues (2008), une compréhension globale basée sur les dix indicateurs du modèle a pu être démontrée.

De plus, les gestionnaires des deux équipes sont très intéressés à mettre en place les recommandations en vue d'améliorer la collaboration interprofessionnelle ainsi que le continuum de soins pour les patients.

Pour l'étudiante, ce stage a été déterminant pour son leadership infirmier étant donné que le milieu était réfractaire au changement. De plus, ce stage n'aurait pas pu être possible sans l'appui et l'implication des gestionnaires du SRSAD, qui a été déterminant dans l'avancement de ce stage.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

Blinckensderfer, L., (1996). Nurses and Physicians : Creating a Collaborative Environment. *Journal of intravenous nursing*, vol 19, no 3 p.127-131.

Bourbeau, J., Nault, D., Beaucage, D., Sedeno, M.F., Lebel, M. (2007). Clinic and pulmonary rehabilitation program. Montreal CHEST institute. McGill University Health Centre.

Bourbeau, J., Nault, D., Beaucage, D., Sedeno, M.F., Lebel, M., et al. (2007) COPD clinic and pulmonary rehabilitation program. Montreal CHEST institute, McGill university Health Centre.

Bryman A. 1996. Leadership in Organisations. In SR Clegg, C Hardy, and WR Nord, *Handbook of Organization Studies* (pp 276-284). New York: Sage.

D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol 8, no1, pp 136-145.

D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : Un choix obligé. Dans Goulet, O., et Dallaire, C. (édit. Gaëtan Morin Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives (p. 339-363). Montréal (Québec): Chenelière éducation

D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.F., Remondin, M. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. *GRIS*, pp1-16.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., San Martin Rodriguez, L., Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, pp 1-14.

D'Amour, D. Tremblay, D. et Proulx, M. (accepté). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*.

D'amour, D. (2009). Présentation sur la collaboration au-delà des structures.

Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach.*(4th ed.). Saint-Louis: Missouri,: Elsevier Saunder

Oandasan, I., Baker, R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D. et al. 2006. *Le travail en équipe dans les services de santé*. Ottawa : FCRSS.

RNAO (2007). Développement et maintien du leadership infirmier: programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire de soins infirmiers, pp. 21-57. Ontario : RNAO.

San Martin Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D. & Ferrada, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical work. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 132-147

San Martin Rodriguez, L., D'Amour, D., Leduc, N. (2008). Outcomes of Interprofessionnal Collaboration for Hospitalized Cancer Patients. *Cancer Nursing*, vol. 31, No2, pp18-27

St-Jules (2007) Document de présentation du SRSAD

Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M.-C., Lanctôt, S. (2010) Exploring Nurses' Perceptions of Organisational Factors of Collaborative Relationships. *The Health Care Manager*, 29, p.271-278.

Sweet, S.J., Norman, I.J., (1995). The nurse-doctor relationship: a selective review. *Journal of Advanced Nursing*, 22, p.165-170

ANNEXES

ANNEXE 1

MÉMO

AUX : À TOUS

Présentation : Stage final de maîtrise de Valérie Richard

DATE : MERCREDI, 20 OCTOBRE

HEURE : 15H30 À 16H00

LIEU : SALLE À DÎNER

Bonjour à tous,

Vous êtes invités à participer à la présentation concernant le stage final de maîtrise de Valérie Richard. Le sujet du stage porte sur la collaboration interprofessionnelle.

Lors de cette présentation, vous pourrez prendre connaissance du but et des objectifs de stage, ainsi que des interventions qui seront proposées.

Venez en grand nombre, de plus, votre participation ainsi que le partage d'information seront bien utiles pour faire progresser le projet!

Au plaisir de vous voir tous, mercredi pm prochain.

MERCI À L'AVANCE DE VOTRE COLLABORATION!

VALÉRIE RICHARD

ANNEXE 2

Présentation powerpoint présenté en début de stage aux intervenants du SRSAD

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE SUR LES INDICATEURS DE LA COLLABORATION

INTERPROFESSIONNELLE (D'Amour et ses collègues, 2008)

Dimensions relationnelles :

- Finalisation : 1) *Finalités* (buts communs) :

- 2) *Allégeances* (approche centrée sur le patient) :

- Intériorisation : 3) *Connaissance mutuelle* (connaissance des autres professionnels au niveau personnel et professionnel, compétences, valeurs) :

- 4) *Confiance* (confiance en la compétence des autres, habiletés d'assumer les responsabilités) :

Dimensions organisationnelles :

- Formalisation : 5) *Outils de formalisation* (clarification des responsabilités de chacun, consensus sur les outils de formalisation, protocoles, systèmes d'information) :

- 6) *Échange d'informations* (infrastructure d'information, si elle existe, si elle est utilisée de façon appropriée) :

- Gouvernance 7) *Centralité* (message explicite et clair de la direction pour guider l'action en matière de collaboration, rôle politique et stratégique) :

8) *Leadership* (leadership partagé entre les partenaires) :

9) *Support à l'innovation* (expertise qui soutien la collaboration et l'innovation pour supporter le processus d'apprentissage) :

10) *Connectivité* (opposé d'être isolé, séparé, lieux de concertation) :

COMMENTAIRES/SUGGESTIONS :

ANNEXE 4

Rencontre avec un pneumologue, centre hospitalier ciblé par le stage

Quelle est votre vision de la collaboration en général avec les professionnels de la santé?

Quelle est votre vision de la collaboration avec le SRSAD?

Points à améliorer/suggestions

ANNEXE 5

RÉSEAU DE SUIVI INTÉGRÉ MPOC RÉUNION DES INTERVENANTS

La prochaine réunion des intervenants du Réseau de suivi intégré MPOC se tiendra :

Date : **Mercredi, le 8 décembre 2010**

Heure : **13h30 à 15h30**

Lieu : **SRSAD**

5690, boul. Rosemont

Salle à dîner

ORDRE DU JOUR

- 1. Ouverture de la réunion et présentation des participants**
 - 2. Adoption de l'ordre du jour**
 - 3. Faire le point sur le réseau MPOC (tour de table)**
 - ✓ Présentation des membres et des rôles de chacun
 - ✓ Collaboration SRSAD/CLSC/Hôpitaux
 - ✓ Échange sur les processus de communication
 - ✓ Information sur les projets cliniques en cours à Montréal en lien avec la MPOC
 - ✓ Retour sur la formation de base MPOC
 - ✓ Conférence annuelle du réseau de suivi intégré MPOC : Nutrition et la MPOC (4 mai 2011)
 - 4. Mise à jour des critères d'oxygénothérapie et de références CLSC/SRSAD**
 - 5. Varia**
 - 6. Prochaine réunion**
-

