

Université de Montréal

Signification et pratiques interdisciplinaires : le cas d'une équipe de soins à domicile

par
Véronique Allaire

Département de communication
Faculté des arts et des sciences

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

Mai 2004

© Véronique Allaire, 2004



P

90

U54

2004

V. 012

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Signification et pratiques interdisciplinaires : le cas d'une équipe de soins à domicile

présenté par
Véronique Allaire

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

André A. Lafrance
Président rapporteur

Daniel Robichaud
Directeur de recherche

Lorna Heaton
Membre du jury

RÉSUMÉ

Ce mémoire de maîtrise consiste en une étude empirique exploratoire des activités d'une équipe interdisciplinaire prodiguant des soins de santé pédiatriques à domicile. Plus précisément, il s'attarde aux perceptions des membres de ce que doit être le travail en équipe interdisciplinaire, à la signification que les professionnels de la santé accordent au travail en équipe interdisciplinaire et aux rôles que ceux-ci s'attribuent et attribuent aux autres membres. Il explore, de plus, des avenues peu empruntées jusqu'à maintenant en abordant directement la question de la signification de l'interdisciplinarité pour les membres des équipes.

La théorie de la convergence symbolique ainsi que l'approche interprétative servent de cadre théorique à l'étude. La méthodologie de collecte et d'analyse des données utilisée repose sur l'observation des réunions d'équipe ainsi que sur des entrevues individuelles avec chacune des membres de l'équipe. Sur la base des résultats obtenus, la question de l'interdisciplinarité est abordée quelque peu différemment qu'envisagé dans la problématique initiale. Bien que le but premier de cette recherche était de rendre compte du sens et des implications de l'interdisciplinarité tel qu'établis par les membres, les données que nous avons colligées nous ont amené à réfléchir longuement aux enjeux des soins à domicile; le rapport quasi indissociable que les membres font entre le fait de pratiquer des soins spécialisés à domicile et leur identité de groupe interdisciplinaire est un élément central de cette réflexion. Le mémoire nous

laisse donc supposer que l'interdisciplinarité ne se réalise jamais, et ne peut donc être pensé, en dehors de son ancrage dans une pratique particulière.

L'étude indique de plus que les membres sont amenés à remplir plusieurs rôles à la fois, de façon parfois contrariante sinon contradictoire. Cette multiplicité des rôles renvoie au fait que le travail en équipe interdisciplinaire, dans le contexte des soins à domicile, suppose de la part des membres une pratique constante de médiation entre une pluralité de « mondes » sociaux (le monde de la famille et de sa biographie, des structures du système de santé, des ressources communautaires, des pratiques professionnelles disciplinaires, etc). Les membres composent collectivement avec cette diversité de rôle et les défis qu'ils génèrent en réduisant les incertitudes et catalysant les émotions vécues par et dans le cours des échanges et des discussions auxquels donnent lieu ses réunions régulières. Les interactions entre les membres jouent ainsi un rôle central dans la réalisation de l'identité comme de la mission de l'équipe.

Mots-clés : multidisciplinarité, interdisciplinarité, soins à domicile, convergence, signification

ABSTRACT

This thesis reports an exploratory study of an interdisciplinary health care team providing pediatric home care. More specifically, the study focuses on the meaning various health care professionals give to the team members' role, including their own, and to the teams' interdisciplinary constitution. It thus inquires into actual interdisciplinary practices from the interpretive standpoint of meaning.

The study draws on the interpretive approach and symbolic convergence theory to build its theoretical framework. Data collection and analysis lies on the observation of team meetings and individual interviews with team members. The data collected from the site led to the exploration of various issues and problems slightly different from the problematic envisioned at the outset of the study. Although the research primary objective was to give an interpretation of the meaning of interdisciplinarity as constructed by the members, the results show that the primary interpretative resources the team members identify with is its field of practice, that is home care. 'Interdisciplinarity', as a way to get a global and shared perspective on a case, made sense to the members only in reference to the specific issues at stake in home care giving. This suggests that 'interdisciplinarity' should not be conceptualized out of its enactment in a specific field of practice.

Moreover, our study shows that members are brought to play more than one role at a time, sometimes in contrary and conflicting ways. This multiplicity of roles indexes the fact that interdisciplinary teamwork, in the context of home care, implies a

constant practice of “mediation” between a plurality of social “worlds” (i.e. the family’s biography, the health care system’s logic, the communities resources, etc). The team members face this challenge through the collective management of uncertainty and emotions in the team’s regular meetings. The team members’ interactions are thus central in the achievement of the team purpose and identity.

Keywords : multidisciplinary, interdisciplinary, home care, convergence, meaning.

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier mon directeur de mémoire, le professeur Daniel Robichaud, pour son aide, son support, sa grande disponibilité et sa patience tout au long du processus de rédaction de ce mémoire. Il a su m'encourager, me motiver et me guider lorsque j'en avais besoin.

Aussi, je tiens à remercier le centre hospitalier ainsi que toutes les membres de l'équipes des soins à domiciles de s'être prêtées à l'exercice et de nous avoir permis d'étudier leur réalité pendant quelques mois.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	V
REMERCIEMENTS	VII
TABLE DES MATIÈRES.....	VIII
LISTE DES FIGURES	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : ÉTAT DE LA QUESTION SUR L'INTERDISCIPLINARITÉ.....	4
1.1 Historique	5
1.2 L'interdisciplinarité : tentatives de définition.....	8
1.3 Les modèles normatifs de pratique professionnelle interdisciplinaire.....	11
1.3.1 <i>Le modèle de Ivey.....</i>	<i>12</i>
1.3.2 <i>Les types de collaborations : le modèle de Doherty.....</i>	<i>14</i>
1.3.3 <i>Le modèle de Krueger</i>	<i>16</i>
1.4 L'approche des petits groupes	18
1.5 La formation au travail interdisciplinaire.....	23
1.6 Résumé et conclusion.....	24
CHAPITRE 2. LE SENS DE L'INTERDISCIPLINARITÉ POUR LES ACTEURS.....	26
2.1 Approche constructiviste/interprétative	26
2.2 La théorie de la convergence symbolique	28
2.3 Le sens de l'interdisciplinarité dans la littérature	30
2.4 Les enjeux de rôle	34
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE ET LE CAS RETENUS	36
3.1 Une méthode qualitative.....	37
3.2 Le terrain choisi	37
3.3 Les données colligées.....	39

3.4	Les observations.....	39
3.5	Les entrevues	40
3.6	La validité	42
3.7	Procédures de transcriptions.....	43
3.8	Méthodologie d'analyse des données	44
3.9	Ce qu'a donné la procédure suivie.....	45
3.10	L'équipe spécialisée des soins à domicile	45
3.11	Résumé	53
CHAPITRE 4. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES		54
4.1	Les membres de l'équipe.....	54
	<i>Parcours professionnel</i>	54
4.2	L'interdisciplinarité en action : les interactions en réunion	57
	4.2.1 <i>Structure de la réunion</i>	58
	4.2.2 <i>Cohésion et nature des interactions</i>	62
	4.2.3 <i>Intégration des nouveaux membres</i>	65
	4.2.4 <i>Chevauchement et relations interdisciplinaires concrètes</i>	65
	4.2.5 <i>Récits de visites et fantaisies de groupes</i>	67
4.3	Sens des soins à domicile et identité de groupe.....	69
	4.3.1 <i>Identité de l'équipe dans la notion de soins à domicile</i>	69
	4.3.2 <i>Relations amicales/maternantes avec les familles</i>	70
CHAPITRE 5. DISCUSSION		75
5.1	L'équipe à l'intersection des mondes de pratiques	75
5.2	La dimension émotionnelle	77
CONCLUSION		83
RÉFÉRENCES		88

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Continuum de la pratique interdisciplinaire selon Ivey et al. (1988).	12
Figure 2. Le modèle de Saltz & Schaefer (1996).	18

INTRODUCTION

Depuis quelques années, nous avons assisté à une forte valorisation du travail en équipe interdisciplinaire notamment dans le domaine de la santé. Cependant, la littérature sur ce sujet demeure très discrète en ce qui concerne les phénomènes de communication au sein même des équipes interdisciplinaires. La littérature existante sur ce phénomène est majoritairement constituée de modèles normatifs et très peu de travaux empiriques décrivent les processus de collaboration interdisciplinaires tels qu'ils se déroulent. De plus, on trouve encore moins de travaux portant sur la communication ou les interactions au sein d'équipes interdisciplinaires.

Ce travail rapporte donc les résultats d'une étude empirique des activités d'une équipe interdisciplinaire dans le domaine de la santé. Plus précisément, il s'attarde aux perceptions des membres de ce que doit être le travail en équipe interdisciplinaire, à la signification que les professionnels de la santé accordent au travail en équipe interdisciplinaire et aux rôles que ceux-ci s'attribuent et attribuent aux autres membres. Il explore, de plus, des avenues peu empruntées jusqu'à maintenant en

abordant directement la question de la signification de l'interdisciplinarité pour les membres des équipes. Sur la base des résultats obtenus, nous serons cependant amené à aborder la question de l'interdisciplinarité quelque peu différemment qu'envisagé dans la problématique initiale. En effet, l'analyse met en évidence certains enjeux insoupçonnés au départ et suggère, entre autres, que le sens de l'interdisciplinarité est intimement lié au sens que les membres accordent à leur pratique professionnelle, dans ce cas-ci les soins pédiatriques à domicile. Notre exploration de l'interdisciplinarité telle que vécue concrètement nous conduira donc à discuter également des enjeux liés à ce domaine de pratique particulier.

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre dresse un bref historique de l'évolution de l'interdisciplinarité en plus de présenter différents modèles normatifs tirés de la littérature sur le phénomène de l'interdisciplinarité. Le deuxième chapitre, quant à lui, pose le problème du sens de l'interdisciplinarité pour les acteurs dans la pratique professionnelle. Pour développer cette question, nous exposons l'approche constructiviste / interprétative ainsi que la théorie de la convergence symbolique.

Le troisième chapitre discute la méthodologie et le cas retenu. Nous y présentons les méthodes choisies pour colliger et analyser les données nécessaires à la recherche. Nous y défendons le choix d'une méthodologie qualitative privilégiant l'observation et les entrevues individuelles comme mode de collecte de données. L'explication de la méthodologie de l'analyse des données permet au lecteur de comprendre comment nous nous y sommes pris pour analyser les données de transcription d'entrevues. Ce chapitre est conclu par une présentation du cas étudié.

Afin de bien préparer le lecteur à l'analyse des données nous présentons, de façon détaillée, l'unité pour laquelle l'équipe travaille ainsi que chaque membre de l'équipe. Nous pensons que cette mise en contexte contribuera grandement à faciliter la compréhension du lecteur.

Le chapitre quatre est consacré à l'analyse des données obtenues sur le site de recherche. Nous y discutons notamment du rôle du parcours professionnel des membres de l'équipe, du sens qu'ont les soins à domicile et le sens du travail en équipe. Nous traitons aussi du rôle du parcours personnel dans la vie des membres de l'équipe ainsi que la réflexivité des membres face à la multiplicité des rôles dans lesquels leur pratique particulière les positionne.

Finalement, nous concluons ce mémoire par un court chapitre de discussion nous permettant d'esquisser des thématiques et des enjeux émergents de l'analyse des données et ainsi mettre de l'avant des intuitions qui, selon nous, pourraient avoir une portée plus générale. Nous en dégageons en outre quelques pistes d'analyse pour une recherche ultérieure.

CHAPITRE 1 : ÉTAT DE LA QUESTION SUR L'INTERDISCIPLINARITÉ

Au cours des dernières décennies, nous avons pu assister à une restructuration subtile du savoir. De nouvelles divisions intellectuelles du travail, la recherche en collaboration, l'enseignement en équipe, les études comparatives et l'augmentation des emprunts entre les disciplines ont grandement contribué aux pressions sur la division traditionnelle du travail. On parle maintenant de perméabilité des frontières (Klein, 1990). Cette perméabilité donne naissance au concept d'interdisciplinarité à qui on associe plusieurs objectifs tels répondre à des questions complexes, adresser des questions larges, explorer les relations disciplinaires et professionnelles, résoudre des problèmes qui vont au-delà de la capacité d'une seule discipline et parfois même d'accomplir l'unité du savoir à petite et grande échelle. Bien que cela rende le concept d'interdisciplinarité attirant, cela crée aussi une grande confusion quant à la signification même du terme, un manque d'identité professionnelle, et une dispersion du discours.

Dans le cadre de ce premier chapitre, nous définirons la notion d'interdisciplinarité en plus de dresser un bref historique de son évolution. Nous exposerons ensuite les principaux modèles normatifs de pratique interdisciplinaire selon leurs types de collaborations et leur fonctionnement.

1.1 Historique

Toute tentative pour comprendre le concept d'interdisciplinarité est compliquée par une différence considérable d'opinions sur son origine. En fait, le terme actuel n'est apparu qu'au vingtième siècle et est façonné de quatre façons (Klein, 1990).

- Par les tentatives de maintenir et, dans certains cas, de réinstaller des idées historiques d'unité et de synthèse.
- Par l'émergence de programmes organisés en recherche et en formation.
- Par l'élargissement des disciplines traditionnelles.
- Par l'émergence de mouvements interdisciplinaires identifiables.

Klein (1990) explique que le phénomène de l'interdisciplinarité à l'aide de la métaphore de l'archipel. Un amas de petites îles éparpillées appartenant à un « système » qui les crée et les rejette en même temps. On utilise cette métaphore car le phénomène de l'interdisciplinarité apparaît très vaste. En effet, les définitions varient d'un pays à l'autre, d'une institution à l'autre, d'un département à un autre et même d'un membre d'une équipe à un autre. Le phénomène de l'interdisciplinarité émerge surtout de la distinction apparente que l'on fait dans l'histoire du concept, c'est-à-dire la

distinction entre la justification « synoptique » (qui offre une vue générale d'un ensemble) basée conceptuellement et la justification « instrumentale » basée pragmatiquement. Depuis le milieu du XX^e siècle, il existe une tension dans le discours entre ceux qui définissent l'interdisciplinarité comme un synopsis conçu philosophiquement et ceux qui croient que l'interdisciplinarité n'est pas un concept théorique mais pratique, qui émerge de problèmes de société non résolus plutôt que d'une philosophie de la science. Le travail instrumental tend à accentuer les interactions externes et est souvent de nature finie alors que d'un autre côté, le travail synoptique tend à être plus introspectif avec une emphase sur la cohérence interne, l'unification méthodologique et une exploration à long terme. Bien que l'on ait tenté au cours du vingtième siècle d'accomplir l'unité avec des tentatives instrumentales et synoptiques, la motivation principale de la quête de l'interdisciplinarité est l'évolution du savoir.

Dans la première partie du vingtième siècle, c'est en éducation et en sciences sociales que le momentum de l'interdisciplinarité est le plus visible. En effet, alors que les universités sont dominés par des structures disciplinaires et la prolifération des spécialisations, il devient de plus en plus difficile de former « la personne ». En réponse à ce phénomène, on promeut l'éducation « générale » comme antidote à la spécialisation. Le but premier est d'offrir aux étudiants une éducation « large » et non spécialisée, dans un ensemble de cours commun faisant partie d'une section non spécialisée du programme et qui met l'emphase selon des points de vue communs et des valeurs communes.

Les sciences sociales sont motivées par les mêmes inquiétudes, elles promeuvent l'intégration à travers les disciplines qui sont de plus en plus isolées par la

spécialisation. Deux mouvements interdisciplinaires se sont manifestés dans les sciences sociales. Le premier s'étend de la première guerre mondiale aux années trente et est caractérisé par l'emprunt de techniques à des fins strictement instrumentales. On trouve parmi ceux-ci une attirance particulière pour les méthodes quantitatives des sciences naturelles. Le deuxième mouvement apparaît vers la fin de la seconde guerre mondiale et n'est pas basé sur un transfert instrumental du savoir mais sur un présupposé plus ambitieux, c'est-à-dire réduire les écarts entre les disciplines pour ainsi parvenir à l'unité du savoir. Dans ce contexte, l'interdisciplinarité signifie la combinaison de catégories, de méthodes et de perspectives déjà établies et est appliquée à l'idée de grande unité ainsi qu'à une intégration limitée de concepts disciplinaires et de théories déjà existantes. Le concept d'interdisciplinarité est donc utilisé pour des emprunts instrumentaux à travers les disciplines et dans le développement de nouvelles catégories conceptuelles.

Vers le milieu du siècle, un nombre de théories synthétiques ont, elles aussi, un impact sur la structure du questionnement. Les théories synthétiques telles le marxisme, le structuralisme et la théorie générale des systèmes, opèrent à plusieurs niveaux. Elles sont utilisées pour solidifier la théorie d'une discipline, pour unifier une discipline, pour fournir une méthodologie ou une théorie intégrative pour un groupe de disciplines, et même de fonctionner comme une science unifiée en intégrant toutes les disciplines autour d'un seul paradigme (Klein, 1990). Le discours sur l'interdisciplinarité croît à mesure que les sciences sociales débattent de la question de savoir si leur modèle doit être les sciences naturelles ou les sciences humaines. C'est dans les années soixante-dix qu'on remarque un éclatement dans la création

d'institutions de recherche, d'organisations professionnelles et d'associations interdisciplinaires en plus des programmes d'enseignement interdisciplinaires d'où sont issus de nombreuses publications sur l'interdisciplinarité.

Depuis les années soixante-dix, les chercheurs et éducateurs universitaires portent une attention particulière aux problèmes de gestion et de création de programmes interdisciplinaires, aux projets de recherche, aux conséquences pratiques et philosophiques de relations entre certaines disciplines, à la dynamique interdisciplinaire de résolution de problème et à la nature des théories et des méthodes interdisciplinaires.

1.2 L'interdisciplinarité : tentatives de définition

Bien que l'interdisciplinarité soit un concept largement employé parmi les chercheurs et administrateurs universitaires, ceux-ci ne s'accordent pas sur une terminologie propre. Plusieurs distinctions doivent être considérées, notamment entre la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité et entre l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité.

Souvent, les activités « interdisciplinaires » mises sur pied ne sont pas interdisciplinaires mais multidisciplinaires ou pluridisciplinaires. Ici, multidisciplinaire signifie la juxtaposition de disciplines; c'est un concept essentiellement additif et non intégratif. Dans ce cas, même s'ils sont dans un environnement commun, les membres agiront comme des représentants de leur propre discipline. Leur relation sera mutuelle et cumulative mais non interactive, du fait qu'il n'y a pas de connections apparentes ni de coopérations réelles ou de relations explicites. Les disciplines participantes ne sont ni changées ni enrichies et le manque de matrice d'interaction bien définies fait en sorte

que les relations entre les disciplines sont limitées et transitoires (Klein, 1990). La recherche multidisciplinaire est souvent la réponse spontanée lors de projets centrés sur des problèmes scientifiques ou professionnels complexes. Le caractère multidisciplinaire est donc une garantie de la contribution d'une grande variété de disciplines et de perspectives.

L'interdisciplinarité, quant à elle, est généralement définie par les types d'interactions qu'elle représente dans la pratique effective. *L'emprunt*, la *résolution de problèmes*, l'*augmentation de la consistance des sujets et des méthodes* et l'*émergence d'une interdiscipline*. On parle d'emprunt car l'interdisciplinarité suppose l'emprunt et la circulation d'outils analytiques, de méthodes disciplinaires et de concepts entre les disciplines. En ce qui concerne l'augmentation de la consistance des sujets et des méthodes, elle est aussi qualifiée d'interdisciplinarité supplémentaire car elle décrit le chevauchement partiel des disciplines sur un même terrain. On utilise aussi l'interdisciplinarité pour indiquer le savoir qui existe à l'intérieur d'un groupe de disciplines qui sont en relations très rapprochées ; deux disciplines peuvent donc contribuer par leur savoir mais aucune d'elle ne peut fournir entièrement les concepts, les méthodes et les outils nécessaires. Donc, l'augmentation de la consistance des sujets et des méthodes décrit les interactions qui mènent à la création d'un nouveau corps de connaissances qui formeront les structures de base d'une nouvelle discipline. Il est possible d'aller encore plus loin et parler du concept de transdisciplinarité bien que celui-ci ne soit utilisé que très rarement. Alors que l'interdisciplinarité signifie la synthèse de deux ou plusieurs disciplines établissant ainsi un nouveau « méta niveau » du discours, la transdisciplinarité signifie l'interconnexion de tous les aspects de la

réalité, transcendant les dynamiques des synthèses dialectiques pour saisir les dynamiques de la réalité comme un tout. La transdisciplinarité est donc considérée comme le degré ultime de convergence des savoirs.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il arrive souvent qu'il y ait chevauchement entre les disciplines concernées dans un processus interdisciplinaire. Des frontières sont alors franchies, voire remises en cause. Les interactions et la réorganisation que créent ces « traversées » sont centrales à la production et à l'organisation du savoir comme formation et maintien des frontières (Klein, 1996). Franchir les frontières stimule la formation de zones d'échanges d'interactions, l'émergence de langages communs, les communautés hybrides et les rôles professionnels, les nouvelles structures institutionnelles, et les nouvelles catégories de savoir. Certains soutiennent qu'il ne faut pas dissoudre ces frontières mais continuer à les traverser permettant ainsi à des structures alternatives et à de nouveaux questionnements d'émerger.

Bien que les activités interdisciplinaires soient remarquablement diversifiées, les affiliations qu'elles créent et les sites institutionnels où elles sont localisées constituent pour Klein (1990) le « monde social » du travail interdisciplinaire. Un monde social est simultanément une organisation d'individus, une identité, et un emplacement. Tous les mondes sociaux partagent trois propriétés : segmentation, légitimation et intersection. La segmentation entraîne la division en « sous mondes ». La légitimation définit et renforce les standards et les frontières. L'intersection consiste en les interactions des mondes sociaux. Leur trait commun est leur caractère hybride.

L'hybridation reflète le besoin d'accomplir des tâches aux frontières et dans les espaces entre les systèmes et les sous systèmes (Klein, 1996).

Les frontières peuvent être considérées à la fois comme des barrières et des membranes perméables. Elles sont perméables car les disciplines ne sont pas des unités isolées. C'est surtout au niveau des spécialités et non de la discipline en entier que les frontières sont franchies. Une discipline est composée de fragments de spécialités qui forment un micro environnement où la recherche et la communication se réalisent. La revendication de la primauté disciplinaire repose sur la fissure continue des savoirs en un nombre plus important de spécialités. La spécialisation est donc paradoxalement une cause majeure de l'augmentation des frontières franchies et de l'activité interdisciplinaire. Les frontières changent et se chevauchent car les idées et les techniques n'existent pas dans des endroits fixes. Les chercheurs les véhiculent avec eux à mesure qu'ils participent avec plusieurs groupes. Les spécialités ne possèdent donc pas de frontières inhérentes, elles sont plutôt définies en terme de concentration relative des intérêts. On trouve ainsi des migrations à différents niveaux et à différentes échelles de temps.

1.3 Les modèles normatifs de pratique professionnelle interdisciplinaire

Cette section expose quelques modèles élaborés pour favoriser la compréhension et l'implantation du travail en équipe interdisciplinaire. Ces modèles insistent sur l'importance de l'enseignement du travail en équipe interdisciplinaire, la collaboration au sein de l'équipe ainsi que les conditions et les composantes nécessaires au bon fonctionnement de l'équipe.

1.3.1 Le modèle de Ivey

Ivey a élaboré un continuum de collaboration interdisciplinaire pour former les étudiants à l'interdisciplinarité. À un pôle de ce continuum, on retrouve une pratique où les professionnels travaillent indépendamment les uns des autres. En allant vers l'autre pôle, cette indépendance diminue alors que les intervenants partagent de l'information et des connaissances (*collaboration*), réfèrent les uns aux autres (*consultation*), voient leurs interventions coordonnées par un tiers selon une structure administrative mise sur pieds à cet effet, et forment une équipe autour d'un programme ou d'un service où se juxtaposent les expertises de chacun (*pratique multidisciplinaire*).

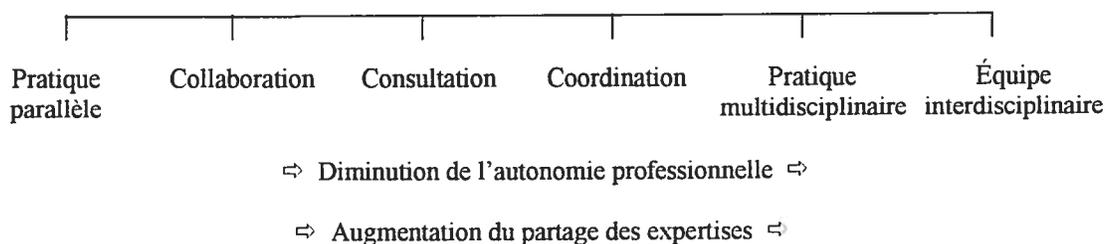


Figure 1. Continuum de la pratique interdisciplinaire selon Ivey et al. (1988).

Dans cette convention terminologique, l'interdisciplinarité désigne le pôle de la plus forte intégration des pratiques professionnelles. Le choix de la nature des collaborations interdisciplinaires peut être fait, non seulement d'après les impératifs posés par la condition du patient mais aussi selon les caractéristiques interprofessionnelles des professionnels de la santé aussi bien que leurs besoins d'autonomie professionnelle. Le modèle permet aux étudiants de faire des choix de

carrière éclairés par rapport aux types de collaborations interdisciplinaires les mieux adaptés à leur style interpersonnel et à leurs besoins professionnels.

Ce qui a inspiré l'auteur à bâtir ce modèle vient du fait que la littérature sur les collaborations interdisciplinaires, insiste sur la définition, la négociation et la clarification de rôle. Selon Ivey, la clé de l'implantation réussie d'une équipe interdisciplinaire réside dans l'éducation des professionnels de la santé à comprendre et à être sensible à l'équipe comme petit groupe et non seulement à définir les rôles individuels des participants. L'engagement face aux valeurs et à l'éthique d'une autre profession, la reconnaissance de l'expertise des autres collègues et de l'interdépendance des pratiques sont tous également des préalables à une bonne collaboration interdisciplinaire.

Ivey a surtout exploité le modèle pour l'enseignement. En effet, elle soutient que le travail en équipe interdisciplinaire doit être enseigné, il ne peut s'apprendre au fur et à mesure et ne se développe pas seulement avec le temps et l'expérience professionnelle. Le travail d'équipe consiste en un processus stimulant et exigeant, c'est pourquoi un entraînement et beaucoup de pratique sont nécessaires pour arriver à des interactions efficaces au sein de l'équipe. De plus en plus, des efforts sont faits pour développer des programmes de formations interdisciplinaires. Cependant, ils sont fortement influencés par les valeurs sociales et académiques qui mettent l'emphase sur l'individualisme, la compétition et la pensée disciplinaire. Ces valeurs influencent donc la dynamique de l'équipe de travail (Clark, 1994). Son modèle d'enseignement suggère que les étudiants se familiarisent non seulement leur propre discipline mais aussi les enjeux qui se présentent dans d'autres disciplines. Les étudiants sont sensibilisés aux

rôles qu'occupent les différentes disciplines dans diverses situations où des soins de santé doivent être administrés. L'enseignement du modèle se fait de façon interactive à l'aide d'études de cas, de jeux de rôle, de comparaison des codes d'éthique de différentes professions pour ensuite initier des discussions sur différents contextes où des problèmes d'éthique peuvent surgir. Une simulation de collaboration interdisciplinaire est aussi proposée où les étudiants travaillent ensemble sur un programme communautaire. Selon Ivey, les étudiants découvrent, à travers l'exercice, un cadre commun de connaissances en communication et en relations humaines, dans lequel ils intègrent leurs connaissances en rapport à leur profession. Toujours selon Ivey, ce modèle d'enseignement est bénéfique car il socialise les étudiants à une forte identité professionnelle tout en assurant une ouverture à l'interdisciplinarité comme partie intégrante de leur formation. De plus, les étudiants qui auront les connaissances et les capacités de travailler conjointement en utilisant différents styles seront en mesure de fournir le leadership nécessaire à la création d'une collaboration interdisciplinaire.

1.3.2 Les types de collaborations : le modèle de Doherty

Doherty (1995) a identifié différents niveaux de collaboration qui permettent aux professionnels de la santé de travailler ensemble.

- *le niveau de collaboration minimale*

Le professionnel n'a que très peu de contacts avec d'autres professionnels, il n'a pour ainsi dire pas besoin de leur expertise, la sienne étant suffisante pour les besoins du patient.

- *la collaboration de base à distance*

Le professionnel entretient des communications périodiques avec un autre professionnel concernant un patient qu'ils traitent tous les deux, ils se considèrent comme des ressources l'un pour l'autre mais ont une très infime connaissance de la culture de l'autre et très peu de partage de responsabilités et de pouvoir.

- *la collaboration de base sur place*

Dans ce cas ci, les professionnels partagent le même environnement de travail. Les communications sont plus fréquentes bien que celles-ci se fassent par appels téléphoniques ou lettres, ils peuvent aussi se rencontrer occasionnellement du fait de leur proximité.

- *proche collaboration dans un système intégré partiellement*

Les professionnels, en plus de partager le même environnement, fonctionnent avec le même système d'horaire et de responsabilités. Les rencontres face à face sont monnaie courante en plus de la consultation mutuelle, des plans de traitements coordonnés et une compréhension / appréciation du rôle et de la culture de l'autre.

- *proche collaboration dans un système intégré complètement*

Dans ce type de collaboration, les professionnels partagent le même environnement de travail, une vision commune et un même système de services biopsychosocial. Plus précisément, les professionnels se rencontrent pour discuter des

patients mais aussi de questions ayant trait à la collaboration au sein de l'équipe de travail. Dans ces réunions, on fait l'effort de pratiquer une auto-évaluation de l'équipe en ce qui concerne des questions telles le pouvoir ou le rôle accordé à chacun et à leur champ d'expertise. Ce genre d'équipe est, en principe, capable de gérer davantage l'incertitude.

1.3.3 Le modèle de Krueger

Pour assurer le bon fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire, Krueger (1990), propose un modèle où il explique la nécessité pour l'équipe de mettre en place des procédures, des aptitudes, des conditions humaines et des méthodes d'enseignements nécessaires à l'implantation efficace d'équipes de travail. Certaines procédures contribuent à fournir à l'équipe de travail un environnement où les membres de l'équipe peuvent interagir efficacement. Fournir des définitions, des buts et des objectifs mesurables, une marche à suivre claire et la possibilité d'un engagement égal pour chaque membre sont nécessaires au bon fonctionnement de l'équipe, comme ils le sont dans l'implantation d'autres formes de travail en collaboration. Avec ces procédures en place, les membres de l'équipe peuvent maintenant concentrer leurs énergies à aller de l'avant. Sans ces procédures, les membres de l'équipe perdent un temps précieux à essayer de trouver un terrain d'entente sur le processus de collaboration.

Krueger insiste également sur les aptitudes individuelles nécessaires au travail en équipe. Parmi ces aptitudes, on compte notamment la capacité d'accepter et d'énoncer des critiques constructives lors de réunions d'équipe ou lors d'interactions avec des collègues, d'écouter lorsque des membres de l'équipe donnent des

informations, de les assurer du support et de leur montrer de l'intérêt, d'être constant dans l'implantation de décisions, donner et recevoir du support et de l'encouragement, etc. Vient ensuite le partage des ressources, les membres de l'équipe enseignent aux autres membres lors de sessions formelles et lors d'interactions informelles. Aussi, on trouve la capacité des membres à discuter et à ventiler leurs sentiments pour éviter les frustrations et les conflits entre les membres qui peuvent affecter la prise de décision. De plus, on recherche des membres qui sont empathiques, c'est-à-dire qui sont capables de se mettre à la place de l'autre et comprendre les enjeux de leurs points de vue. Finalement, on s'attend à ce que les membres fassent preuve de responsabilité, qu'ils utilisent des méthodes qui rendent compte de leurs interactions entre eux et avec leurs clients. En fait, selon Krueger, la façon dont les gens interagissent entre eux est un déterminant majeur du fonctionnement efficace d'une équipe de travail. Si les membres sont sensibles, offrent du support et critiquent de manière constructive, le succès de l'équipe est d'autant plus assuré. Toutefois, les études sur les interactions dans les équipes interdisciplinaires sont peu nombreuses.

En complément au modèle de Doherty, Saltz & Schaefer (1996), proposent un modèle qui décrit les différentes composantes essentielles au fonctionnement efficace d'une équipe de travail. Leur motivation à mettre sur pied un tel modèle est le fait que l'implication des familles dans les programmes de réhabilitation des patients est un des aspects, à leur avis, le plus négligé dans les études de communication entre professionnels et clients. Leur modèle se veut un cadre de référence pour examiner l'intégration de la famille dans l'équipe de soins. Chacune de ses composantes est donc influencée par le degré d'implication du patient et de leur famille dans le fonctionnement

de l'équipe de soins. Il est important de noter que ce modèle n'est pas figé, des changements peuvent survenir de façon non linéaire et donc influencer d'autres composantes.

Contexte	Fait référence à la culture organisationnelle de l'équipe ainsi qu'à la relation que l'équipe entretient avec son environnement.
Structure	Peut être prédéterminée mais évolue en même temps que l'équipe commence à fonctionner. La structure est analysée sous deux points de vue : <ul style="list-style-type: none"> • la composition de l'équipe en terme d'individus; • les caractéristiques de l'équipe en tant qu'entité.
Processus	Les auteurs en mentionnent quatre : <ul style="list-style-type: none"> • le leadership en terme de rôles, de styles et types de leadership; • le partage d'informations et la communication qui sont généralement centrés soit sur le patient ou sur l'équipe; • la résolution de problème et la prise de décision; • la résolution de conflit et le feedback.
Résultats	Les résultats sont analysés sous deux aspects : <ul style="list-style-type: none"> • les résultats de l'équipe elle-même, c'est-à-dire son évaluation et ses responsabilités au sein du contexte organisationnel; • sa relation avec divers éléments structurels et divers processus ainsi que le maintien de l'équipe et son évolution.

Figure 2. Le modèle de Saltz & Schaefer (1996).

Ces modèles normatifs sont plutôt prescriptifs. Les chapitres ultérieurs nous démontrent que les études empiriques représentent une valeur ajoutée dans la compréhension de la collaboration interdisciplinaire.

1.4 L'approche des petits groupes

Le travail en équipe interdisciplinaire peut enfin être abordé sous l'angle de la dynamique des petits groupes. On oublie en effet souvent que la plupart des

dynamiques interprofessionnelles supposent des processus de groupe dans l'interaction des rôles et des statuts des professionnels (Kane, 1975).

Les caractéristiques générales d'un groupe peuvent être divisées en trois grandes catégories : sa composition, ses fonctions et ses tâches. Un groupe, pour être considéré comme tel, doit regrouper deux individus ou plus et avoir des configurations face à face ou non face à face, c'est-à-dire que l'équipe peut se rencontrer régulièrement et communiquer directement et immédiatement ou il est possible qu'elle se rencontre rarement ou jamais et que la communication s'effectue par téléphone ou à l'aide de rapports écrits. De plus, l'équipe se doit d'avoir un leader identifiable même si le leadership peut changer dépendamment de la nature de la tâche à accomplir. L'équipe fonctionne aussi au sein de cadres organisationnels. Une organisation « parente » fournit les systèmes de support pour les opérations de l'équipe. Celle-ci définit l'équipe, ses membres, leurs tâches et, d'un certain point, ses interactions. La façon dont l'équipe fonctionne est donc influencée par son cadre organisationnel. Parmi les caractéristiques de l'organisation qui vont influencer le fonctionnement de l'équipe on retrouve notamment le type d'organisation et ses buts, la structure, le lieu d'autorité et de contrôle et, les normes et les valeurs de l'organisation. On définit les rôles des participants en termes de compétences professionnelles et dépendamment de la nature de la tâche à accomplir. Les membres de l'équipe collaborent et sont soumis à des protocoles de collaboration spécifiques. L'équipe doit donc être centrée sur le client car celui-ci est sa raison d'existence mais elle doit être aussi centrée sur la tâche pour régler les problèmes du client (Ducanis & Golin, 1979).

Les caractéristiques individuelles du membre de l'équipe telles le sexe, l'âge, l'origine ethnique et géographique peuvent avoir une incidence sur la sélection du membre pour l'équipe et peuvent même influencer son expérience avec l'équipe car elles peuvent être aussi importantes que ses affiliations professionnelles. Aussi, l'appartenance à un groupe de référence affecte les interactions de l'individu dans un groupe donné. Un individu appartient normalement à plus d'un groupe de référence, et chacune de ces affiliations va influencer ses interactions (Kane, 1975). Cependant, si l'association professionnelle est trop restrictive dans la régulation des activités de ses membres, les professionnels peuvent entrer en conflit avec leurs rôles en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire et leurs rôles en tant que membre d'une association professionnelle (Ducanis & Golin, 1979).

L'aspect essentiel d'une équipe interdisciplinaire est l'habileté de deux ou plusieurs professionnels à travailler ensemble. Cependant, des mauvaises perceptions et des malentendus sont considérés plus probables entre les professions qu'au sein d'une même profession car les professionnels connaissent mal les enjeux et compétences spécifiques des membres des autres professions. Le chevauchement de rôles, les différences de statuts et les différences de point de vue peuvent aisément mener à des conflits interprofessionnels et ainsi créer de la discorde au sein de l'équipe. Comme on peut l'imaginer, les relations entre les membres de l'équipe constituent un déterminant important de l'efficacité du groupe ; les conflits et les mauvaises perceptions entre les professionnels peuvent interférer sérieusement avec l'effort de collaboration. L'ethnocentrisme professionnel, les différences de statut professionnel et le manque de compréhension des autres professions constituent les barrières primaires de la

communication entre les professionnels. L'empiètement des autres professionnels et les barrières de langage peuvent aussi handicaper la collaboration interprofessionnelle. Les facteurs qui influencent l'efficacité de l'équipe interdisciplinaire indiquent l'importance des attentes par rapport au comportement des autres membres de l'équipe. En effet, chaque membre a des attentes sur comment les autres membres devraient agir pour atteindre les buts fixés (Ducanis & Golin, 1979).

Généralement, les buts sont déterminés formellement ou de façon non formelle par les membres de l'équipe. Les buts de l'équipe sont habituellement énoncés en fonction de ce que les membres souhaitent accomplir en équipe. Ce qui détermine les buts de l'équipe sont idéalement les buts du client ; celui-ci entre dans le système avec certains buts à accomplir, une partie de la tâche de l'équipe est d'aider le client à accomplir ses buts ou dans certains cas, à l'aider à accomplir des buts plus réalistes et appropriés. Les professionnels jouent un rôle crucial dans l'énonciation des buts de l'équipe, parfois certains buts peuvent sembler être non reliés au bien-être du client. L'acceptation des buts du professionnel comme étant des buts de l'équipe dépend de la compréhension et de l'acceptation des autres membres de l'équipe. Finalement, l'organisation impose également ses propres objectifs à l'équipe, formellement ou non.

Enfin, une équipe devrait poursuivre de façon explicite des buts orientés vers la tâche et des buts orientés vers le maintien des relations de groupe. Les buts orientés vers la tâche visent ce que l'équipe doit accomplir tandis que les buts orientés vers le maintien des relations réfèrent aux processus de groupe comme tel et veillent au bon fonctionnement de l'équipe et à l'amélioration de la communication entre les membres de l'équipe. Malgré cela, des conflits peuvent survenir entre les membres, entre l'équipe

et l'organisation et, entre les membres et le client. Donc, un aspect important du maintien de l'équipe est une révision périodique de ses buts pour atteindre ou maintenir le consensus des membres par rapport à ces buts (Ducanis & Golin, 1979). L'efficacité et la satisfaction du groupe augmentent lorsque les buts personnels des membres rencontrent les objectifs du groupe. Un groupe ayant un haut degré de relations amicales sera généralement plus motivé à travailler plus fort et à être plus productif. Une équipe évoluant dans l'harmonie dépensera moins d'énergie à régler des conflits et plus d'énergie orientée vers la tâche (Kane, 1975).

Une autre caractéristique importante du fonctionnement d'une équipe est l'établissement de normes qui reflètent les attentes par rapport au comportement des membres de l'équipe. Les normes fournissent aux membres des lignes directrices et servent aussi à indiquer les comportements auxquels les membres peuvent s'attendre des autres membres (Ducanis & Golin, 1979). Chaque membre du groupe adhère différemment aux normes du groupe. Le degré d'acceptation des normes par le membre est influencé par son statut dans le groupe qui est influencé à son tour par ses affiliations professionnelles, donc plus un groupe est stable plus ancrées sont les normes (Kane, 1975).

Le travail en équipe donne lieu au développement de rôles ou à des attentes de rôles de la part de chaque membre en regard aux autres membres. Dans les équipes interdisciplinaires, les attentes de rôle sont basées sur d'autres facteurs tels l'affiliation professionnelle et la position dans l'organisation. Les rôles autant que le statut sont reliés au pouvoir social ou à l'habileté d'influencer les autres membres du groupe (Ducanis & Golin, 1979). Lorsque vient le temps pour le groupe de prendre des

décisions, tous les membres doivent idéalement participer aux délibérations. Le processus de prise de décisions peut s'apprendre et s'améliorer avec la pratique. En fait, le processus de prise de décisions est nécessaire au groupe et l'apport de chaque membre augmente grandement les chances d'arriver à la meilleure décision. Le groupe se doit alors d'avoir un leader désigné pour fournir une structure de fonctionnement au groupe. Ici, le leadership est une combinaison d'habiletés orientées vers le but commun du groupe et des aptitudes interpersonnelles. Des recherches ont indiqué qu'un leader aura plus d'influence s'il permet aux membres d'accomplir des buts personnels en plus des buts communs au groupe. On suggère que le leader soit choisi par les membres du groupe non pas d'après ses affiliations professionnelles mais d'après sa compréhension et ses aptitudes à utiliser les processus de groupe pour atteindre les buts communs. Le meilleur leadership est celui qui permet aux autres membres d'exercer du leadership dans leur champ d'expertise particulier (Kane, 1975).

1.5 La formation au travail interdisciplinaire

On croit de plus en plus que si une équipe interdisciplinaire veut fonctionner à un niveau optimal, les professionnels doivent être formés pour bien évoluer au sein de l'équipe (Ivey, 1988). Alors que l'éducation professionnelle est surtout orientée vers le développement d'un individu qui peut fonctionner de façon autonome et indépendante dans un champ de compétence, l'éducation en équipe cherche à développer l'habileté de fonctionner en interdépendance avec d'autres professionnels, utilisant ses propres aptitudes et celles des autres de manière optimale. L'éducation interdisciplinaire a plusieurs objectifs, notamment une conscience accrue du besoin d'une approche compréhensive, une compréhension des attitudes, des valeurs, des aptitudes et des

méthodes des autres professions et, l'habileté d'utiliser les dynamiques de groupes dans les relations organisationnelles. Trois modèles de programme d'éducation sont ainsi suggérés : la formation pré-professionnelle, l'éducation continue et le développement d'équipe. La formation pré-professionnelle comprend des cours et des programmes en équipes interdisciplinaires pour les étudiants faisant partie de leur programme d'éducation professionnelle. L'éducation continue vise à fournir des séminaires et des ateliers en plus des formations offertes aux professionnels, à un individu ou à un groupe. Finalement, le développement d'équipe où un consultant, de l'extérieur ou de l'intérieur de l'organisation, travaille avec l'organisation pour mettre sur pied une nouvelle équipe de travail ou pour améliorer les opérations d'une équipe déjà existante. Ce qu'il est important de retenir dans l'éducation interdisciplinaire est la nécessité de développer une certaine flexibilité chez les étudiants qui leur permettra de changer de rôles et de responsabilités lorsque les conditions de leur champ d'expertise changeront (Ducanis & Golin, 1979).

1.6 Résumé et conclusion

Jusqu'à maintenant, nous avons tenté de dégager quelques unes des multiples facettes de l'interdisciplinarité. Nous avons aussi exposé les modèles normatifs qui informent actuellement les pratiques professionnelles interdisciplinaires et qui, selon leurs auteurs, favorisent la compréhension et l'implantation du travail en équipe interdisciplinaire. Dans le prochain chapitre, nous proposons et justifions le choix d'une autre approche au problème de l'interdisciplinarité et nous rendons compte de résultats d'études empiriques sur le fonctionnement d'équipes interdisciplinaires qui suggèrent la pertinence d'une nouvelle problématisation de cette question.



CHAPITRE 2. LE SENS DE L'INTERDISCIPLINARITÉ POUR LES ACTEURS

2.1 Approche constructiviste/interprétative

Comme notre intérêt est centré sur le problème de la signification dans les équipes interdisciplinaires, nous avons choisi de situer notre exploration du cas retenu dans une approche interprétative (Putnam, 1983). Cette dernière insiste sur l'importance de la signification dans les processus organisationnels. Nous mobiliserons plus spécifiquement la théorie de la convergence symbolique de Bormann (1983) notamment parce qu'elle pose la question de la « convergence » des attitudes et des interprétations individuelles au sein des équipes de travail.

L'approche interprétative, avec son emphase sur la signification interpersonnelle et organisationnelle, s'oppose en quelque sorte à la vision fonctionnaliste dominante de la vie organisationnelle (Putnam, 1983). En effet, l'approche interprétative vise à expliquer et, dans certains cas, critiquer les significations subjectives et consensuelles qui constituent la réalité sociale. De plus, les écoles

interprétatives partagent les mêmes hypothèses générales sur la nature de la réalité et de l'ordre social, sur le rôle du savoir dans l'action sociale et, sur la relation entre les êtres humains et leur environnement.

Putnam a relevé plusieurs distinctions entre l'approche interprétative et l'approche fonctionnaliste (Putnam, 1983). Les fonctionnalistes traitent les phénomènes sociaux comme des entités concrètes et matérielles. Pour eux, les collectivités sont externes aux individus, et leurs propriétés telles les normes, valeurs et rôles, sont traités comme des faits tangibles. Les structures sociales existent logiquement avant les actions individuelles. Aussi, dans la perspective fonctionnaliste, les individus sont le produit de leur environnement, ils répondent donc à des contingences externes. De plus, les fonctionnalistes ont une vision unitaire des organisations, c'est-à-dire que les organisations sont traitées comme des systèmes coopératifs qui poursuivent des intérêts et des buts communs. Du fait de cette vision unitaire, les fonctionnalistes sont souvent accusés d'avoir une orientation conservatrice, fréquemment biaisée en faveur de la direction et du statu quo. Dans la perspective fonctionnaliste, la communication organisationnelle consiste en le mouvement d'un message d'un point à l'autre, à travers des filtres et des obstructions qui compromettent la transmission efficace du message. Le contenu et la signification du message jouent un rôle secondaire dans cette orientation. Ici, la signification est réduite à la fidélité du message, celle-ci reflète souvent un souci d'efficacité administrative et technique.

Contrairement aux fonctionnalistes, les partisans des approches interprétatives croient que la réalité sociale est construite à travers le langage, les symboles, et les comportements de ses membres. La recherche interprétative se

concentre donc sur les significations reliées à ces symboles en plus des interactions qui les créent et les transforment. Les chercheurs interprétatifs traitent les structures comme des ensembles de relations complexes générées par les interactions humaines. Les membres organisationnels utilisent leurs actions et leurs interactions pour créer des départements, des niveaux et des procédures qui ont des conséquences pratiques sur leur comportement de tous les jours mais n'ont pas d'existence propre. Aussi, les interprétatifs croient que les individus contribuent à créer leur propre environnement. Ils agissent et interprètent leurs interactions de leur propre gré et, ce faisant, ils jouent un rôle critique dans la formation de leur réalité environnementale et organisationnelle. De plus, les interprétatifs adoptent une perspective pluraliste en traitant les organisations comme un ensemble de groupes avec différents buts et intentions. Ils incorporent donc d'autres points de vue dans l'examen des problèmes qu'ils rencontrent. Ils ne sont pas non plus contre la gestion bien qu'à travers leur vision pluraliste ils cherchent à découvrir des forces qui contraignent les processus d'organisation et les activités des membres à tous les niveaux de l'organisation. Pour les interprétatifs, l'aspect crucial de la communication organisationnelle est la signification. La signification ne réside donc pas dans les messages, les canaux ou les filtres perceptuels. Elle émane plutôt des processus d'interactions et de la façon par laquelle les individus font sens de leurs discussions.

2.2 La théorie de la convergence symbolique

L'approche interprétative vise à expliquer et, dans certains cas, critiquer les significations subjectives et consensuelles qui constituent la réalité sociale. La théorie

de la convergence symbolique est en mesure d'apporter des éléments nouveaux à la compréhension de ce phénomène.

La théorie de la convergence symbolique (Bormann, 1983) s'efforce d'expliquer la convergence des significations subjectives qu'ont différents acteurs au sein d'une réalité sociale partagée. Elle se concentre notamment sur les façons dont les symboles partagés construisent plutôt qu'ils ne reflètent un consensus général sur une réalité organisationnelle. Dans ce cas-ci, la théorie de la convergence symbolique de la communication est utilisée pour démontrer comment le partage de « fantaisies de groupe » fournit des épisodes clés de communication qui créent une réalité sociale commune et réalisent une production de sens pour les participants (Bormann, 1983).

Bormann, par ses recherches, a cherché à documenter le processus de communication de base par lequel les individus expérimentent la convergence symbolique dans les petits groupes. Selon lui, ce processus est le « partage dynamique des fantaisies de groupe ». Il s'agit d'un phénomène de communication où plusieurs individus participent au contenu narratif d'un message dramatique. Par exemple, lors d'une réunion orientée vers la tâche, au lieu de discuter d'une question de façon professionnelle, un membre du groupe utilise l'imagerie dramatique ou raconte une histoire avec des personnages impliqués dans un scénario dramatique. Lorsque les membres de l'organisation partagent ainsi une fantaisie, ils ont expérimenté conjointement les mêmes émotions, ils ont développé les mêmes attitudes et les mêmes réponses émotionnelles face aux situations mises en récit. Il arrive aussi qu'ils aient interprété certains aspects de leur expérience de la même façon, réalisant une « convergence symbolique » par rapport à leur expérience commune. Le pouvoir de la

théorie de la convergence symbolique d'expliquer comment les membres de l'organisation font sens de leur réalité sociale et matérielle découle de la tendance humaine de vouloir comprendre les événements de la même manière que les individus impliqués dans un scénario. Le partage des fantaisies de groupe permet à un groupe orienté vers la tâche de parvenir à une convergence des interprétations que ses membres accordent à un événement.

En somme, la théorie de la convergence symbolique fournit des outils analytiques pour aider à démêler les complexités d'une sous-culture dans une organisation. Nous pensons qu'elle peut fournir un éclairage intéressant sur l'interdisciplinarité, où le défi est précisément de faire converger des perspectives différentes sur une même situation. Nous soupçonnons que la convergence et la cohésion des équipes réunissant des acteurs individuellement, professionnellement et structurellement différenciés les uns des autres puissent tenir, entre autre, à la construction d'un univers commun de signification.

2.3 Le sens de l'interdisciplinarité dans la littérature

Alors qu'au chapitre précédent, nous avons exposé des modèles normatifs qui, selon leurs auteurs, favorisent la compréhension et l'implantation du travail en équipe interdisciplinaire, nous rendrons compte ici de résultats d'études empiriques sur le fonctionnement d'équipes interdisciplinaires qui contribuent à souligner l'importance du problème de la signification dans le fonctionnement de l'interdisciplinarité. Ces études sont peu nombreuses, mais elles suggèrent des pistes de recherche que notre travail s'est efforcée de poursuivre.

Certaines études suggèrent que les membres d'une équipe auront tous des perceptions différentes du travail en équipe selon, entre autres, leur affiliation professionnelle. Chaque membre de l'équipe se présente avec son propre bagage de valeurs concernant le travail d'équipe basé notamment sur sa socialisation professionnelle, ses expériences personnelles et sur ses croyances. Pour illustrer ce phénomène, l'étude de Cheryl Cott (1998) sur la structure et la signification du travail en équipe interdisciplinaire est très pertinente en raison de son apport en ce qui a trait aux interactions à l'extérieur des rencontres de l'équipe interdisciplinaire. Dans cette étude, il est apparu que bien que tous les membres de l'équipe étudiée valorisent le travail d'équipe, la signification du travail d'équipe pour le personnel infirmier diffère de celle des autres professionnels en raison du fait que celui-ci est impliqué dans un travail différent des autres membres occupant des positions professionnellement plus « élevées » telles celles de médecins ou de spécialistes. Cette étude tend à démentir les présupposés de base qu'on retrouve dans la majorité de la littérature sur les groupes interdisciplinaires. Ceux-ci sous-entendent que les membres de l'équipe partagent une même compréhension des rôles, des normes et des valeurs à l'intérieur de l'équipe, que l'équipe fonctionne de façon égalitaire, coopérative et de façon interdépendante, et que l'effet combiné du partage et de la prise de décision coopérative a un effet bénéfique pour le patient plus que les effets individuels d'une seule discipline (Cott 1998).

Or, selon Cott (1998), il semble que selon leur position structurelle au sein de l'équipe interdisciplinaire, les membres de l'équipe aient des visions des soins et des interactions qui diffèrent. Cott prend pour exemple une équipe interdisciplinaire d'un grand centre hospitalier de la région de Toronto où elle a conduit des entrevues semi-

structurées avec deux sous-groupes d'une équipe interdisciplinaire : le sous-groupe multidisciplinaire composé des médecins, des thérapeutes et des travailleurs sociaux, et le sous-groupe infirmier. Le sous-groupe infirmier ayant des contacts plus directs avec les patients, définit son travail en terme d'accomplissement de tâches physiques telles habiller ou baigner les patients plutôt que de répondre à des besoins de types émotionnels ou sociaux. N'étant pas considéré comme membres actifs de l'équipe interdisciplinaire, le sous-groupe infirmier n'incorpore pas dans son identité sociale le titre de membre d'une équipe interdisciplinaire. Le sous-groupe est engagé dans son travail mais il est aliéné du travail d'équipe par la structure même de l'équipe qui limite sa participation. Les professionnels membres du sous-groupe multidisciplinaire, quant à eux, sont plus identifiés à leur rôle que par les tâches qu'ils accomplissent. Ils participent activement aux rencontres et aux décisions. Les membres du sous-groupe multidisciplinaire ont un contrôle considérable sur leur travail en plus d'en retirer une satisfaction personnelle et d'inclure celui-ci dans leur identité sociale. Entre ces deux sous-groupes on trouve les infirmières-chefs. Celles-ci occupent une position paradoxale car elles constituent le lien entre le sous-groupe infirmier et le sous-groupe multidisciplinaire. Elles sont engagées dans deux types de travail d'équipe tout dépendamment du sous-groupe avec qui elles interagissent. Cette position paradoxale leur donne donc plus de pouvoir dans l'équipe en raison du contrôle qu'elles exercent sur le flux d'informations entre les autres membres de la structure. On retrouve donc comme conséquence non anticipée du travail d'équipe le fait que si la structure de l'équipe ne reflète pas une idéologie égalitaire et un travail d'équipe coopératif, les niveaux hiérarchiques « inférieurs » de l'équipe, à savoir le personnel infirmier,

s'aliéneront de l'équipe alors que l'intégration de leur expertise est précisément l'un des objectifs poursuivis.

Sands (1993) propose un modèle alternatif qu'elle qualifie de modèle constructiviste où les membres de l'équipe, dans une situation sociale, créent du sens à travers les interactions des uns avec les autres. Son modèle a été élaboré à partir d'une microanalyse ethnographique des conversations d'un groupe interdisciplinaire qui discutait de la question du chevauchement entre discipline dans le travail de l'équipe. Par l'analyse des transcriptions, l'auteure a démontré comment des questions macros au sein même de l'organisation se manifestent à des niveaux micros, c'est-à-dire au cours d'échanges brefs lors de rencontres d'équipe et non seulement lors de rencontres administratives. Le processus, la nature et les limites de l'interdisciplinarité semblent être négociés dans le cours même des interactions qui forment la collaboration interdisciplinaire. Bien que les participants aient été engagés dans une discussion concernant majoritairement les règles et comportements à adopter au cours du processus de décision, ils ont construit un dialogue révélant différentes perspectives en plus de socialiser le nouvel arrivant à leurs valeurs de collaboration.

Les études de Cott sur la signification du travail en équipe interdisciplinaire pour les membres et celles de Sands sur les interactions au sein des équipes balisent la question du sens du travail en équipe interdisciplinaire sur laquelle nous avons centré cette étude. Le thème de la signification même du travail en équipe et « d'interdisciplinarité » pour les membres nous semble particulièrement intéressant.

2.4 Les enjeux de rôle

Nous savons donc maintenant que les équipes interdisciplinaires sont un processus relativement courant dans les services professionnels. Cependant, les équipes sont formées avec très peu de balises autres que l'effort de réunir des représentants provenant des disciplines requises. On attend donc de ces professionnels qu'ils prodiguent des services efficaces même s'ils n'ont pas de formation ou de pratique dans le domaine du travail en équipe et, surtout, que leur culture professionnelle valorise nettement plus la pratique interdisciplinaire qu'individuelle. La littérature sur les professionnels en tant que membre d'une équipe de travail révèle des frictions, des attentes non congruentes de rôle, une communication pauvre et, une inquiétude omniprésente par rapport au statut des membres qui souvent éclipe le but premier de l'existence de l'équipe (Kane, 1975).

Mises ensemble, toutes les définitions de ce qu'est une équipe interdisciplinaire font allusion à un but commun, à des habiletés et des contributions individuelles, des processus de communication, de coordination et de coopération. Dans la littérature, l'emphase sur un ou plusieurs éléments dépend de l'interprétation de l'auteur sur la façon dont l'équipe doit fonctionner. Dans tous les cas, toutefois, on observe que l'être humain fait face à des problèmes complexes avec des causes multiples et que les problèmes autant que les causes traversent les frontières traditionnelles des disciplines. On suggère donc dans ce cas de regrouper des professionnels avec les expertises requises pour former une équipe qui fournira à sa clientèle des services plus « intégrés » comme on l'observe de plus en plus dans le domaine de la santé. L'équipe

interdisciplinaire est présumée être en mesure de résoudre des problèmes plus complexes que des professionnels travaillant en parallèle.

L'un des enjeux peut-être le plus discuté est celui des chevauchements de rôles entre deux ou plusieurs professionnels membres de l'équipe. On parle ici de territorialité professionnelle, un phénomène qui est caractérisé par une garde fervente du fonctionnement d'une profession qui peut s'étendre jusqu'à l'usage d'espace, d'équipement, de tests ou procédures et même l'usage d'un certain langage. Cette notion de territorialité professionnelle soulève des discussions concernant l'ambivalence des membres de l'équipe de travail par rapport à la définition des rôles. Il existe donc des incongruités entre la façon dont les professionnels perçoivent leurs rôles et la façon dont leurs rôles sont perçus par les autres. Manifestement, le travail en équipe interdisciplinaire suppose une re-négociation souvent coûteuse des rôles et attentes professionnelles.

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE ET LE CAS RETENUS

Notre recherche consiste en une étude empirique exploratoire des activités d'une équipe interdisciplinaire dans le domaine de la santé. Nous nous attardons plus précisément à la perception qu'ont les membres de l'équipe de ce que doit être leur travail en équipe interdisciplinaire, à la signification que les professionnels de la santé accordent au travail en équipe interdisciplinaire et aux rôles que ceux-ci s'attribuent et attribuent aux autres membres. Dans ce chapitre, nous expliquons donc la démarche privilégiée et les méthodes retenues afin de colliger et d'analyser les données nécessaires à la recherche.

Tout d'abord, nous expliquerons pourquoi nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative et nous justifierons le choix du terrain de recherche. Ensuite, nous traiterons des données colligées, des procédures de transcription et de la méthodologie d'analyse des données. Nous terminerons avec la question de la validité et les résultats de la procédure suivie ainsi que la présentation de l'équipe des soins spécialisée à domicile étudiée dans le cadre de ce mémoire.

3.1 Une méthode qualitative

La raison pour laquelle nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative dans la tradition interprétative consiste en ce que nous voulions une compréhension aussi riche que possible des pratiques naturelles de collaboration interdisciplinaire; c'est-à-dire de comprendre le sens ordinaire que les acteurs attribuent à la réalité, sans s'interroger sur son « essence ». Comprendre aussi le contexte dans lequel ces pratiques surviennent avec leurs contraintes et même leurs particularités et, enfin, comprendre le sens et les rationalisations que ces pratiques ont pour les professionnels.

3.2 Le terrain choisi

L'équipe qui a fait l'objet de cette recherche est intégrée à l'unité de soins spécialisés à domicile d'un grand hôpital de la région de Montréal et compte plus de trente ans d'existence. L'équipe de soins spécialisés à domicile, dont les membres sont uniquement des femmes, est composée d'une pédiatre, d'une ergothérapeute, d'une physiothérapeute, d'une nutritionniste, d'une travailleuse sociale, de trois infirmières de liaison, de trois infirmières de programme ainsi que de trois infirmières sur la route.

L'équipe de soins spécialisés à domicile nous est apparue un choix intéressant puisque, dans le domaine hospitalier, la culture des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires est très répandue et ce depuis de nombreuses années. D'autant plus que la clientèle desservie par l'unité des soins spécialisés à domicile, c'est-à-dire les enfants gravement malades et/ou handicapés ayant reçu leur congé de l'hôpital mais nécessitant un suivi médical constant, en est une pour qui

l'existence d'une telle équipe est essentielle. Il nous est donc apparu que cette équipe représentait un cas exemplaire de la réalité empirique qui nous intéresse.

Pour avoir accès à un tel site de recherche, nous avons bénéficié de l'aide de l'infirmière de liaison, elle-même membre de l'équipe étudiée et connaissance de notre directeur de recherche. Cette infirmière nous a donc mis en contact avec la Chef de service de l'unité des soins spécialisés à domicile. Après une brève rencontre avec celle-ci pour expliquer nos intentions de recherche, nous avons requis et obtenu de l'hôpital l'autorisation d'assister aux réunions de l'équipe à titre d'observateurs sans droit de parole et de réaliser des entrevues individuelles avec chacune de ses membres afin de connaître leur expérience personnelle de collaboration. Nous avons aussi, bien sûr, sollicité l'accord unanime des membres de l'équipe envers le processus de recherche. Les participants à la recherche ont été conviés à donner un consentement écrit aux chercheurs afin de garantir le maintien de la confidentialité et le secret professionnel qui prévalent au cours des réunions.

Enfin, au début de chaque entrevue, nous remettons un formulaire dûment signé par les chercheurs relativement aux modalités d'enregistrement des entrevues. L'enregistrement pouvait être interrompu en tout temps à la demande du participant, et tous les extraits susceptibles d'identifier les membres de l'équipe, les auteurs des propos rapportés ou les personnes auxquelles il est fait référence dans ces propos (patients, professionnels ou autres) seraient éliminés au moment de la transcription, de manière à assurer l'anonymat le plus complet des participants et du site de recherche.

3.3 Les données colligées

La collecte de données n'était pas structurée selon un design précis, nous avons cependant choisi de commencer la collecte de données par l'observation plutôt que par les entrevues dans le but d'une part, de bien saisir, avant d'interroger les membres, la nature et la dynamique de l'équipe et d'autre part, de nous familiariser avec le contexte de pratique ainsi que les différentes personnalités des membres et le langage technique propre à l'équipe.

3.4 Les observations

La chercheuse a assisté à quatre réunions d'environ trois heures chacune sur une période de quatre mois alors que le directeur a assisté à huit réunions sur une période de sept mois, tous deux à titre d'observateurs non participants dans un contexte non évaluatif.

Considérant que notre période d'observation coïncidait avec la période estivale et que plusieurs membres étaient en vacances, certaines réunions n'ont pas eu lieu dû aux nombreuses absences et, lorsqu'elles avaient lieu, elles étaient plus longues qu'à l'habitude en raison de la tenue moins fréquente des réunions. C'est pourquoi cette période d'observation s'est échelonnée sur environ sept mois afin de nous donner la possibilité d'observer au moins une fois l'équipe au grand complet et pour faciliter la contextualisation des données d'entrevues que nous allions recueillir plus tard dans le processus.

Lors de ces observations, nous avons accordé beaucoup d'attention aux actes de parole des membres de l'équipe, lesquelles nous ont servi de pistes à la réalisation de notre grille d'entrevue. Par exemple, lorsqu'un membre exposait l'état d'une situation (situation clinique du patient, relations familiales, interventions d'autres professionnels, visites et interactions avec les parents et le patient, etc.), exprimait une opinion, ou appuyait le jugement d'autrui. L'argumentation par rapport à une situation ou à une marche à suivre, les demandes et requêtes particulières, les interventions sur le processus des procédures à suivre, les compliments et les directives sont autant d'actes de parole observés lors des réunions de l'équipe.

Suite à chaque observation, nous transcrivions nos notes et échangeons sur le contenu de la réunion, ce processus nous a permis, entre autres, de mieux comprendre la dynamique du groupe et de mieux cibler les actes de paroles à observer lors des réunions.

3.5 Les entrevues

Une fois la période d'observation terminée, nous avons procédé aux entrevues individuelles des membres de l'équipe selon leurs disponibilités. La raison pour laquelle nous avons privilégié la période d'entrevue après la période d'observation est que nous supposons que les gens se seraient accoutumés à notre présence après quelques mois de contacts et que la confiance ainsi établie allait être profitable au déroulement et aux contenus des entrevues. Nous pouvons affirmer que notre perception était justifiée car nous avons assisté à des digressions pertinentes au sujet de recherche.

La période d'entrevue s'est échelonnée sur quatre mois et la durée de chacune variait de 60 à 120 minutes.

Nous avons privilégié, comme forme d'entrevue, des entrevues à caractère exploratoire, semi directives et assez ouvertes pour favoriser l'émergence d'éléments dont nous n'anticipions pas l'existence ou la pertinence. De plus, nous avons interrogé conjointement avec notre directeur de recherche les membres de l'équipe, notre collecte de données étant réalisée dans le cadre d'un programme de recherche dirigé par celui-ci. De cette façon, nous pensons avoir obtenu le maximum de chaque entrevue. Ce qui nous a permis de valider mutuellement nos perceptions, compréhension et observations.

La grille d'entrevue utilisée regroupe les quatre grands thèmes que nous voulions explorer suite aux observations c'est-à-dire : le parcours professionnel, les conditions de pratique professionnelle, les processus de discussion en réunion et la dimension interdisciplinaire de l'équipe.

Sur les huit (8) personnes rencontrées, nous avons jugé préférable de ne pas enregistrer deux des membres considérant leur inconfort anticipé par rapport au processus d'entrevue. Nous avons dû interrompre l'enregistrement en cours d'entrevue à deux reprises, et nous avons enregistré quatre (4) entrevues en entier. Les entrevues ont, pour la plupart, été effectuées dans les locaux même de l'hôpital, à l'exception d'une personne que nous avons visitée à son domicile, à sa suggestion, puisqu'elle était en arrêt de travail. Nous avons interrompu l'enregistrement à deux reprises, à notre propre initiative, jugeant que les participants étaient très conscients de la présence du magnétophone, lequel semblait les empêchait de s'exprimer librement. En ce qui

concerne les autres participants, deux sont issus du monde de la recherche donc très familiers avec le processus, quant aux deux autres ils nous ont semblé ignorer tout simplement la présence du magnétophone.

3.6 La validité

Dans le cadre d'un projet de recherche tel le nôtre, il est essentiel de poser la question de la validité qui, en quelque sorte, sanctionne la valeur d'un travail de recherche.

En ce qui concerne la validité externe, dans ce cas-ci elle est plutôt limitée, nous expliquerons pourquoi dans la conclusion du mémoire. La validité interne, elle, a été assurée dans toute la mesure du possible par la triangulation des informations obtenues de l'observation et des entrevues. Le concept de triangulation veut que, pour un projet de recherche donné, différentes sources d'information soient utilisées (littérature, observations, entrevues), qu'elles soient analysées selon différentes méthodes (comparaison constante, confrontation des observations, contextualisation / décontextualisation) et ce par plus d'un intervenant (dans ce cas-ci la chercheuse et son directeur). Ajoutons à cela la confrontation des observations des deux chercheurs. À travers les filtres et les biais propres à chacun, il est certain que certaines perceptions ne seront pas partagées. La discussion qu'occasionne cette divergence d'opinions a permis autant à la chercheuse qu'au directeur, de vérifier leurs intuitions et de valider leurs argumentaires.

3.7 Procédures de transcriptions

Une fois la période d'entrevue terminée, nous avons effectué les transcriptions selon les conventions de transcriptions suggérées par Robert Vion, lesquelles veulent qu'entre crochets [], on trouve des précisions (lieu, date, identité des personnes citées, etc.), ou encore des interprétations du transcripteur. L'emploi des majuscules marquent l'accentuation d'un mot ou d'un bout de phrase par le locuteur alors que le point d'interrogation entre crochets [?] indique un passage inaudible ou incompréhensible. Pour indiquer une hésitation du transcripteur sur le mot à choisir, nous avons utilisé les crochets [mot/autre mot]. Entre parenthèses (), on trouvera des indications sur les comportements audibles mais non verbaux, par exemple (rires dans la salle), ou des séries de points (deux et plus) qui marquent les pauses dans l'énonciation. Le nombre de points est proportionnel à la durée de la pose, un point pour une seconde. Finalement, les mots ou groupes de mots soulignés indiquent les chevauchements qui se produisent lorsque deux locuteurs parlent en même temps. À chaque mot souligné correspond donc un autre mot ou suite de mots soulignés sans la réplique suivante. Ces chevauchements sont toutefois relativement rares dans notre corpus.

Nous avons effectué nous-mêmes les transcriptions d'entrevues. Cela a grandement contribué à développer une familiarité approfondie avec les données en plus de permettre l'émergence d'éléments qui n'avaient pas retenu l'attention lors de l'entrevue elle-même. Cette étape permet aussi de stimuler la réflexion et de signaler les données divergentes et manquantes. Cela nous a même amené à élaborer des propositions à vérifier lors de l'analyse plus détaillée du cas.

3.8 Méthodologie d'analyse des données

De plus, pour ajouter aux transcriptions, nous avons inclus les notes d'observation des entrevues de même que les notes personnelles recueillies suite à l'arrêt de l'enregistreuse afin de bien contextualiser les données. Chaque transcription a donc été analysée en profondeur selon la méthode de décontextualisation / recontextualisation proposée par Tesch (1990).

Nous avons tout d'abord procédé à la décontextualisation en effectuant une segmentation des transcriptions d'entrevues ; c'est-à-dire que nous avons identifié les segments de transcription qui, en dehors du contexte de la transcription, demeurent porteurs de sens et contiennent une idée ou un fragment d'information. Une fois tous ces segments identifiés, nous avons observé que certains grands thèmes récurrents émergeaient ; nous avons donc dressé une liste de ces thèmes. Les segments identifiés ont, par la suite, été codés pour faciliter leur repérage à l'intérieur des transcriptions. Aussi, dans la liste de thèmes nous avons remarqué que certains d'entre eux pouvaient être regroupés puisque leurs significations se rejoignaient. Nous avons alors élaboré des catégories de thèmes qui réduisaient la liste et précisaient le sens que nous voulions donner à l'analyse. Une fois les segments associés à une catégorie de thème, nous avons procédé à la recontextualisation. C'est-à-dire que nous avons extrait, pour chaque catégorie de thèmes, tous les segments de transcriptions qui s'y rapportaient. Les segments ont donc été recontextualisés avec tous les autres segments qui traitent du même sujet.

Simultanément au processus de décontextualisation / recontextualisation, nous avons effectué une comparaison constante (Glaser et Strauss, 1967) entre les transcriptions des différentes entrevues pour vérifier la validité des intuitions générées à la lecture de nos notes ou des autres transcriptions. La comparaison constante utilise des indicateurs empiriques tirés des données (dans notre cas les transcriptions d'entrevues) et les compare, en plus de rechercher les similarités et les différences. Ce processus nous a donc permis de comparer les segments entre eux et ainsi aider à spécifier nos catégories d'analyse. Notre analyse tente donc d'expliquer les relations plausibles entre ces catégories.

3.9 Ce qu'a donné la procédure suivie

Le choix d'une méthodologie qualitative, le terrain choisi, la démarche de collecte de données, les procédures de transcription ainsi que la méthodologie d'analyse des données ont permis d'identifier les conditions de validité de notre recherche en plus de nous fournir des pistes d'analyse lui permettant d'expliquer la réalité empirique de la collaboration interdisciplinaire au sein de l'équipe des soins spécialisés à domicile.

3.10 L'équipe spécialisée des soins à domicile

L'équipe, telle que nous l'avons étudiée, se réunit à tous les quinze jours, le mercredi à 13h30. Sont consignés dans un « cahier bleu » spécialement tenu pour les réunions tous les renseignements pertinents et utiles sur les patients suivis dans cette unité, ainsi que le plan d'action à adopter dans le cadre du traitement du patient. Dans les jours qui précèdent chaque réunion, en l'occurrence le lundi, la secrétaire de l'unité demande à tous les membres, via un message sur les boîtes vocales, de lui communiquer

le nom des patients dont elles aimeraient discuter lors de la réunion. Cependant, cette règle n'est pas suivie à la lettre puisque à chaque début de réunion on a pris l'habitude de faire un tour de table pour savoir s'il n'y a pas d'autres patients qui devraient être ajoutés à la liste. Les membres ne se donnent donc pas souvent la peine de rappeler la secrétaire sachant qu'elles auront l'occasion, en début de réunion, de désigner les patients retenus pour discussion.

La clientèle de l'unité des soins à domicile est majoritairement constituée, d'une part, de bébés nés prématurément et qui ont reçu leur congé de l'hôpital, et d'autre part, d'enfants gravement malades et/ou handicapés qui ont réintégré le domicile suite à un séjour à l'hôpital mais qui exigent l'assistance d'un ou plusieurs professionnels de la santé. La plupart des membres de l'équipe auront à intervenir auprès des mêmes patients à un moment ou à un autre dans le cadre du processus de réhabilitation de l'enfant. Il arrive aussi que deux membres de l'équipe visitent le même enfant en même temps.

Comme nous le mentionnions précédemment, l'équipe est constituée d'une pédiatre, d'une ergothérapeute, d'une physiothérapeute, d'une nutritionniste, d'une travailleuse sociale, d'une infirmière de liaison ainsi que de trois infirmières sur la route. L'infirmière de liaison a comme responsabilité d'évaluer la condition du patient avant sa sortie de l'hôpital. Elle décide également de la pertinence et du besoin de fournir les

services de l'unité des soins à domicile. L'équipe étudiée compte trois infirmières de liaison; nous n'en avons cependant rencontrée qu'une seule, Madame Lachance¹.

3.10.1 Madame Lachance

Madame Lachance est au service de l'unité des soins à domicile depuis plus de quinze ans. Elle a été infirmière sur la route pendant plusieurs années avant de devenir infirmière de liaison il y a trois ans. Elle nous explique que le rôle de l'infirmière de liaison outre le fait d'assurer la liaison avec l'équipe des soins à domicile, assure aussi la liaison avec le CLSC de la région où demeure le patient de même qu'avec d'autres organismes communautaires pouvant assister la famille en cas de besoin. Elle nous explique que les infirmières de liaison n'assistent normalement pas aux réunions multidisciplinaires sauf dans le cas où un patient des soins à domicile a été de nouveau admis à l'hôpital. Elles informent les membres de l'équipe impliqués dans le dossier des développements de la condition du patient lors de sa ré-hospitalisation. À l'unité des soins à domicile, on retrouve trois catégories d'infirmières ; les infirmières de liaison qui organisent les congés, les infirmières de programmes responsables de l'enseignement aux parents et les infirmières sur la route qui assurent le suivi du patient par les rencontres à domicile. Les infirmières de programmes peuvent être associées à quatre programmes différents ; le programme respiratoire (oxygène, apnée, etc), le programme entéral ou par-entéral (alimentation, gavage, etc), le programme antibiotique

¹ Tous les noms propres utilisés ici sont des pseudonymes.

(antibiotiques, sérum, etc) et le programme de traitements de douleurs et de soins palliatifs.

Nous avons aussi rencontré deux infirmières sur la route ; Madame Lafleur et Madame Laverdure.

3.10.2 Madame Lafleur

Madame Lafleur, qui est dans la cinquantaine, est à l'emploi de l'hôpital depuis trente ans, dont treize à l'unité des soins à domicile dans un poste à temps plein. Elle est de loin la plus ancienne membre de l'équipe et a vécu à peu près tous les changements survenus à l'unité depuis sa création. Madame Lafleur est identifiée au sein de l'équipe comme étant « celle qui n'aime pas ça les réunions » selon sa propre expression. Interrogée sur ce point, elle nous raconte un incident survenu à l'époque où on ne se souciait pas trop de l'efficacité des réunions, elle s'était vertement fâchée alors qu'elle voulait s'exprimer et qu'on ne lui avait pas donné la chance de le faire. Bien que le climat se soit beaucoup amélioré depuis, elle affiche encore aujourd'hui une réserve à s'exprimer lors des réunions. Malgré cela elle adore son travail. En 1997, elle a eu la possibilité de prendre une retraite anticipée mais elle a refusé l'offre.

3.10.3 Madame Laverdure

Madame Laverdure a 48 ans et, en plus de son métier d'infirmière, il lui arrive de prendre des charges de cours au cégep Ahuntsic et de superviser des étudiantes dans le cadre de stages en milieu hospitalier. Elle est à l'emploi de l'hôpital depuis 1980, après avoir travaillé pendant cinq ans dans un autre milieu hospitalier. Elle a

œuvré au sein de plusieurs cliniques externes ainsi que de nombreux services de l'hôpital notamment en hémato-oncologie, alternant les postes à temps partiel et les postes à temps plein. Elle a fait une première incursion aux soins à domicile à titre de remplaçante en 1992 avant d'y revenir à temps plein en 1995.

En plus des infirmières, on retrouve au sein de l'équipe des soins à domicile un groupe de professionnelles. Par professionnelles nous entendons ici ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste et travailleuse sociale.

3.10.4 Madame Laviolette

Nous avons rencontré l'ergothérapeute, Madame Laviolette, pour la première fois lors de la réunion du mois d'août. Elle est affectée aux soins à domicile depuis plusieurs années et y occupe un poste de trois jours et demi par semaine, deux jours et demi sur la route et une journée à l'hôpital. Le reste de la semaine, elle est au service d'une clinique privée où sa clientèle est constituée d'enfants présentant des troubles d'apprentissage. Elle nous signale rapidement que les soins à domicile sont pour elle « juste une job » et affiche un grand détachement par rapport à ce qui se passe à l'hôpital. Toutefois, ce détachement n'est pas teinté de ressentiment et ne peut être vu comme un désengagement, c'est plutôt une sorte de détachement serein, de capacité à mettre les choses en perspective. Selon elle, être trop impliquée à l'hôpital ne peut qu'apporter frustration et déception. Elle assure donc son développement professionnel par son engagement à la clinique privée. Madame Laviolette travaille en étroite collaboration avec la physiothérapeute, madame Latulipe, leur spécialisation respective relevant du domaine de la réadaptation.

3.10.5 Madame Latulipe

Madame Latulipe est à l'emploi de l'hôpital depuis maintenant 23 ans. En 1994, elle a obtenu son poste à temps partiel de vingt-quatre heures et demi par semaine aux soins à domicile. Madame Latulipe nous raconte que l'Ordre des physiothérapeutes les oblige à avoir un dossier patient parallèle à celui des archives de l'unité. Cela leur permet de savoir où sont rendus les patients dans le processus de réadaptation et de planifier quel matériel sera nécessaire au traitement à domicile car ce sont les professionnels qui gardent et qui entretiennent leur matériel à la maison.

3.10.6 Madame Laflamme

Madame Laflamme est la nutritionniste de l'équipe des soins à domicile en plus d'être l'animatrice de la réunion, c'est elle qui consigne tous les renseignements dans le cahier bleu, qui débute et met fin à la réunion, et qui rappelle les membres à l'ordre lorsque la conversation s'éloigne de l'ordre du jour. Parallèlement à son travail en milieu hospitalier, madame Laflamme a aussi fait de la clinique privée sur la Rive-Nord de Montréal jusqu'en 1994. Depuis 1996, elle dispose de quatorze heures et demi pour les visites à domicile et d'une demi-journée pour la relance téléphonique des patients pédiatriques qui ne sont pas affiliés à un département spécifique, pour un total de vingt et une heures par semaine. Aussi, une fois par mois le vendredi, elle est en

poste à la clinique de développement pour les patients atteints de dysphagie², bon nombre de ses patients en diététique étant aussi ses patients en dysphagie.

En plus de son rôle de diététiste, madame Laflamme assume la fonction d'animatrice des réunions. Lorsque l'animatrice désignée ne pouvait pas assister à la réunion, madame Laflamme la remplaçait. Lorsqu'elle a quitté pour un poste à l'interne, madame Laflamme a pris le relais de l'animation même s'il avait été convenu que chaque membre animerait une séance chacun son tour. Mais comme la plupart des membres de l'équipe n'aiment pas remplir cette fonction, madame Laflamme a naturellement été amenée à animer les réunions, de façon plutôt informelle, ce qui, pour elle, ne représentait aucun problème ; étant membre de l'équipe depuis très longtemps elle connaît bien les personnalités de chacune et peut ainsi assurer le bon déroulement de la réunion. Lors de l'entrevue, madame Laflamme était très à l'aise. Nous avons enregistré la rencontre et le magnétophone ne semblait pas la gêner du tout. Elle a fourni beaucoup d'informations supplémentaires notamment sur l'origine du fameux cahier bleu.

Enfin, nous avons rencontré deux travailleuses sociales. La première, madame Lafontaine, a quitté l'équipe des soins à domicile à l'automne 2002 pour un poste au département de chirurgie cardiaque à l'interne. Elle a été remplacée par madame Lavoie.

² Difficulté à déglutir, à avaler.

3.10.7 Madame Lafontaine

Madame Lafontaine est travailleuse sociale et vient du milieu de la recherche. Elle détient un Baccalauréat en psychologie, une Maîtrise en service social et avait même entrepris des études de doctorat. Elle travaille à l'hôpital depuis juin 2001 à titre de remplaçante aux services des soins à domicile à raison de trois jours semaines. Elle travaille une journée par semaine à la clinique des adolescents pour les jeunes filles agressées sexuellement, elle enseigne une journée par semaine à l'Université de Sherbrooke et occasionnellement travaille à l'unité des soins intensifs en chirurgie cardiaque. Elle occupe maintenant un poste permanent aux services des soins intensifs en chirurgie cardiaque en plus de collaborer à la clinique aux adolescents et d'enseigner à l'université.

3.10.8 Madame Lavoie

Au service de l'hôpital depuis avril 2002, Mme Lavoie a tout d'abord effectué des remplacements un peu partout dans l'hôpital, à l'urgence, en néphrologie, aux soins intensifs, en cardiologie, en socio-juridique, au VIH-Sida, remplacements qui pouvaient être d'une durée de quelques heures, quelques jours, quelques semaines ou quelques mois. Madame Lavoie compte à son actif plus de quinze ans de pratique. Elle a précédemment travaillé au projet SIPA (Services Intégrés pour les Personnes Âgées en perte d'autonomie) implanté dans deux grands CLSC de la région de Montréal. Elle y a occupé le poste de gestionnaire clinicienne pendant environ trois ans et demi.

Les facteurs qui déterminent l'implication d'une travailleuse sociale dans un dossier relèvent de l'infirmière de liaison. Celle-ci évalue dans quelle mesure la famille

de l'enfant malade aura besoin d'une aide sociale. Dans l'affirmative elle demandera à un médecin de signer une requête afin d'impliquer la travailleuse sociale dans le dossier; la signature du médecin est obligatoire même si ce n'est pas une pratique professionnelle régie mais uniquement un processus administratif propre à l'hôpital. Par ailleurs, un membre de l'équipe peut aussi requérir l'implication de la travailleuse sociale dans un dossier, mais encore une fois la requête doit être autorisée par un médecin.

3.10.9 Madame Lavallée

Lorsque nous avons débuté le processus d'observation des réunions, un médecin pédiatre, la Dre Lavallée, prenait part aux réunions. Bien qu'elle ne soit pas affectée aux enfants traités par l'unité des soins à domicile, elle participe aux réunions pour apporter, au besoin, des compléments d'information d'ordre médical et aider les intervenants à comprendre les dossiers même si elle ne prodigue pas de soins proprement dit. Son départ soudain pour un long congé de maladie nous a empêché de la rencontrer en entrevue.

3.11 Résumé

On peut affirmer que le service des soins à domicile constitue un monde à part. Le groupe est physiquement installé à l'extérieur des murs de l'hôpital, dans un pavillon voisin. De plus, les membres ont le sentiment que la réalité des soins à domicile n'est pas bien comprise par les employés qui travaillent à l'interne et surtout, comme nous le verrons, que la pratique de soins et le travail d'équipe y sont radicalement différents.

CHAPITRE 4. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Dans ce chapitre, nous présentons et analysons les données recueillies lors des observations et des entrevues individuelles. Tout d'abord, nous analysons le parcours professionnel des membres de l'équipe, le sens qu'elles donnent aux soins à domicile et au travail en équipe. Nous traitons aussi du rôle du parcours personnel dans la vie des membres de l'équipe pour terminer avec la réflexivité des membres et les enjeux soulevés par la multiplicité des rôles que remplissent les membres de l'équipe auprès des familles.

4.1 Les membres de l'équipe

Parcours professionnel

Nos données d'entrevues font d'abord ressortir la richesse et la diversité des expériences professionnelles et personnelles des membres de l'équipe qui nous intéresse

de même, comme nous le verrons plus loin, que les conséquences de ce riche bagage dans le fonctionnement de l'équipe.

La majorité des membres de l'équipe ont une expérience de travail de plus de dix ans dans le milieu de la santé. Comme c'est très souvent le cas dans le domaine de la santé, la plupart des membres, lorsqu'elles ont débuté dans la profession, n'ont pas obtenu de poste permanent. Elles ont plutôt effectué des remplacements de durées variables. Plusieurs ont en outre été conduites à travailler sur des équipes volantes ce qui signifie qu'elles étaient appelées à changer quotidiennement d'unité de travail ou de département selon les besoins. Cette situation suppose une grande adaptabilité, mais enrichit également l'expérience professionnelle.

«l'équipe volante ça veut dire qu'à chaque jour tu changes d'unité puis tu ne sais pas avec qui tu vas travailler... ça m'a permis de voir ce que j'aimais ce que j'aimais pas puis de connaître les équipes de travail puis je me suis dit si j'ai besoin de me, un moment donné de me stabiliser d'avoir un milieu d'appartenance je vais savoir à quel genre de personne je vais avoir à faire si je passe quarante heures par semaine avec eux autres parce que ça, c'est important, ça peut miner ta vie quand ça marche pas avec un groupe de travail».

Ne pas détenir un poste permanent suppose aussi que le personnel dispose d'horaires variables, c'est-à-dire que la répartition de leur temps de travail s'effectue de jour, de soir, de nuit, de semaine ou de fin de semaine. Voler ainsi d'une unité à l'autre et d'un horaire à l'autre a permis aux membres de l'équipe de connaître différentes équipes, dans différents départements regroupant plusieurs champs d'expertise et ainsi déterminer dans quel environnement elles désiraient évoluer.

Leur expérience professionnelle provient également d'une variété de milieux de pratique, parfois éloignés de la pédiatrie. Plusieurs membres de l'équipe ont ainsi débuté leur carrière chez l'adulte, en milieu hospitalier mais également en pratique professionnelle privée, dans l'éducation. Certaines proviennent même du milieu de la recherche.

Les membres de notre équipe ont ainsi exploré plusieurs avenues, notamment le travail à l'interne, les cliniques externes de l'hôpital, le travail en clinique privée ou encore le milieu communautaire en partenariat avec les CLSC et les OSBL (Organisme Sans But Lucratif). Au cours des années, certaines ont obtenu un poste à temps plein et d'autres, par choix, ont préféré demeurer à temps partiel.

La pratique professionnelle de plusieurs membres de l'équipe est, encore aujourd'hui, caractérisée par des appartenances multiples. Aussi, bien qu'elles possèdent un poste au sein de l'équipe des soins à domicile, plusieurs diversifient leurs activités. Certaines enseignent à l'université ou au cégep, accueillent des stagiaires ou encore maintiennent une pratique privée, sans compter leur participation à divers autres unités de l'hôpital. Par exemple, la travailleuse sociale consacre une journée à la clinique des adolescentes pour les jeunes filles ayant été agressées sexuellement, la nutritionniste s'occupe de relance téléphonique pour les patients de pédiatrie générale qui doivent être gavés sans toutefois être suivi par des spécialistes, généralement parce qu'ils habitent en régions.

La nutritionniste a aussi participé à la rédaction d'un ouvrage sur la dysphagie³ en collaboration avec plusieurs nutritionnistes provenant de différents hôpitaux et de différentes spécialités. Certaines ont travaillé ou travaillent toujours en pratique privée, d'autres peuvent être amenées à remplacer à l'interne ou décider de répartir leurs heures de façon à pouvoir occuper également un poste à l'interne. Plusieurs font partie des nombreux comités en place à l'hôpital.

Leurs appartenances multiples et la diversité des milieux dans lesquels elles interviennent entraînent une grande fragmentation de leurs activités, voire de leurs rôles professionnels comme nous le verrons plus loin. Cette fragmentation dans le temps et dans l'espace de leurs activités quotidiennes conduit les membres de cette équipe à faire un travail constant de liaison et de « traduction » entre les différents univers auxquels elles appartiennent, une caractéristique importante sur laquelle nous reviendrons au chapitre suivant.

4.2 L'interdisciplinarité en action : les interactions en réunion

C'est au cours des interactions en réunion d'équipe que l'interdisciplinarité est vécue de la manière la plus concrète et immédiate. Un mercredi après-midi sur deux tous les membres de notre équipe se retrouvent dans l'unique salle que compte l'unité dans le but explicite de discuter des patients suivis et de coordonner les interventions des unes et des autres. L'ambiance y est conviviale. Comme la salle tient lieu également de

³ Dysphagie : Difficulté à déglutir, à avaler.

salle d'ordinateur, de salle de références avec quelques étagères d'ouvrages spécialisés et, surtout, de salle de réfectoire, cette salle est un lieu de va et vient constant où les « genres » interactionnels se mélangent autour d'une très longue table de bois. Cette réunion « multi » comme l'appellent familièrement les membres de l'équipe, est vivement appréciée et jugée essentielle par la quasi totalité des participantes. Cette section présente et discute nos principales observations sur les réunions.

Structure de la réunion

Les réunions sont organisées autour d'une liste de noms de patients à propos desquels un membre ou un autre souhaite intervenir dans le cours de la réunion. Cette liste est en principe préparée à l'avance par la secrétaire de l'Unité à qui les membres transmettent à l'avance les noms des patients en cause. Le lundi précédent la réunion, les membres doivent appeler la secrétaire et lui fournir le nom des patients dont elles aimeraient discuter, mais cette règle est plus ou moins respectée. Ainsi, au début de chaque réunion, l'animatrice interroge les membres afin de s'assurer que la liste est complète et ajoute les noms des patients qui ne s'y trouvent pas. Les filles attendent souvent ce moment pour désigner les patients dont elles veulent discuter, et n'appelleront que lorsqu'elles jugent qu'il est très important de discuter d'un ou des patients :

« des fois ça arrivait qu'on avait pas tout le temps le temps de téléphoner, donc avant la réunion on prenait du temps est-ce que vous avez des patients à ajouter, donc c'est comme ça qu'on constituait, et chacun amène les patients dont a veut discuter... je dirais qu'il y a un danger à ça par exemple, parce que moi au début j'étais très, à tous les lundis j'appelais pis un moment donné je me rendais compte que dans le fond il y a pas grand monde qui appelle là».





Les réunions sont animées par la nutritionniste qui consigne dans un cahier réservé à cette fin toutes les informations nouvelles et utiles sur la condition des patients discutés et les interventions qui sont convenues. Le fait que la nutritionniste joue ce rôle de secrétaire et animatrice de la réunion est le résultat tout à fait informel d'une habitude qui s'est progressivement installée dans l'équipe. En adoptant le principe de conserver une trace des contenus des réunions, les membres de l'équipe avaient plutôt convenu d'exercer un roulement de manière à ce que cette tâche n'incombe pas toujours à la même personne. Il semble que la suite des événements ait fait en sorte que la nutritionniste ait été rapidement reconnue par ses pairs comme une animatrice efficace et que la principale intéressée ne se formalise pas d'assumer *de facto* ce rôle d'animation et de secrétariat dans le cadre duquel elle attribue les tours de parole, résume les interventions avant de les annoter au cahier, et marque les transitions d'un patient un autre. Ce détail sur l'attribution d'une tâche importante reflète la nature de cette équipe relativement à la hiérarchie : c'est une équipe sans hiérarchie formelle dans laquelle l'autorité se déplace selon les circonstances et les expertises pertinentes au problème à résoudre. Aucun des membres de l'équipe n'occupe d'ailleurs de poste cadre dans l'Unité (la chef d'Unité ne participant pas aux réunions). Alors que les médecins, et en particulier les médecins spécialistes, occupent typiquement le haut du pavé dans les réunions « multi » au sein de l'hôpital comme le soutiennent les membres⁴, ce n'est pas le cas ici. La pédiatre présente écoute les interventions, intervient pour apporter des éclaircissements cliniques et pose des questions, sans plus, rôle pour lequel elle est

⁴ Comme nous l'indiquait une infirmière de l'équipe à la fin d'une réunion : « Une réunion multi dans

d'ailleurs très appréciée des autres membres de l'équipe. Le caractère informel de la structure d'autorité dans l'équipe se traduit ainsi dans le déroulement même de la réunion qui prendra souvent les allures d'une conversation « dirigée ». Typiquement, alors que les unes et les autres étirent une conversation devenue hors propos sur tel ou tel patient après que les décisions cliniques aient été prises, notre animatrice ramènera tout le monde à l'ordre du jour par une annonce du type : « Bon, O.K. là les filles... [nom du patient suivant] ». Le silence revenu, le tour de parole ira spontanément à la personne qui a demandé l'inscription de ce patient à l'ordre du jour.

Le traitement de chaque cas dans le cours de la réunion débute typiquement par le récit d'une récente visite à domicile faite par l'intervenant. Ces récits sont écoutés avec attention et font généralement le point sur la situation du petit patient et de sa famille. Ces récits laissent également des questions sans réponses et/ou des faits sans interprétation univoque. Implicitement, le récit de la visite et les observations de l'intervenant sont posés comme des problèmes à résoudre et/ou à comprendre collectivement. La discussion qui s'en suit peut ainsi être considérée comme un exercice de construction de sens à plusieurs voix dans lequel il s'agit de décider de la nature de ce qui se passe (ex. : parents négligents ou parents épuisés ?) et des interventions à privilégier. Ce récit est ainsi typiquement suivi de questions ou encore d'autres récits de visites faites au même patient par d'autres personnes présentes qui apportent des informations complémentaires, qui valident ou nuancent les constatations et analyses du premier intervenant. La structure égalitaire de la réunion et de l'équipe se reflète ainsi

l'hôpital ça s'passe pas comme ça pantoute; t'as les médecins qui parlent pis les autres qui écoutent. ».

également, pour ainsi dire, dans la division du travail interprétatif. Des voix s'élèvent pour faire valoir une interprétation plutôt qu'une autre mais aucune ne domine systématiquement le travail de cadrage des informations partagées.

De toute évidence, les réunions que nous avons observées donnent lieu au partage d'information et à la coordination des interventions pour lesquelles elles sont explicitement justifiées. Mais elles représentent également, autant d'occasions enrichissantes d'explorer différents aspects d'un problème rencontré, de ventiler, de se défouler, de partager, de se supporter dans les moments difficiles bref, de se ressourcer. Elles procurent aussi un sentiment de sécurité parce qu'elles permettent de voir si la condition du patient est bien cernée tant au niveau clinique que social, permettant ainsi à chacune de valider sa lecture individuelle d'une situation. Lors des réunions on donne et on reçoit également du feedback, ce qui permet de réorienter les soins au besoin selon les éléments d'information supplémentaires recueillis :

«j'allais chercher de l'information et j'allais donner de l'information sur l'enfant... et la réunion c'était une façon de me ressourcer, de (...) de (..) c'est ça de me ressourcer dans le fond, de mettre mes informations à jour... des fois il y a des filles qui avaient des informations que moi j'avais pas, et là ça faisait ah ok c'est pour ça qu'y réagissent comme ça il s'est passé telle affaire avec l'infirmière, il s'est passé telle affaire avec la physio, (...) pour moi c'était important d'y aller...»...«de pouvoir rediscuter du patient ça c'est t'as vraiment, pour moi c'est comme une sécurité dans le sens où t'es sûre que t'as bien encerclé le patient puis que tu continues sur la bonne voie et que tout le monde travaille sur la même longueur d'onde pour permettre au patient d'avancer au maximum».

Elles soutiennent que c'est un travail concerté qui leur permet de faire le point et d'établir un plan d'action. Les membres, en allant à domicile, reçoivent des commentaires de la part des parents à propos des autres membres en tant que

professionnelles et en tant qu'individu, les réunions servent aussi à partager ce type d'information

« Moi j'apprends beaucoup à écouter l'ergo qui va dire qu'elle fait faire telle affaire à un enfant puis quand j'y va mine de rien je regarde pour voir, je pose des questions à la mère pour voir si elle fait tous ses devoirs puis tout ça. C'est comme des fois y vont nous porter des commentaires sur les autres intervenants».

Étant la majeure partie du temps sur la route, les membres disent éprouver un sentiment d'appartenance à se retrouver ainsi aux réunions. Les réunions sont donc l'occasion de réaliser une convergence qui dépasse de loin le strict plan clinique des interventions à mettre en œuvre. Si la structure de la discussion permet aux membres de trouver dans les réunions de quoi valider leur jugement clinique, elle leur offre aussi de quoi valider les attitudes et les émotions que génèrent les situations qu'elles affrontent seules sur la route.

Cohésion et nature des interactions

Ce qui frappe l'observateur non averti des réunions de notre équipe, c'est la mesure dans laquelle les membres semblent converger dans leur lecture des cas et leurs attitudes fondamentales envers les situations qu'ils rencontrent. Rarement un énoncé ou un jugement est-il directement et explicitement remis en cause. Au plus, des diagnostics alternatifs sont évoqués. L'analyse des situations et le choix des interventions appropriées donnent donc lieu à une sorte de négociation dans laquelle les points de vue des uns et des autres sont strictement respectés. Nos entrevues montrent que cette situation donne aux membres le sentiment d'appartenir à une équipe bien intégrée avec

une forte cohésion, qui tient aux modalités même de la discussion et au soutien mutuel exprimé de multiples façons tout au long des réunions.

La plupart des membres s'entendent ainsi pour dire qu'elles font partie d'une équipe interdisciplinaire dans le sens où elles travaillent ensemble et non de manière parallèle ou concomitante comme c'est généralement le cas en contexte hospitalier. Les réunions et la nature des interactions qui s'y déroulent donnent lieu à un véritable travail de concertation, à la fois des interventions et des soins mais aussi des analyses individuelles que font les membres de la situation des patients et de leur famille. Des objectifs réalistes d'amélioration de la condition du patient sont clairement formulés et partagés par tous les membres même si des aspects particuliers de ces derniers sont pris en charge individuellement.

Les membres de l'Unité se considèrent et se définissent comme une « équipe » au sens fort du terme, c'est-à-dire qu'il y a intégration des pratiques, des interventions concertées, un transfert de leadership selon la nature de la tâche à accomplir, etc. Elles se voient également comme une équipe avec beaucoup d'humour, de patience et d'écoute, ce qui est confirmé par nos observations comme nous le verrons un peu plus loin. Les situations auxquelles elles ont à faire face sont complexes et difficiles, entremêlant des dimensions cliniques, sociales, économiques et émotives, mais la concertation des ressources et de l'expérience respective des membres leur permet de composer avec cette complexité.

Le soutien mutuel se manifeste également de multiples façons dans l'équipe. Les membres se consultent beaucoup et ont un grand respect du rôle et des compétences

de chacune. Elles affichent une grande ouverture par rapport à l'autre et n'hésitent pas à exprimer en réunion leur impuissance face à une situation ou à un patient, y compris sur le plan clinique. Il n'est ainsi pas rare d'entendre, en conclusion d'une intervention des énoncés du type : « je ne sais trop quoi faire avec ça ». Cette ouverture fournit aux autres participantes l'occasion d'intervenir et de faire des suggestions, ce qu'elle ne manque pas de faire, *y compris sur le plan clinique, c'est-à-dire dans le domaine même d'expertise de leur interlocutrice* : « Te souviens-tu avec un tel tu avais essayé ceci ou cela et puis ça avait marché » ou encore « Pourquoi tu essayes pas de... ». Cette forme de soutien, non seulement émotionnel mais explicitement professionnel, est peut-être la forme la plus concrète que nous ayons pu observer de l'interdisciplinarité dans le fonctionnement de l'équipe. La fameuse « intégration des pratiques » professionnelles que visent les versions théoriques de l'interdisciplinarité (par opposition à la « multi-disciplinarité ») est ainsi réalisée dans la disposition des membres à se soutenir mutuellement sur la plan des pratiques professionnelles, et évidemment à accepter ce soutien sans y voir un effritement de la reconnaissance de son expertise ou de sa compétence professionnelle.

Pour la majorité d'entre elles, une part de cette dynamique collective est liée au fait même de prodiguer des soins à domicile et non en milieu hospitalier. En entrevue, curieusement, aucune ne parvient à expliciter cette intuition, autrement qu'en soutenant que les visites à domicile les sensibilisent plus à la contribution des autres au bien du patient. Nous reviendrons un peu plus loin sur cet aspect.

Intégration des nouveaux membres

Une forte cohésion d'équipe n'a pas que des avantages. Parce qu'elle est vivement appréciée par les membres, l'appartenance à l'équipe et la dynamique de cette dernière peut devenir un acquis que les membres s'efforcent de préserver de multiples manières (Janis 1982). Ainsi, dans le cas qui nous intéresse, des membres ont exprimé des craintes par rapport à l'addition de nouvelles personnes à l'équipe. De jeunes diplômées commencent à être intégrées à l'équipe et plusieurs craignent l'émergence de frictions intergénérationnelles.

Comme l'exprimaient deux professionnelles récemment arrivées dans l'équipe, les nouveaux membres semblent être accueillis selon un rituel d'intégration particulier; on regarde aller, on teste les compétences et les connaissances, on l'implique dans des dossiers au compte-goutte et lorsque ses preuves sont faites, on l'accepte à part entière dans l'équipe. Les nouvelles venues, de leur côté, développent des stratégies pour composer avec cette situation. L'une d'entre elles, par exemple, nous a confié que se trouver une alliée dès le départ accélère le rituel d'intégration à l'équipe.

Chevauchement et relations interdisciplinaires concrètes

La problématique des chevauchements entre les disciplines et des zones grises d'interventions qui échappent aux découpages disciplinaires est une préoccupation importante de la littérature sur les pratiques interdisciplinaires comme nous l'avons vu au premier chapitre. Le cas que nous avons étudié nous apprend deux ou trois choses utiles sur cette question.

D'abord le travail interdisciplinaire et les chevauchements qu'il suppose peut-être envisagé comme une occasion d'apprentissage. Nos entrevues indiquent que c'est clairement de cette manière que les membres de notre équipe envisagent cette question. Elles soutiennent qu'elles apprennent beaucoup les unes des autres et ont une meilleure compréhension de ce que l'autre fait et de ce qu'elle peut apporter. Ces comptes rendus d'entrevues pourraient être attribuables à la valeur positive associée à l'apprentissage, mais les observations sur les chevauchements dans le cours des discussions que nous avons évoquées dans la section précédente nous poussent à croire qu'il y a plus qu'une idéalisation du travail d'équipe dans le contenu de nos entrevues.

Ensuite, ce sont les infirmières qui chevauchent le plus les autres professions, les limites de leur profession étant plus floues et moins clairement définies. Nous n'avons cependant pas remarqué que cela avait une quelconque incidence sur le fonctionnement de l'équipe :

«actuellement les infirmières ont beaucoup une vision qui se rapproche de la nôtre. Nous on parle d'une vision bio psychosociale des individus, des familles, et les infirmières aussi ont beaucoup, à travers leur formation, les nouvelles infirmières, donc un moment donné c'est quoi, quel est le rôle de l'infirmière dans cette perspective bio psychosociale là, c'est comme si les limites étaient floues, étaient plus claires, et je dirais que des fois les infirmières vont jouer le rôle bio psychosocial puis un moment donné quand elles ne savent plus quoi faire c'est la travailleuse sociale qui vient à la rescousse».

Finalement, il semble y avoir un pré requis incontournable aux chevauchements harmonieux et constructifs : une solide confiance dans son expertise et sa compétence personnelle et professionnelle chez les membres de l'équipe pris individuellement. Si les professionnelles que nous avons observées non seulement ne se sentent pas menacées ou envahies par les interventions des leurs co-équipières dans leur

domaines d'expertise mais invitent parfois même de telles interventions, c'est en bonne partie parce qu'elles peuvent s'appuyer sur une riche et longue expérience passée et qu'elles n'ont pour ainsi dire plus rien à prouver, aux autres et surtout à elles-mêmes. C'est ici que le bref examen des parcours professionnels de chacune prend tout son sens : selon nos observations, il semble fournir une assise solide à une pratique réellement interdisciplinaire, pas simplement parce qu'il produit des professionnelles compétentes, mais parce qu'il produit des professionnelles qui ont pour ainsi dire les moyens de reconnaître sans crainte ou anxiété les limites de leurs compétences et capacités individuelles ainsi que les immixtions occasionnelles des co-équipières sur leur terrain. Ainsi, lors des réunions, nous avons observé que souvent, l'expérience vécue par une intervenante servira d'exemple dans le traitement d'un autre patient arborant les mêmes problématiques de soins.

Elles portent aussi un méta regard sur elles-mêmes dans le sens où il leur arrive de discuter de la direction que doit prendre l'équipe dans la prescription de soins et dans le traitement des patients

«On se (...) on a des objectifs en communs, (...) on a travaillé ensemble dans certaines, pour certaines familles on s'est réunit on dit oui mais c'est quoi qui est important pour cette famille là, on s'est défini ça et toi qu'est-ce que tu peux faire, c'est quoi ton objectif, si on a cet objectif là comment toi l'ergo c'est quoi tu peux faire là dedans toi la physio c'est quoi tu peux faire et on se départage ça comme ça.»

Récits de visites et fantaisies de groupes

En formulant sa théorie de la convergence symbolique, Bormann (1983) a affirmé que le partage des fantaisies de groupe contribue à renforcer l'identité de groupe. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, les fantaisies de groupe consistent en un

phénomène de communication où plusieurs individus participent au contenu narratif d'un message dramatique. Lorsque les membres de l'organisation partagent ainsi une fantaisie, ils expérimentent conjointement les mêmes émotions, ils développent les mêmes attitudes et les mêmes réponses émotionnelles face aux situations que met en scène le récit. Les membres en viennent à interpréter et juger de leurs expériences de la même façon réalisant une « convergence symbolique » par rapport à leur expérience commune.

Le haut niveau de cohésion et de convergence que nous avons observé dans cette équipe nous semble pouvoir être expliqué, en partie du moins, par le partage de fantaisies auquel donne effectivement lieu les récits de visite dans les réunions de notre équipe. Lorsqu'elles racontent une expérience de soins avec un patient, une interaction avec un professionnel de la santé extérieur à l'équipe, ou tout simplement le récit d'une récente visite au domicile d'un patient, c'est l'ensemble des valeurs, normes, des vocabulaires cliniques et ordinaires qui sont mis en acte collectivement à travers la présentation des « faits » ou de « l'état de la situation ». Ce partage est particulièrement manifeste lorsque le récit présente des situations inusitées, sérieuses ou non. Qu'une professionnelle se retrouve enfermée à l'extérieur de sa voiture, qu'elle ait à composer avec des demandes inusitées (par exemple, faire la « gardienne » pendant le temps de sa visite afin de permettre au parent présent de s'absenter), ce genre de situations donne typiquement lieu à des récits, entrecoupés de rires ou d'exclamations diverses selon le cas, auxquels l'auditoire réagit en manifestant les jugements et émotions du conteur qu'elle reprend à son compte souvent avec encore plus de force. Ici, les récits de visite donnent aux membres l'occasion de manifester du support mutuel et de bâtir des

communautés d'attitude et d'émotion. Le déroulement des interactions lors des réunions contribue grandement à renforcer le sentiment de former une équipe intégrée et cohésive de par la similitude des sentiments ressentis face à une situation rencontrée. Ces moments d'interaction, certainement non dépourvus de « fantaisie » comme le dirait Bormann, jouent clairement un rôle dans la cohésion de l'équipe et réaffirment les normes et valeurs communes sur lesquelles le travail de l'équipe s'appuie. Le phénomène n'est en rien propre aux équipes interdisciplinaires, mais il contribue vraisemblablement d'une manière non négligeable à la création et au maintien du niveau d'intégration et de cohérence que vise tant la littérature normative sur les équipes interdisciplinaires.

4.3 Sens des soins à domicile et identité de groupe

Identité de l'équipe dans la notion de soins à domicile

Le fait d'aller à domicile pour prodiguer des soins est tout à fait central dans l'identité de l'équipe. C'est ce qui fait son caractère unique par opposition à toutes les autres équipes de soins de l'hôpital. Le contraste entre les deux contextes d'intervention est d'ailleurs tout à fait récurrent dans le discours des membres que nous avons interrogés. Par exemple, elles s'accordent pour dire qu'elles travaillent beaucoup plus ensemble qu'une équipe à l'interne; leur travail est beaucoup moins fragmenté et plus concerté considérant qu'elles font des visites communes et qu'elles se fixent des objectifs communs de soins. Non seulement comprennent-elles mieux ce que les autres membres de l'équipe font en termes de soins au patient, mais entrer dans l'intimité des gens leur fournit une vision commune de la situation.

« Je pense qu'effectivement le fait d'aller à la maison ça, on a une vision dès le départ, on a une vision commune de la situation, on a un portrait, on a le même portrait... «Tu vois ce qu'il y a à voir puis ce que tu, t'es dans le contexte t'as la maison (.....) tu vas voir si c'est propre si c'est sale s'il y a de la nourriture s'il y en a pas, les autres enfants tu vas voir comment c'est démuni comment c'est organisé tu vas peut-être même comprendre pourquoi ton enfant y progresse pas ici (à l'hôpital) tu vas te demander qu'est-ce que tu fais de pas correct pourquoi que l'enfant progresse pas tandis que à domicile tu vas peut être comprendre plus rapidement que c'est pas parce que ce que tu fais ou que tu ne fais pas mais à cause du contexte social, donc moi c'est quelque chose que j'aime beaucoup de vraiment voir toute l'ampleur de l'affaire puis être capable après ça de tout replacer tout mettre en place puis de dire chacun a sa job à faire mais t'as quand même une explication puis tu peux comprendre plus facilement ce qui se passe ».

L'identité de l'équipe prend donc son fondement à la fois dans son domaine d'intervention, dans ce cas-ci les soins à domicile, et dans sa constitution, c'est-à-dire le fait d'être interdisciplinaire. Dans la plupart des entrevues que nous avons effectuées, le fait d'aller à domicile était central à la définition que les membres donnaient de l'équipe. Le fait d'entrer dans l'intimité des gens, de voir concrètement l'apport des autres disciplines dans le traitement du patient, de connaître l'état de la situation du patient dans sa globalité etc., sont tous des éléments qui, selon elles, les différencient des autres équipes qui existent au sein de l'hôpital et contribuent grandement à renforcer leur identité.

Relations amicales/maternantes avec les familles

Il ressort clairement de nos entrevues que si les membres de notre équipe s'identifient autant à la pratique des soins à domicile et insistent tant sur le contraste entre ce contexte d'intervention et la pratique en milieu hospitalier, c'est en partie à cause de la nature des relations que cette pratique les amène à développer avec les patients et surtout avec leur famille (essentiellement leurs parents, et plus souvent les

mères). Nos entrevues montrent que les relations continues avec les parents génèrent un ensemble d'exigences paradoxales avec lesquelles elles s'efforcent de composer au mieux.

Comme elles entrent dans les foyers, il leur arrive de développer des relations amicales avec les parents des enfants malades. Cela n'est pas vraiment souhaitable car, de leur propre aveu, elles courent le risque de devenir plus « laxiste » envers les parents qui ne respectent pas à la lettre des exigences de soins souvent exténuantes.

« Moi je suis rendue comme une amie quand je rentre dans les maisons, ils m'appellent par mon nom je les appelle par leur nom, des fois la professionnelle a de la misère à rentrer, c'est plus l'amie qui rentre quand tu es amie c'est pas pareil, des fois je me dis je devrais être, tsé je suis plus compréhensive, je leur dis aux filles souvent vous autres vous êtes assez sévères, tsé parce que moi on dirait j'ai perdu des fois parce que je les comprends trop, je ne sais pas comment expliquer, c'est comme un gavage que la mère va me dire, c'est dur ça pas d'allure tu me demandes de donner un autre bolus, tu es sûre, je n'en peux plus, bon ok on va essayer une autre fois, mais je sais qu'à l'interne, je le sais pourtant qu'à l'interne ils le feraient, ils se ficheraient un peu de l'épuisement de la mère tsé c'est le bien être de l'enfant mais des fois je me dis je suis rendue trop, j'écoute trop finalement ».

Elles se décrivent aussi comme une équipe très maternelle. Elles se disent non seulement empathiques envers les familles mais souvent trop sympathiques par rapport à leur situation

« C'est une équipe très maternelle, ça c'est une caractéristique des soins à domicile, très maternelle, il faut comprendre mais oui mais oui mais ça, non, c'est, moi en dernier j'ai, au début j'étais un peu comme ça oui, puis en dernier j'ai commencé à dire oui mais écoutez là - on parlait d'une famille un moment donné la mère n'utilise pas les ressources je peux pas le faire à sa place, elle doit se responsabiliser là dedans et l'équipe on a souvent dit on va le faire à sa place, on va le faire à sa place (...) et ça, ça allait beaucoup

contre un principe que j'ai où on doit responsabiliser les parents c'est pas parce qu'ils ont des enfants malades qu'on doit leur enlever toutes leurs responsabilités. Souvent les infirmières, c'est sûr que c'est plus facile pour une infirmière de prendre un rendez-vous pour un enfant, le parent est à la maison il est débordé, il essaie d'avoir la ligne, c'est pas facile, des fois, de la maison, l'infirmière va prendre le téléphone et va prendre un rendez-vous, (.....) des fois ok, mais toujours c'est comme, j'ai un problème avec, et il y a des infirmières qui disent, oui mais cette maman-là est débordée, oui mais il y a une raison pourquoi elle utilise pas les ressources qu'on lui donne, peut-être parce que ça répond pas à ses besoins peut-être qu'elle n'en a pas, toi tu vois, si c'est toi qui était dans cette situation-là peut-être que toi tu aimerais ça les utiliser mais peut-être qu'elle en a peut-être pas tant besoin que ça, donc il y a beaucoup de (....) je dirais d'empathie mais de sympathie aussi, puis la sympathie on dirait que des fois elle prend le dessus (....). On a beaucoup couvé on est très maternelles, moi je pense que ça peut causer éventuellement... causer un problème ».

Une bonne part de la difficulté à négocier une relation confortable d'un point de vue professionnel avec les familles tient au fait que nos soignantes sont elles-mêmes des mères ou du moins des soignantes dans leur vie personnelle également. En effet, un nombre significatif de membre de l'équipe ont fait l'expérience de soigner, sur de longues périodes, un proche ou un de leurs propres enfants gravement malade ou handicapé, voire les accompagner jusqu'à la mort.

Ces expériences personnelles font en sorte que leur compréhension du vécu des familles ayant un enfant malade est évidemment enrichie. Leur façon d'intervenir auprès de ces familles est fortement teintée de cette expérience, elles soutiennent que cela représente un « atout » pour les familles et pour elles dans la façon dont elles prodiguent leurs soins. Dans certains cas, elles ont elles-mêmes eu recours, dans le passé, à une équipe de soins à domicile. Elles sont donc non seulement en mesure de pouvoir mieux répondre aux besoins des familles qu'elles visitent, mais les situations dans lesquelles elles interviennent les interpellent d'autant plus qu'elles sont mères, tout

autant que professionnelles. Cela peut être sous forme de partage d'expérience ou de partage de trucs ou techniques afin de rendre moins pénible un traitement prescrit.

« C'est que moi j'en ai eu un enfant malade, j'ai eu un enfant qui a été gavé pendant dix ans de temps c'est un enfant qui devait pas vivre, c'est un enfant... donc quand je vais à domicile pour moi en tant qu'individu c'est plus facile même d'aller parler du gavage puis de dire regardez vous pourriez essayer ça même si ça ne me concerne pas j'ai un côté que en fait personne d'autre peut avoir à part ces parents-là parce que eux aussi vivent une situation comme ça, donc ça c'est un élément qui en fait est un plus pour les soins à domicile, c'est pas obligatoire mais je pense que c'est un plus puis je peux plus l'utiliser à domicile qu'à l'interne... moi je trouvais qu'il y avait quelque chose de plus puis que moi comme individu je pensais que je pouvais apporter quelque chose »...

Un autre membre :

« Il y avait eu de la maladie dans ma famille, mon frère est mort du sida en 90 et je l'ai supporté beaucoup, je l'ai gardé avec moi puis je l'ai visité beaucoup à l'hôpital... je trouve que c'est une job... c'est sûr que je suis armée parce que j'ai vécu des affaires aussi... ».

Toutes ces expériences font en sorte qu'aller à domicile implique un engagement émotif que le travail à l'hôpital permet d'éviter plus aisément. La frontière entre les deux rôles (mère et professionnelle) s'estompe donc rapidement dans leur pratique du moment où elles franchissent le pas de la porte du domicile d'un enfant malade. Le rôle de la mère compatissante et soutenante entre inévitablement en même temps que la professionnelle, sinon bien avant.

Enfin, à travers les entrevues, nous remarquons que les membres sont très réflexives par rapport à la multiplicité des rôles qu'elles assument bien qu'elles ne réussissent pas à le définir comme tel, et surtout à gérer ces contraintes paradoxales à leur satisfaction. Les jugements qu'elles portent sur le fonctionnement de l'équipe, sur

le fait que l'équipe est très maternelle, que collectivement les membres de l'équipe semblent moins sévères et plus permissives qu'elles ne le sont personnellement; tout cela laisse croire à une sorte de conflit de valeur.

Un conflit de valeur entre la professionnelle empathique telle que valorisée par la formation académique reçue et la pratique professionnelle et, entre la mère et l'amie qui offre soutien et compassion tout en se laissant aller à être plus sympathique qu'empathique envers l'enfant et sa famille. Ce qu'il y a de particulier dans cette observation réfère à ce que plusieurs membres en sont conscientes et l'ont soulevé lors des entrevues individuelles mais que le sujet n'a que rarement été amené lors des réunions que nous avons observées afin de pousser la réflexion plus loin.

CHAPITRE 5. DISCUSSION

Dans ce dernier chapitre, nous élargirons notre analyse afin de faire ressortir des éléments du cas analysé qui nous semblent avoir une portée plus générale. Tout d'abord, nous voudrions montrer comment le travail en équipe interdisciplinaire, en particulier dans le contexte des soins à domicile, peut être considéré comme une pratique de médiation entre une pluralité de « mondes » sociaux. Ensuite, nous traiterons d'une piste d'analyse pour une recherche ultérieure, c'est-à-dire le rôle des émotions dans la pratique de soins à domicile.

5.1 L'équipe à l'intersection des mondes de pratiques

Traversant constamment les frontières disciplinaires dans leurs discussions entre elles, se déplaçant constamment entre l'unité, l'hôpital et les domiciles de leurs patients, et entretenant des communications quasi constantes avec des professionnels d'autres institutions (CLSC, Centre de réadaptation, etc.), les membres de notre équipe peuvent être décrites comme un carrefour de plusieurs petits « mondes » sociaux et

organisationnels avec lesquels elles interagissent simultanément ou alternativement, et surtout qu'elles relient et nouent constamment les uns aux autres : pour simplifier, nous pourrions parler d'un monde de soignants de tous ordres (infirmières, professionnels et médecins), du monde quotidien et immédiat des familles et du monde du « système » de santé avec ses ressources et ses règles propres. Tout se passe comme si l'essentiel de leurs activités étaient celles de « médiatrices ». Elles sont en interaction avec tous ces mondes et selon celui vers lequel elles sont orientées à un moment ou un autre, la dynamique d'interaction diffère. Dans leur vie professionnelle de tous les jours, les membres traitent évidemment leurs patients mais consacrent en fait une somme considérable de leur temps à rendre possible et gérer l'interface entre ces différents mondes. Leur rôle s'apparente à un rôle de médiatrice et de traductrice entre ces différents mondes sociaux. Comme ces mondes sont relativement dépendants les uns des autres, pour que les interactions soient coordonnées, les membres doivent s'assurer qu'elles traduisent bien les ressources et les règles du système en options et solutions concrètes pour les familles. Traduire aussi leurs observations des problèmes des familles et des enfants auprès des médecins et des autres membres de l'équipe pour les mobiliser; traduire les diagnostics médicaux qui sont posés en interventions concrètes de leur part, et plans de soins pour les familles etc. Cette perspective met en évidence une dimension importante du travail en équipe interdisciplinaire dans le contexte des soins à domicile.

Lorsque nous observons les réunions, nous remarquons qu'il n'y a rien d'automatique dans ces traductions. Les membres arrivent à les réaliser en discutant ensemble, rarement seules ou par simple habitude et ce, malgré les longues années

d'expérience. La communication est donc essentielle dans ce processus qui bâtit des équivalences entre les différents systèmes. Tout se passe comme si les barrières entre les disciplines étaient finalement bien peu de chose pour les membres si on les compare aux barrières et aux distances bien plus grandes qu'elles franchissent pourtant constamment entre les trois univers dont elles traversent constamment les frontières. Cet aspect du travail de soins à domicile mériterait d'être investigué bien davantage.

5.2 La dimension émotionnelle

En rédigeant ce mémoire, nous avons enfin découvert une piste d'analyse fascinante mais dépassant les limites de notre étude, à savoir le rôle des émotions dans la pratique interdisciplinaire de soins à domicile. C'est en lisant un texte de Isabel Menzies Lyth (1988) sur le fonctionnement des systèmes hospitaliers comme système de défense et de protection contre l'anxiété que nous avons eu partiellement la réponse à un questionnement récurrent dans les transcriptions d'entrevues : les membres de l'équipe affirment que le fait d'aller à domicile est central à leur identité de groupe mais n'arrivent pas à donner une explication précise quant au pourquoi.

Dans ses études du système hospitalier britannique, Lyth (1988) affirme que la nature de l'anxiété ressentie dans le traitement des patients réside dans le fait que les professionnels de la santé, les infirmières dans ce cas-ci, sont en contact constant avec des personnes gravement malades ou blessées. Le rétablissement du patient n'est pas certain et il y a des chances qu'il conserve des séquelles. Les patients dont la maladie est incurable représentent la source potentiel de stress la plus élevée pour les infirmières. Elles sont constamment confrontées à la douleur, à la souffrance et à la mort des

patients. Leur travail implique des tâches qui seraient considérées dans d'autres contextes comme étant déplaisantes, éprouvantes, voire dégoûtantes en plus de susciter potentiellement des sentiments de pitié, de compassion, d'amour, de culpabilité, d'anxiété, de haine, etc., envers les patients qui font émerger de tels sentiments. Or, nous savons que le personnel infirmier des hôpitaux ne vit pas constamment ce type d'anxiété avec autant de force, anxiété qu'un visiteur occasionnel lui, ressent aisément. Pourquoi?

Lyth (1988) suggère que plusieurs aspects de l'organisation bureaucratique du travail du personnel infirmier soit en cause dans la « protection » du personnel contre les émotions que devraient générer la co-habitation constante avec la souffrance humaine. Elle démontre comment l'organisation hospitalière du travail de soins protège de multiples manières les infirmières de l'anxiété que génère normalement l'expérience de la souffrance et de la mort. Notamment, elle observe que fragmenter les relations entre infirmières et patients prévient l'infirmière d'entrer en contact avec la globalité de la situation (le patient et sa maladie) et de lui fournir une certaine protection contre l'anxiété que cela peut susciter. Ainsi par exemple, une visite dans la chambre d'un patient hospitalisé donne typiquement lieu à un contact avec le patient et son corps qui est complètement médiatisé par des inscriptions de toutes sortes : état du soluté, de la médication, du pouls et de la température, parfois d'un ou plusieurs moniteurs selon les appareils mobilisés, du , etc. Ce contact d'une part fragmente la personne et la condition du patient, tout en limitant quantitativement le contact des yeux et la relation avec le patient dans sa totalité. L'organisation même de la tâche de l'infirmière dans la chambre du patient contribue ainsi, selon Lyth, à préserver le personnel d'une relation pleinement

et directement « humaine » avec le patient, relation potentiellement anxiogène et souffrante pour le personnel. C'est tout à fait le contraire en ce qui concerne l'équipe que nous étudions. Nos professionnelles n'amènent rien de ce dispositif organisationnel protecteur dans leur visite à domicile. Bien que pour les membres de l'équipe le fait de traiter le patient dans sa globalité représente une valeur ajoutée, il est aussi source de malaise et d'anxiété. Lorsqu'elles se présentent à domicile, elles n'ont d'autres choix, elles sont plongées dans tous les aspects du patient et de sa biographie.

Deuxièmement, l'organisation du travail hospitalier et des tâches fait en sorte que l'individualité des patients est dans une bonne mesure « dépersonnalisée », catégorisée et niée. Par exemple, Lyth note que les infirmières réfèrent typiquement aux patients par leur numéro de chambre ou de lit et le nom de leur maladie (ex. : « la pneumonie dans la chambre 4! »). Cela contribue à dépersonnaliser la relation entre le patient et l'infirmière. Encore une fois, pour les membres de l'équipe étudiée, le fait d'aller à domicile élimine toutes les possibilités d'une telle dépersonnalisation. Non seulement désignent-elles toujours les patients par leur prénom (y compris dans le cours des réunions), elles entrent dans leur maison, leur intimité et développent inévitablement des relations soutenantes avec certains parents. Malgré leur éthique professionnelle, le contexte de la visite à domicile est sujet à une attitude plus compréhensive, permissive et sympathique, éclipsant ainsi la relation strictement professionnelle et empathique qu'elles valorisent pourtant.

Troisièmement, toujours selon Lyth, l'infirmière affiche souvent un certain détachement professionnel afin de minimiser les interactions avec les patients qui peuvent mener à de l'attachement ou à des demandes qualifiées de non professionnelles.

Dans un contexte hospitalier, nier ainsi l'individualité du patient et minimiser les interactions avec celui-ci réduit considérablement les chances d'attachement. À domicile cependant, les membres sont plus susceptibles de céder à ces demandes et à la manipulation des patients car elles ne sont pas dans l'environnement sécurisant du « système ». Elles doivent composer avec des demandes telles que garder l'enfant pendant que le parent fait des courses, prendre rendez-vous pour le patient avec un spécialiste, faire les démarches pour des besoins sociaux, etc. Tout cela réduit donc les possibilités de détachement du fait qu'elles sont impliquées dans la routine et la vie de tous les jours de ces familles.

Finalement, Lyth observe que les infirmières vont typiquement tenter de minimiser les décisions à prendre en s'imposant un rituel de tâches. Cela évite ainsi au personnel hospitalier l'anxiété provoquée par la prise de décision, laquelle aura un impact certain sur le patient. Le travail est donc divisé de telle sorte qu'il devient un rituel bien précis allant de la façon dont la tâche doit être effectuée, l'ordre dans lequel elle le sera et le moment où elle le sera. Les membres de l'équipe étudiée ne peuvent établir un tel rituel de tâches à cause de la trop grande variété de situations et de contextes auxquels elles doivent faire face. Elles perdent donc tous les avantages émotionnels de la ritualisation des tâches.

Cette ritualisation de tâches procure aux infirmières un certain avantage émotionnel. Comme elles n'assument pas la totalité des soins prodigués aux patients, le poids de ceux-ci est réparti sur plusieurs personnes diminuant ainsi leurs zones de responsabilités. Bien que la ritualisation de tâches est difficile à incorporer au fonctionnement de notre équipe, leur interdisciplinarité, où chacun peut contribuer aux

interventions de chacun, permet tout de même un bénéfice émotionnel dans la mesure où personne ne porte individuellement la responsabilité des interventions faites auprès des patients. Il y a des risques que l'on peut prendre collectivement qui seraient beaucoup plus difficiles à assumer pour un seul individu.

Finalement, Lyth (1988) remarque que, pour composer avec les responsabilités liées aux prises de décisions, les infirmières tendent à reporter les décisions difficiles autant que possible en effectuant vérifications, contre vérifications et validations auprès de leurs collègues. Nous avons observé la même chose au sein de notre équipe de soins à domicile. Comme nous l'avons déjà mentionné, lors des entrevues, la définition des réunions fournie par les membres est que celles-ci servent notamment à explorer différents aspects d'un problème rencontré, d'aller chercher de l'information autant que d'en fournir et de mettre ces informations à jour ainsi que réorienter les soins au besoin selon les éléments d'information supplémentaires recueillis. Or, bien que ce soit la définition donnée, il n'en est pas de même dans la réalité. Les membres discutent beaucoup, vérifient, valident plusieurs fois leurs informations avant de prendre action. Par exemple, si elles font un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), elles le font « en tant qu'équipe » ainsi qu'elles insistent pour le dire, de cette façon la responsabilité est partagée par toutes.

Il est évident que le fonctionnement de l'équipe étudiée va à l'encontre de toutes ces prémisses. Les membres de l'équipe traitent le patient dans sa globalité et développent des relations privilégiées avec les patients et même avec les familles de ceux-ci. Elles ne peuvent afficher de détachement puisqu'elles se rendent au domicile du patient éliminant ainsi toute chance de minimiser les interactions. Comme les

interventions sont extrêmement variées, il est pratiquement impossible de respecter un rituel de tâche. Bien qu'elles aient des tâches spécifiques à accomplir lorsqu'elles sont sur place à la maison, des impondérables peuvent survenir. Elles n'ont d'autres choix que de s'y adapter. Il y a cependant une de ces prémisses pour laquelle nous observons une similitude. Comme observé par Lyth (1988), les membres de notre équipe composent avec le poids des responsabilités d'une façon particulière.

Ces observations sont très intéressantes car elles éclairent un peu plus un questionnement pour lequel nous avons très peu de réponses. Il est très intéressant de constater que ce sont les éléments les plus bureaucratiques, mécaniques et dépersonnalisants de l'organisation du travail et de la structure hiérarchique du « système » de l'hôpital qui offriraient cette protection contre l'anxiété selon Lyth. Ce que les membres de l'équipe des soins à domicile ne retrouvent pas vraiment dans leurs fonctions du fait qu'elles oeuvrent plutôt à l'extérieur du « système », dans la vie même des personnes qu'elles traitent et soutiennent.

Comme on le voit, notre étude ne nous a permis que d'effleurer les dimensions émotionnelles de la pratique de soins à domicile. Elle nous permet cependant d'entrevoir toute l'importance et la spécificité des enjeux émotionnels de cette pratique. Dans un contexte où les soins à domicile sont de plus en plus valorisés et appelés à connaître un important développement, il nous semble essentiel que la recherche documente davantage les défis qu'ils représentent.

CONCLUSION

L'importance croissante que l'on a accordé à l'interdisciplinarité vient de l'hypothèse selon laquelle l'interdisciplinarité, en combinant les contributions individuelles de chaque discipline, produit un effet bénéfique supérieur à celui des modes traditionnels de résolution de problèmes, surtout dans le domaine de la santé (Dussault 1990). Ce qui distingue le « modèle » interdisciplinaire depuis plus de vingt ans est sa capacité présumée à produire une synergie et une contribution supérieure à la somme des contributions individuelles de chaque professionnel. La littérature normative et prescriptive nous dit que chaque professionnel doit contribuer directement au processus de décision à l'aide de son expertise et retirer une vision d'ensemble de la situation ou du patient. Les expertises sont, en principe, évaluées selon leur pertinence en regards aux besoins des patients et non d'après une quelconque hiérarchie professionnelle ou organisationnelle.

Notre recherche avait pour but d'explorer comment ce modèle se réalise dans un contexte concret de pratique professionnelle interdisciplinaire. S'inspirant de

cette prémisse, nous avons centré notre étude empirique sur le problème de la signification dans les équipes interdisciplinaires en l'occurrence l'unité des soins spécialisés à domicile d'un grand hôpital de la région métropolitaine. Notre intérêt pour la pratique de l'interdisciplinarité s'est ainsi, initialement, surtout porté sur la perception qu'ont les membres de l'équipe de ce que doit être leur travail en équipe interdisciplinaire, à la signification que les professionnels de la santé accordent au travail en équipe interdisciplinaire et aux rôles que ceux-ci s'attribuent et attribuent aux autres membres.

Pour réaliser cette étude, nous avons arrêté notre choix sur une méthodologie qualitative dans la tradition interprétative ainsi que sur la théorie de la convergence symbolique afin de comprendre le sens que peut avoir l'interdisciplinarité pour les différents acteurs et ses conséquences sur leur collaboration effective. L'approche interprétative insiste sur l'importance de la signification dans les processus organisationnels alors que la théorie de la convergence symbolique, quant à elle, pose la question de la « convergence » de l'interprétation individuelle au sein des équipes de travail. Dans ce cas-ci, la théorie de la convergence symbolique de la communication nous démontre comment le partage de fantaisies de groupe fournit des épisodes clés de communication qui créent une réalité sociale commune en réalisant une production de sens et une convergence des valeurs pour les participants. L'analyse nous révèle que le parcours professionnel des membres de l'équipe est très riche et diversifié. Les expériences professionnelles provenant d'une variété de milieux de pratiques ainsi que les expériences personnelles des membres constituent des éléments importants à la dynamique de l'équipe et à son bon fonctionnement. Elle nous suggère que

l'interdisciplinarité et les chevauchements de territoire qu'elle suppose est beaucoup plus facile à tolérer, et est même davantage recherchée, par des professionnelles expérimentées dont l'expertise et la confiance en soi ne sont pas aisément ébranlées.

Faire partie des soins à domicile implique que les membres sont sur la route la plupart du temps. L'interdisciplinarité se vit et se manifeste donc le plus lors des réunions. Nous pouvons donc constater, lors des réunions, une convergence qui dépasse de loin le strict plan clinique des interventions à mettre en œuvre. La discussion qui caractérise les réunions nous est apparue comme un exercice de construction de sens à plusieurs voix pendant lequel les membres décident de la nature de ce qui se passe et des interventions à privilégier. Les récits de visite, qui prennent une place prépondérante dans le déroulement des réunions, non seulement permettent le partage de l'information, mais donnent également lieu à une réaffirmation collective des valeurs et du sens même des interventions auprès des familles.

Bien que le but premier de cette recherche était de rendre compte du sens de l'interdisciplinarité, les données que nous avons colligées nous ont amené à réfléchir longuement aux enjeux des soins à domicile. Les résultats de nos observations et des entrevues individuelles nous ramenaient constamment vers une étude du sens des soins à domiciles difficilement dissociable, pour les membres, du sens de l'interdisciplinarité. Un des points forts de notre analyse réside ainsi dans le rapport quasi indissociable que les membres font entre le fait d'appartenir aux soins à domicile et leur identité de groupe interdisciplinaire. Entrer dans l'intimité des gens et ainsi avoir une vision commune de la situation du malade, être plus sensible à l'apport des autres disciplines au bien du patient, effectuer un travail moins fragmenté qu'à l'hôpital ; ce sont tous là des éléments

qui contribuent à renforcer cette idée. Plus encore, c'est dans cette forte identité de groupe que les membres disent être le plus conscientes de leur interdisciplinarité. En effet, nous avons constaté que les membres, lorsque interrogés sur l'interdisciplinarité, orientaient invariablement leurs réponses sur le fait qu'appartenir aux soins à domicile faisait « toute la différence » et ne dissocièrent jamais les deux. Autrement dit, les membres de l'équipe nous enseignent qu'en dehors d'un contexte de soins à domicile l'équipe ne pourrait atteindre un tel degré de convergence dans ses interventions auprès des patients et de leur famille. Cela nous laisse donc supposer que l'interdisciplinarité ne se réalise jamais, et ne peut donc être pensée, en dehors de son ancrage dans une pratique, ici les soins à domicile. Peut-être l'étude de l'interdisciplinarité et de ses enjeux ne fait-elle pas de sens en dehors du contexte d'une pratique située et de ses contraintes propres, car c'est autour de cette dernière que les différents professionnels convergent ultimement.

Enfin dans le contexte des soins à domicile, nous avons vu que sortie de l'encadrement du « système », les membres sont inévitablement amenées à remplir plusieurs rôles à la fois. Cette multiplicité des rôles explique, selon notre analyse, que le travail en équipe interdisciplinaire, plus spécifiquement les soins spécialisés à domicile, sous-entend une pratique de médiation entre une pluralité de « mondes » sociaux : par exemple, dans cette recherche, le monde des soignants (infirmières professionnels et médecins), le monde quotidien et immédiat des familles et, le monde du système de santé. Les membres donc, en plus d'assurer le traitement de leurs patients, passent énormément de temps à gérer l'interface entre ces différents mondes telles des médiatrices ou traductrices. Ces mondes étant tous dépendants les uns des autres, les

membres assurent une compréhension commune de la situation avant de convenir d'un plan d'action spécifique. Cela suppose donc une excellente communication, essentielle au processus qui bâtit des équivalences entre les différents systèmes.

Notre étude est évidemment fortement limitée sur le plan de la validité externe, comme toute étude de cas. En effet, nous ne pouvons garantir, à conditions similaires, que l'étude d'un autre site de recherche produirait les mêmes résultats et ne pouvons généraliser qu'avec la plus grande prudence. D'autres études devront être conduites pour valider les intuitions générées par ce travail.

Cela dit, notre recherche nous a permis d'en savoir plus sur le sens que le travail interdisciplinaire a pour les membres des équipes qui le pratiquent. Cependant, le peu d'études empiriques réalisées à ce jour nous pousse à croire que la recherche sur l'interdisciplinarité mérite plus d'attention, notamment sur ses enjeux émotionnels, considérant la valorisation et la place grandissante que les soins interdisciplinaires à domicile sont appelés à prendre dans notre société.

RÉFÉRENCES

- Bormann, E. G. (1983). Symbolic convergence. In L. L. Putnam & M. E. Pacanowsky (Eds.), *Communication and Organization: An Interpretive Approach* (pp. 99-122). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bormann, E. (1996). Symbolic convergence theory and communication in group decision making. In R. Hirokawa & M. S. Poole (Eds.), *Communication and group decision making* (2nd ed., pp. 81-113). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Clark, P. G. (1994). Social, professional, and educational values on the interdisciplinary team : Implication for gerontological and geriatric education. *Educational Gerontology*, 20, 35-51.
- Corley Saltz, C., & Schaefer, T. (1996). Interdisciplinary teams in health care: Integration of family caregivers. *Social work in health care*, 22(3), 59-70.
- Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Sociology of Health & Illness*, 20(6), 848-873.
- Doherty, W. J. (1995). The Why's and Levels of Collaborative Family Health Care. *Family-Systems-Medicine*, 13(3-4), 275-281.
- Drinka, T. (1986). An investigation of power in an interdisciplinary health care team. *Gerontology & Geriatrics Education*, 6(3), 43-53.
- Ducanis, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary team : a handbook*. Germantown, Md.: Aspen Systems Corp.
- Dussault, G. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité. *Le gérontophile*, 12(2), 3-6.
- Giroux, N. (2003). L'étude de cas. In Y. Giordano (Ed.), *Conduire un projet de recherche* (pp. 41-84). Paris: EMS.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategy for Qualitative Research*. New York: Aldine Pub.
- Ivey, S. L. e. a. (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 17(3), 198-195.
- Janis, I. (1982). *Victims of Groupthink*. Boston: Houghton Mifflin.

- Kane, R. A. (1975). The interprofessionnal work as a small group. *Social Worrk in Health Care, 1*, 19-32.
- Kane, R. A. (1983). *Interprofessionnal teamwork*. Syracuse, N.Y.: Syracuse University School of Social Work.
- Klein, J. T. (1990). *Interdisciplinarity. History, theory, and practice*. Detroit: Wayne State University Press.
- Klein, J. T. (1996). *Crossing boundaries. Knowledge, discipliarities, and interdisciplinarity*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Krueger, M. A. (1990). Promoting professional teamwork. *Perspectives in Professional Child and Youth Care, 13(1)*, 123-130.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Lyth, I. M. (1988). *Selected essays, v. 1: Containing anxiety in institutions*. London: Free Association Books.
- Putnam, L. L., & Pacanowsky, M. E. (Eds.). (1983). *Communication and Organization: An Interpretive Approach*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Saltz, C.C. & Schaefer, T. (1996). Interdisciplinary teams in health care : integration of family caregivers. *Social Work in Health Care 22(3)*, 59-70.
- Sands, R. G. (1993). "Can you overlap here ?": A question for an interdisciplinary team. *Discourse processes, 16*, 545-564.
- Sands, R. G. (1994). A comparison of interprofessional and team-parent talk of an interdisciplinary team. *Social Work in Education, 16(4)*, 207-219.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : analysis types and software tools*. New York: Falmer Press.
- Vion, R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions*. Paris : Hachette Supérieur, 302p.

2000.04.15.00