

La collaboration interprofessionnelle dans les services de 1^e ligne en régions rurales et éloignées

Hélène Sylvain, inf. Ph.D.

Présenté au GRÉAS 1 et la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

14 novembre 2007

Plan de la présentation

■ **Projet #1**

- Contexte du programme de recherche
- Projet sur la collaboration interprofessionnelle
- Méthodologie
 - Personnes rencontrées
 - Sites visités
- Résultats
 - Collaboration interprofessionnelle
 - Les facteurs contextuels
- Quelques constats sur la contribution des divers professionnels

■ **Projet #2**

- Vision micro: collaboration en tandem md-inf dans 1 GMF

La collaboration interprofessionnelle dans les régions rurales, éloignées et isolées du Québec

Équipe de recherche:

Diane Morin, inf PhD, ULaval

Hélène Sylvain, inf PhD, UQAR

Lily Lessard, inf MSc, UQAR, INSPQ



Le programme de recherche

Les modes d'organisation des services de santé primaire et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec

Équipe de recherche: Josée Gauthier, Jeannie Haggerty, Paul Lamarche, Raynald Pineault, Diane Morin, Hélène Sylvain, Jean- Frédéric Lévesque et autres collaborateurs **et** Comité consultatif composé d'acteurs régionaux.

But: Éclairer la relation entre les modes d'organisation des services, des pratiques de santé primaire, l'accès et la continuité pour les communautés rurales, éloignées et isolées.

Financement : FCRSS, FRSQ, INSPQ, MSSS

4 projets de recherche

Projet 1 : Impact de la répartition géographique des ressources sur l'accès primaire et secondaire
Josée Gauthier et Jeannie Haggerty

Projet 2 : Mesure de l'accessibilité pour les populations des régions rurales, éloignées et isolées du Québec
Jeannie Haggerty et Jean-Frédéric Lévesque

Projet 3 : Modèles d'organisation des services de première ligne aux communautés rurales, éloignées et isolées du Québec
Paul Lamarche, Raynald Pineault, Marjolaine Hamel, Michèle Perron

Projet 4 : La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle dans les régions rurales, éloignées et isolées du Québec
Diane Morin, Hélène Sylvain, Lily Lessard

Introduction

- Les populations rurales, éloignées et isolées connaissent des **problèmes d'accès** aux services de santé et des **problèmes de continuité**
- Ces problèmes sont notamment dus au **manque d'effectifs médicaux et infirmiers**, à **l'instabilité du personnel**, à **l'étalement géographique** et à une **offre restreinte** en services de santé (Pong *et al.*, 1999)
- Malgré tout, la rareté et la précarité des ressources disponibles peuvent devenir **sources d'innovations**, notamment en regard de la **collaboration** interprofessionnelle.



But de la recherche

Comprendre l'étendue de même que la nature des liens qui existent entre la collaboration interprofessionnelle ou interorganisationnelle et les modèles d'organisation des services de santé présents dans les régions rurales, éloignées et isolées du Québec

Objectifs

1. Établir un profil de la collaboration inter-professionnelle et explorer les facteurs qui facilitent ou limitent cette collaboration en contexte de régions rurales, éloignées ou isolées;
2. Vérifier si la collaboration contribue au développement de modèles de services de santé primaires facilitant l'accès, la continuité et l'équité des soins aux communautés desservies.

La collaboration dans les service de santé*

- Reconnue comme une question capitale et une **stratégie clé** dans le renouvellement des structures de la santé
- Améliore l'efficacité du **système de santé** incluant la 1^e ligne et la santé publique
- Augmente la **qualité des soins**, la **sécurité du patient**, la **satisfaction du patient** et réduit la **morbidité** chez les patients
- Solution à des problèmes de **manque de personnel**, de **stress**, de **surmenage** chez les professionnels de la santé, contribue à **réduire la charge de travail**, procure une plus grande **satisfaction au travail**, favorise la **loyauté**,

*Source: Rapport du FCRSS, (2006) Le travail en équipe dans les services de santé, Recommandations et synthèse pour politiques.

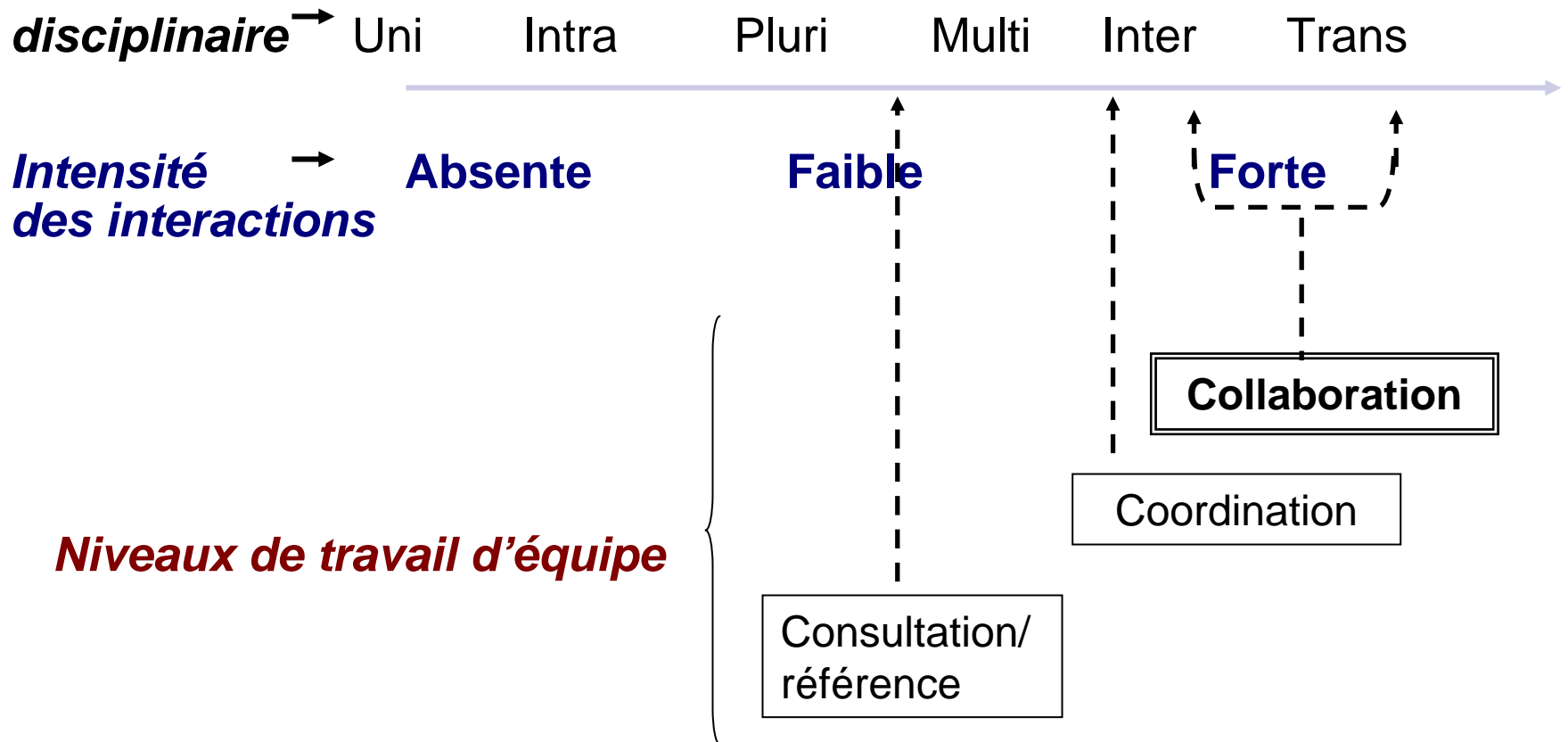
La collaboration

« Un processus de décision commun entre des acteurs professionnels (ou organisations) inter-dépendant(e)s, impliquant des consensus dans la prise de décisions et la responsabilité des résultats »

Wood & Gray (1991)

La collaboration interprofessionnelle varie selon la complexité des besoins de santé et le nombre et l'expertise des professionnels de la santé qui travaillent pour répondre à ces besoins (FCRSS, 2006).

Vers la collaboration...



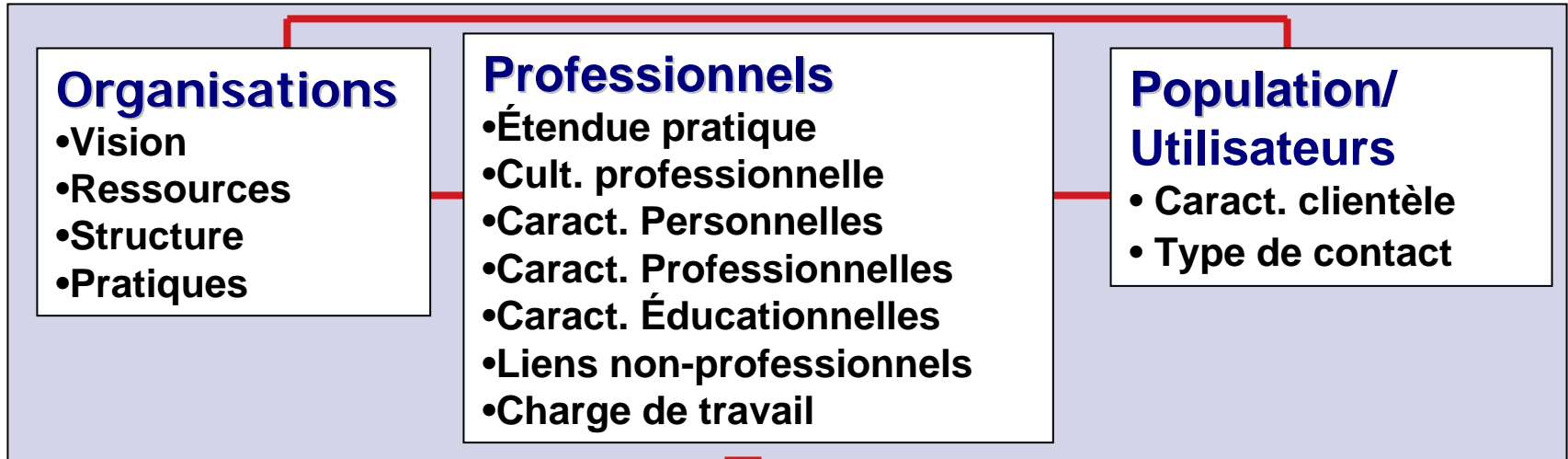
Les niveaux de collaboration

(D'Amour et al., 2003)

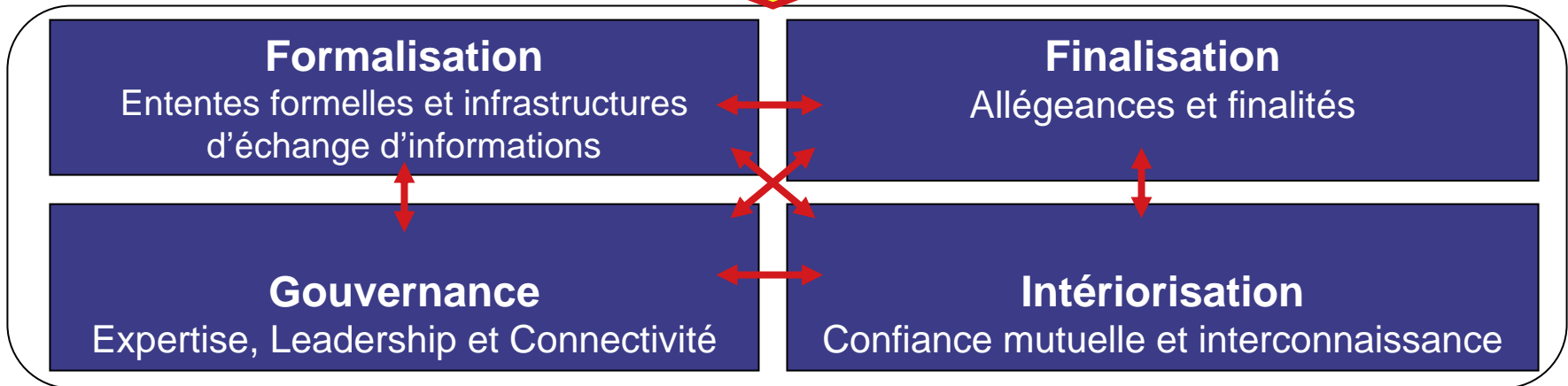
- **Collaboration en action**
 - Forte et active
 - Leadership partagé et consensuel
 - Confiance ancrée
- **Collaboration en construction**
 - Confuse
 - Leadership diffus et éclaté
 - Confiance en développement
- **Collaboration en inertie**
 - Absente
 - Leadership non consensuel
 - Confiance absente

Contexte général

Localisation, taille/densité, Culture de société, Disponibilité infrastructures



Collaboration



Accessibilité, Continuité, Satisfaction de la clientèle, Attraction/rétention des professionnels

Méthodologie

Devis de recherche qualitatif constructiviste

On cherche à comprendre la collaboration interprofessionnelle à partir de la perception et l'expérience des acteurs du terrain

Collecte des données

- Entrevues individuelles semi-structurées
 - Durée de 35 à 120 min

- Population ciblée: Professionnels de la santé et autres membres du personnel qui sont impliqués dans les services à la clientèle.

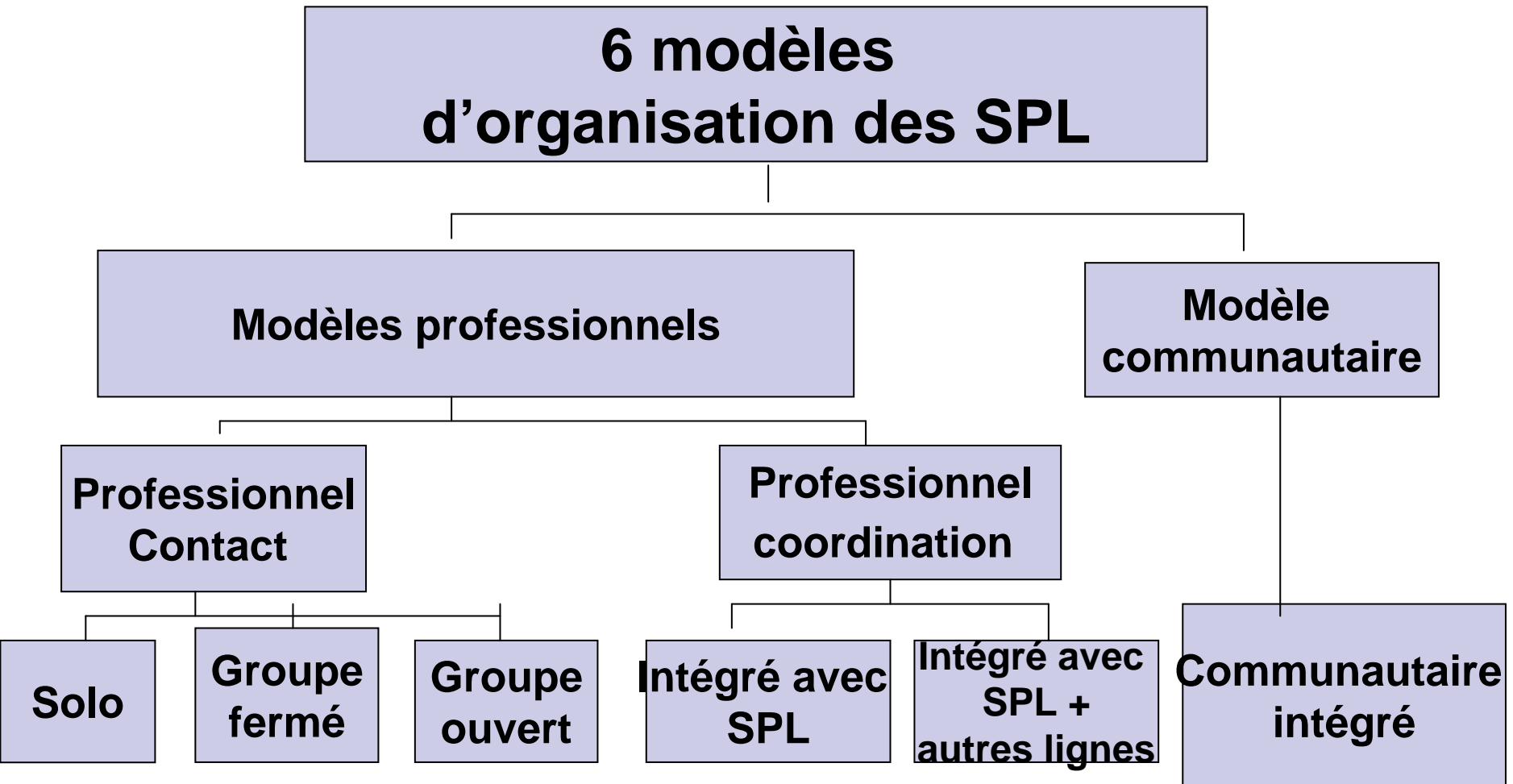
Analyse des données en 2 modes

- Approche principalement inductive à partir des transcriptions d'entretiens avec NVivo 2 ©
- Approche déductive: utilisation du cadre théorique la collaboration interprofessionnelle adapté des travaux de D'Amour et al. (2003).

Sélection des sites

- Représentativité des régions
 - (Gaspésie, BSL, Côte-Nord)
- Représentativité de l'éloignement p/r aux grands centres (urbain éloigné, rural isolé, rural éloigné)
- Représentativité des modèles
 - (Contact-groupe fermé, solo, coordination et comm. intégré)
- Représentativité des performances (projet #3)
 - (Très performant à peu performant)
- Facilité d'accès aux informateurs-clés
 - Font partie de l'équipe de 1^{ère} ligne

Taxinomie des modèles d'organisation des services de première ligne (SPL)



Échantillonnage

Méthode: Choix raisonné
et « boule de neige »

Sélection dans 14 sites différents
Regroupés dans 4 CSSS
(rural éloigné, rural isolé, urbain
éloigné)

29 participants

- Personnes-ressources identifiées par un autre projet du programme de recherche
- Proches collaborateurs identifiés par ces personnes-ressources



Dans 3 régions

Bas-St-Laurent, Gaspésie
et Côte-Nord

S'inscrivant dans 4 types de modèle de SPL
Solo, contact, coordination,
communautaire intégré

Participants

29 entrevues individuelles semi-structurées :

- **19 ♀, 10 ♂**
- **Âge moyen** : 45 ans (sd 7,9)
- **Nb années d'exp. professionnelle** : 21,9 ans (sd 8,9)
- **Nb années d'exp. dans le milieu**: 16,4 ans (sd 8,9)
- **Formation universitaire**: 62%

10 médecins (cabinet privé, clinique, CLSC, GMF)

10 infirmières (3 SAD, 2 liaisons, 4 première ligne, 1 gestionnaire),

4 travailleurs sociaux (1 liaison),

4 secrétaires,

1 nutritionniste

Plusieurs sont originaires de la région ou d'un autre milieu rural

Résultats

Le point de vue des participants sur

Le contexte général des milieux ruraux québécois

- La ruralité est plus favorable aux rapports sociaux conviviaux: Tout le monde se connaît. Les professionnels ont une grande connaissance de la clientèle et du milieu
- Les relations interprofessionnelle et les échanges d'informations ont un haut niveau d'informalité
- Les petits milieux et nombre restreint d'intervenants augmentent les interactions entre les intervenants et favorise la continuité « *Elle sait qu'on va s'en occuper* »
 - Altruisme, solidarité: une culture de soutien social
- Localisation
 - Défi de la communication à distance

Résultats

Le point de vue des participants sur

L'axe organisationnel

- La vision:
 - Tous sont préoccupés par la qualité des services offerts (médecin solo ou en CLSC): ne laisseront pas les gens dans le besoin si vulnérables et sans md de famille
- Les ressources
 - Grande variabilité des équipes de première ligne selon les personnes et les sites (ex. : md en solo + secrétaire; md et inf en GMF)
 - Horaire et disponibilité des ressources humaines
 - « Tout va bien pendant les heures ouvrables... »
- Les structures:
 - Ne désirent pas de structures formelles pour des rencontres interprofessionnelles (grMD); manque d'incitatifs financiers. Les autres en souhaitent +
 - La création des CSSS

Résultats

Le point de vue des participants sur

L'axe organisationnel -suite-

- Les pratiques
 - La **collaboration** dans la pratique améliore l'atmosphère de travail, diminue le fardeau de la tâche, partage des responsabilités, donne l'impression d'être plus efficace, d'avoir un meilleur contrôle de la situation et favorise la formation continue.
 - La **satisfaction de la clientèle** est en grande partie dû à la grande connaissance de leur clientèle et aux interfaces de pratique élargies des MD (« plus de prise en charge qu'en ville »), vont plus loin avant de référer
 - Md et inf. disent avoir un rôle plus élargi qu'en milieu urbain: une **véritable pratique professionnelle**: beaucoup de défis et d'autonomie, très stimulante et peu routinière.

Résultats

Le point de vue des participants sur

L'axe organisationnel -suite-

- Les pratiques (suite)
 - Les protocoles: contribue à la qualité des soins pour un accès plus rapide et un meilleur suivi (surtout selon le pt de vue des infirmières)
 - Conditionnels à la volonté des médecins et à la présence d'un leadership infirmier affirmé et reconnu
 - Absence de protocole n'est pas un problème si disponibilité médicale par téléphone 24/7
 - **Inquiétude face à l'avenir**: la pratique des nouveaux médecins change et la population vieillit + problèmes sociaux : pauvreté et chômage

Résultats

Le point de vue des participants sur

L'axe professionnel

- La culture professionnelle
 - Influent majeur de la collaboration
 - Méconnaissance des rôles des autres professions
 - Confusion autour du leadership
 - MD leader des équipes interdisciplinaires, mais peu disponible...
- Le travail se construit mais les médecins restent en marge
- Solidarité des spécialistes des milieux urbains vis-à-vis leurs collègues des milieux ruraux
- Collégialité dans les rapports professionnels
- **La fragilité de l'offre de services en fonction des personnes en place. Départ à la retraite...**

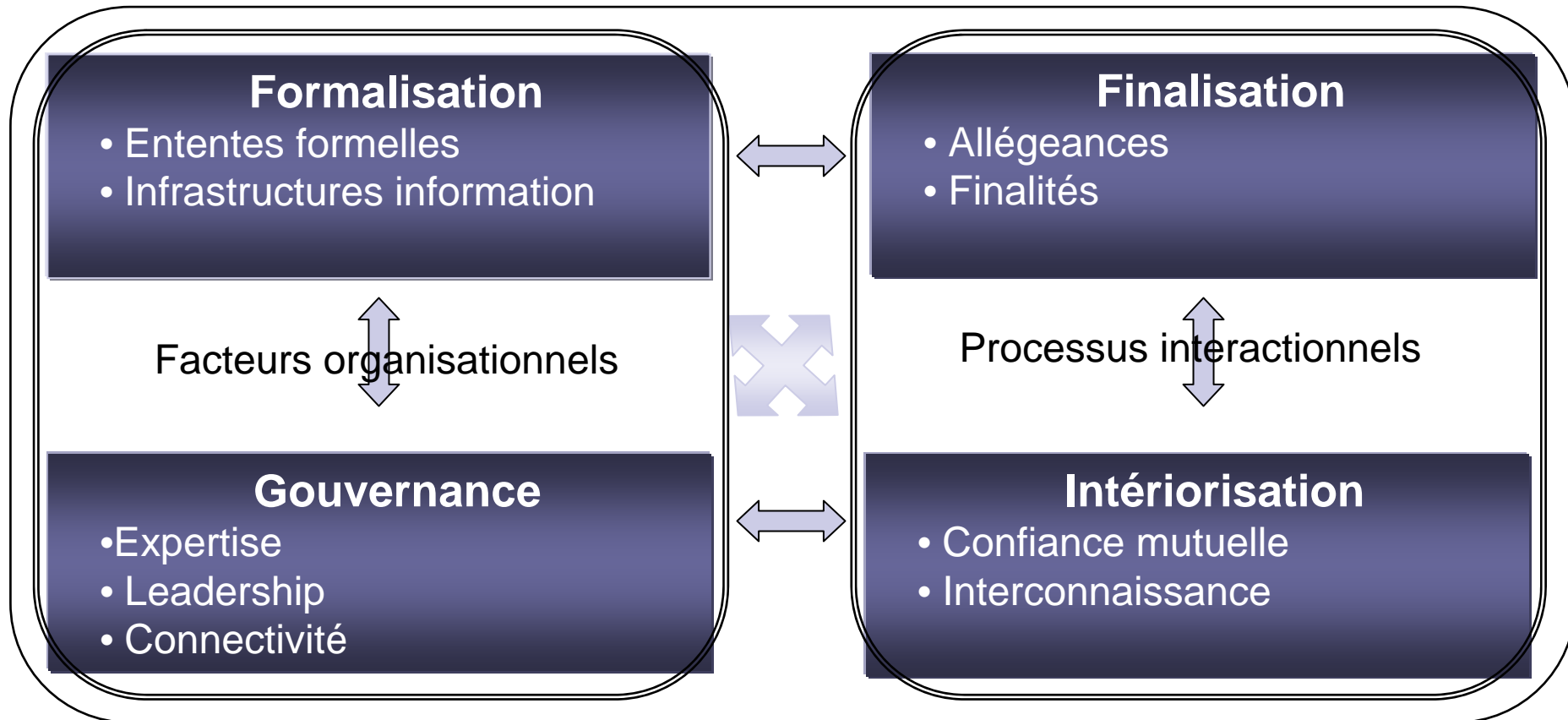
Résultats

Le point de vue des participants sur

L'axe population et utilisateurs

- La collaboration = nécessité
 - Pour tous les milieux rencontrés:
 - Problématique de santé et sociales complexes...
 - Populations vulnérables
 - Géro-geriatrie, périnatalité
 - Soins à domicile, dont soins palliatifs
 - En milieu isolé: les cas aigus ou urgents
 - Approches par programme, par type de clientèle, projets cliniques
 - Composition des équipes varient selon situations

Résultats en fonction des dimensions de la structuration de la collaboration



D'Amour et Oandasan(2005)

Résultats

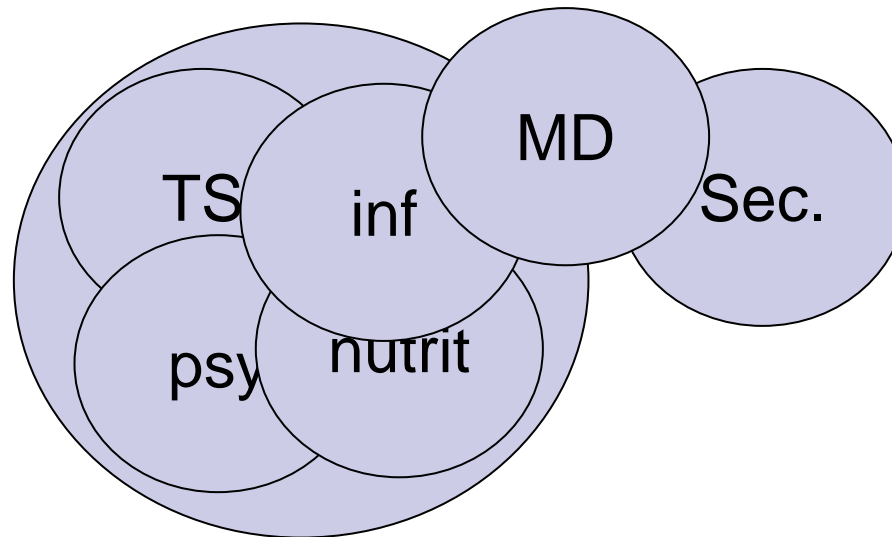
Le point de vue des participants sur

Les dimensions de la collaboration

Facteurs organisationnels

La gouverne

Confusion dans le leadership...il y a l'équipe interdisciplinaire...
et les médecins en marge



La concertation est généralement faible partout. Rencontres et décisions ponctuelles

Les dimensions de la collaboration

La formalisation

Haut niveau d'informalité (Collégialité des rapports professionnels)
Plus formelle entre les professionnels qui ne sont pas médecins
La formalisation doit être proportionnelle à la disponibilité (peu de protocoles)

Processus interactionnels

L'intériorisation

Solidarité des spécialistes des milieux urbains vis-à-vis leurs collègues des milieux ruraux
Grande interconnaissance . Confiance =élément clé

La finalisation

Fortement axées sur la clientèle
Responsabilité populationnelle (Comm.intégré)

Quelques constats...

- **Qu'avons nous appris sur la collaboration en région?**
- La collaboration n'est pas un bloc monolithique
 - Elle varie en fonction des professionnels, des services, de la clientèle et des personnes en place
 - La collaboration demeure toutefois « en construction » la plupart du temps.
 - Elle n'est pas observable dans tous les aspects de la pratique.
 - L'urgence est une porte d'entrée importante de la 1^e ligne
- Ce sont les défis liés à la clientèle qui rallient tous les acteurs vers la collaboration (finalisation) à la condition qu'il y ait un lien de confiance.
- **Les infirmières sont « *gardiennes* » de la collaboration interprofessionnelle**
 - Les mots employés**
 - Chez les infirmières et TS: ***gestion de cas, collaboration, pivot, travail interdisciplinaire***
 - Chez les médecins: ***lourdeur des procédures, liens avec les spécialistes***

Projet de recherche #2

Étude de cas d'un GMF de 1^e
vague sur la pratique infirmière en
contexte d'interdisciplinarité

Un modèle de collaboration interprofessionnelle en groupe de médecine de famille (GMF)

Projet associé au **RATSPL** de l'ULaval

Équipe de recherche: Hélène Sylvain, Jacques E.Girard,
Michel Labrecque, Josée Gauthier & Danielle Roy

Financement: FUQAR

Les objectifs de la recherche

- Définir les assises de la pratique infirmière au sein du GMF
- Clarifier la notion de collaboration dans un contexte d'interdisciplinarité
- Identifier les leviers et les obstacles liés à la collaboration et à la pratique infirmière en GMF

Collecte des données

1 Entretiens semi-structurés

réalisés **entre juin 2002 et avril 2003**

- Entretiens individuels (9 entretiens + 9 entretiens de validation par téléphone)
- Entretiens de groupe (3 entretiens de validation)

2

Données secondaires issues des entretiens (verbatim) faits par le MSSS en mars 2004 au même GMF

- 9 entretiens individuels

Les participants à l'étude

n=10

3 groupes de professionnels

Infirmières (5)

- Détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières
- Expérience de travail variant de 3 à 26 ans

Médecins (3)

- Expérience minimale de 9 ans
- Pratiquent en établissement multivocationnel

Gestionnaires (2)

- Scolarité de deuxième cycle
- Expérience moyenne en CLSC de 20 ans

**P
h
a
s
e
1**

Les participants à l'étude

n=9

3 groupes de professionnels

**P
h
a
s
e
2**

- Infirmières (2)
 - Détentrices d'un diplôme universitaire
 - Travaillent depuis le début en GMF
- Médecins (4)
 - Travaillent depuis le début en GMF
- Gestionnaires locaux ou régionaux (3)
 - Associés à ce GMF

Les résultats

Obj.1. La pratique infirmière autonome

- **Deux orientations sont mises en lumière, selon la vision des inf. ou des MD (T1):**
 - Une pratique axée sur les besoins de la clientèle
 - Une pratique axée sur l'organisation du travail
- **Les fonctions de promotion, prévention, d'enseignement et du soin technique sont reconnues comme le centre de la pratique infirmière autonome**

La pratique infirmière autonome

Temps 1

- Influencée par :
 - les valeurs et les croyances organisationnelles (CH vs CLSC)
 - une volonté d'affirmation
- Permet de potentialiser la pratique infirmière
- Soutenue par :
 - la reconnaissance de la compétence
 - le lien de confiance

Temps 2

- Influencée par :
 - Le leadership et le **professionnalisme** des infirmières
 - Une pratique d'affirmation (**collaboratrices**)
- Un rôle élargi de la pratique infirmière : *l'importance des suivis systématiques; prise en charge des problématiques particulières*
- Soutenue par :
 - la reconnaissance de la compétence
 - le lien de confiance

Obj.2. Le contexte de collaboration

- Travail de collaboration aux modalités fonctionnelles souples à instaurer
 - Temps 2: Réunions md/inf q15 jrs
- Au centre de l'intervention chez la clientèle vulnérable
 - Développement et implantation de suivis systématiques en collaboration md/inf.
 - Enseignement

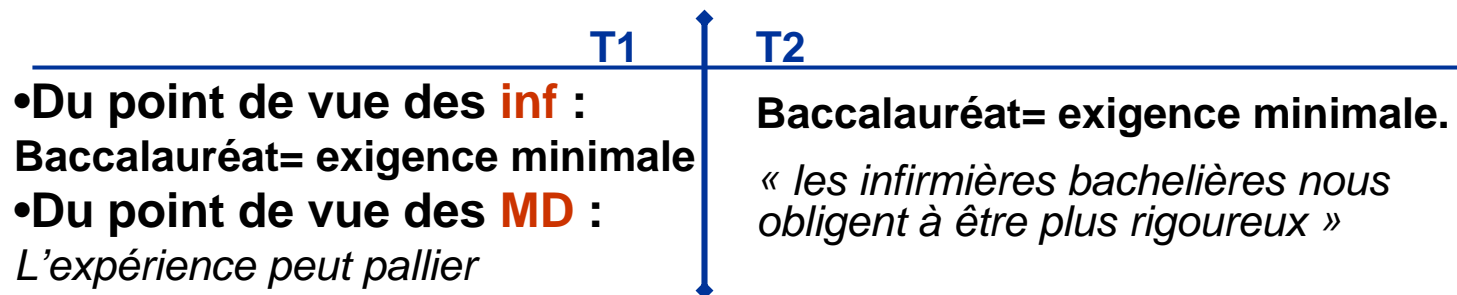
Conditions facilitant la collaboration

Attitudes

- **Confiance**, communication, respect, relations non hiérarchiques, reconnaissance de compétence

Compétences

- Habilités:
 - Professionnelles et personnelles
- Connaissances:
 - Formation et expérience (CLSC, urgence)



Les leviers et les obstacles

Temps 1

Les leviers

Pour la clientèle :

- meilleure qualité de suivi
- service personnalisé

Pour les professionnels

- émancipation du rôle infirmier
- impact significatif au niveau du travail médical

Temps 2

Les leviers

Pour la clientèle :

- meilleure accessibilité (+d'hr)
« inscription a créé un lien plus étroit »
- patients mieux informés

Pour les professionnels

- pratique du rôle infirmier élargi: se positionne comme collaboratrice
- impact significatif au niveau du travail médical: se centre sur leur rôle

Les leviers et les obstacles

Temps 1

Les obstacles

- Une surcharge de travail anticipé pour l'infirmière
- Ambiguïté sur les champs de compétence et le rôle infirmier en GMF

Temps 2

Les obstacles

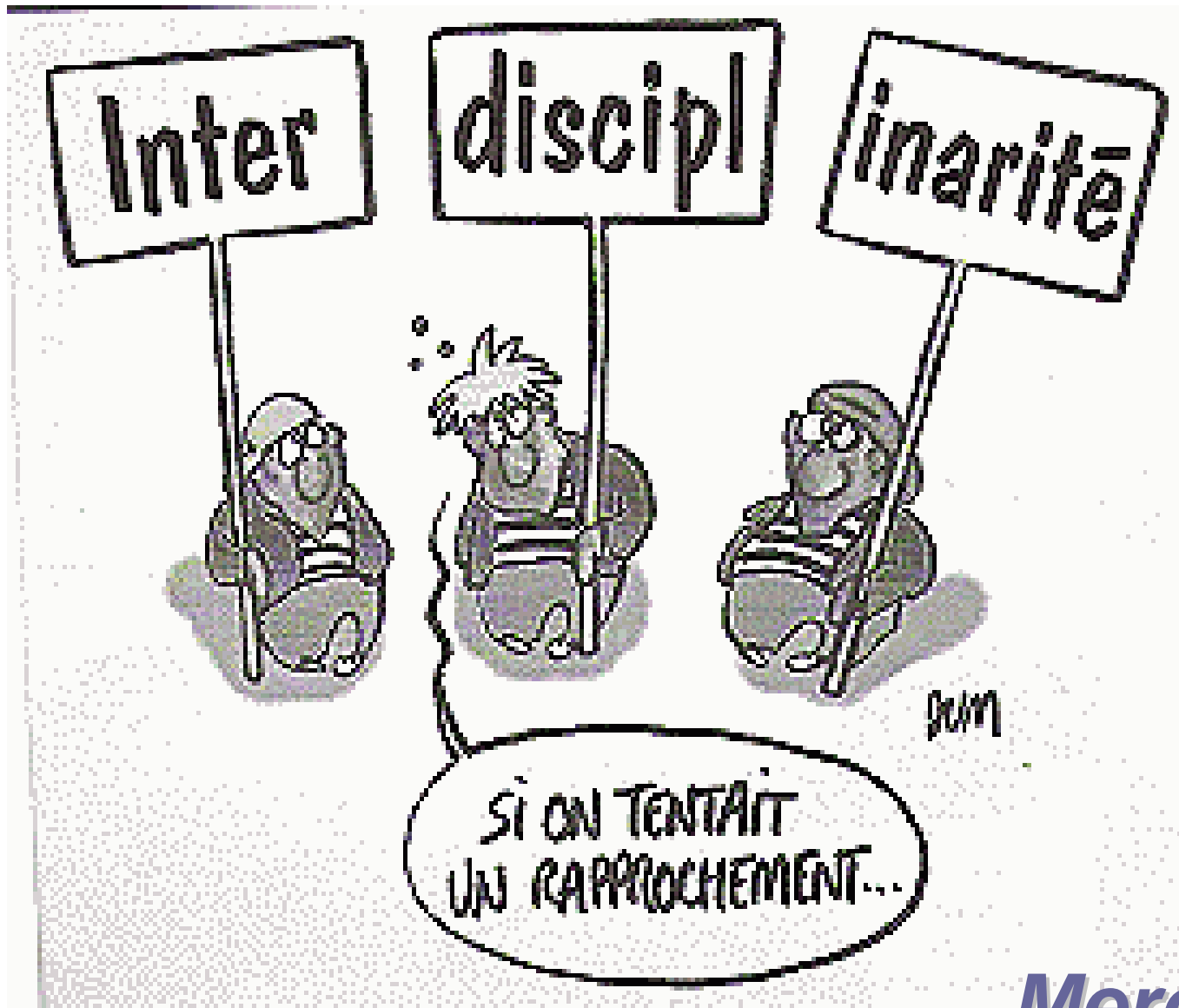
- Mode de rémunération des md et lieu de pratique (clinique privée)
- Le manque d'intégration à l'équipe (au début)
 - « *L'absence des infirmières dès le début du processus d'implantation peut retarder l'intégration* ».
- La méconnaissance du rôle infirmier
- Le manque d'infirmières...
 - « *une 3^e pour développer des outils et augmenter leur autonomie* »

Discussion

- Nos résultats ressortent l'importance des attitudes et de l'interaction dans les relations interprofessionnelles
- T2 → une grande satisfaction = collaboration accrue (Baggs, 1994)
- Malgré tout l'avancement reconnu dans cette étude, l'étendue de l'autonomie infirmière demeure encore tributaire de la **volonté des médecins**, de leur ouverture, de leur intérêt.
- Le processus central « **travailler ensemble** » (Grounded theory de Baggs & Schmitt, 1997)

En conclusion

- Collaboration interprofessionnelle est devenue incontournable.
- Nécessite un changement de paradigme pcq cette pratique a des valeurs, des codes de conduite et des façons de travailler différents (D'Amour & Oandasan, 2005).
- Dépasser la volonté des personnes
 - Une clé majeure: la socialisation des rôles au cours de la formation
 - Promotion de la formation universitaire pour tous les membres de l'équipe interdisciplinaire, notamment les infirmières
 - Synergie entre la formation et la pratique sur l'apprentissage et la pratique collaborative.



Merci!