



Titre du projet :

Les effets de la collaboration interorganisationnelle sur les services, la santé et la réactivité en périnatalité

Chercheurs(res) :

D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.F.

Objectif(s) du projet :

1) Analyser des modèles de continuité des soins en périnatalité et 2) déterminer les effets de ces modèles sur la santé de la mère et des nouveau-nés, sur les services et sur la réactivité.

Hypothèses ou questions de recherche :

1) Plus grande est l'intensité de l'intégration des services, plus grande est la collaboration et plus importants sont les effets sur la santé de la population et sur l'efficacité des services. Ces variables sont influencées par l'environnement socio-politique et par le réseau et 2) les modèles de continuité des soins varient selon la nature des problèmes que présente la clientèle: un modèle hospitalo-centrique serait mieux adapté à la prise en charge des problèmes nécessitant une intervention médicale (ex. l'ictère du nouveau-né) alors qu'un modèle communautaire le serait davantage aux problèmes nécessitant un soutien dans la communauté (ex. difficultés d'allaitement)).

Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

Les modèles de continuité entre l'hôpital, les CLSC, les cliniques médicales privées et les organismes communautaires ont été étudiés dans quatre régions socio-sanitaires du Québec.

Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fondent votre recherche :

L'analyse stratégique et l'approche organisationnelle qui tente de comprendre la structuration d'une action collective ont servi à développer un modèle de structuration de la collaboration qui a été opérationnalisé et dont les résultats sont mis en relation avec des mesures d'effets dans la population selon une perspective épidémiologique.

Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels portent votre projet :

Vision ou culture organisationnelle (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

Une des variables à la base de l'intégration des services est la capacité d'un groupe de professionnels de divers établissements de se doter d'une vision claire et de buts communs

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

Leadership émergent et décrété et différents types de leadership: politique central, politique local et d'expertise. Formalisation comme élément pour stabiliser les stratégies des acteurs et rendre explicites les attentes

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Intégration administrative et clinique : Partage des responsabilités dans les processus cliniques

3. Autre :

Connectivité et infrastructure d'information

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Médecins, infirmières, gestionnaires et personnes ressources des organismes communautaires

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

Complémentarité versus dédoublement des services entre les diverses organisations impliquées

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Structuration de la collaboration entre des professionnels de différentes organisations

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Services offerts en périnatalité, à la période postnatale: Appel téléphonique, visite à domicile, rendez-vous médical pour le suivi des situations normales de soins. Utilisation des services pour les problèmes de santé du nouveau-né (avec une attention particulière portée à l'ictère du nouveau-né) et pour les difficultés d'allaitement. Dédoublement des services (visite à domicile et rendez-vous médical). Services offerts par les organismes communautaires (ex. soutien à l'allaitement)

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Connectivité, concertation, formalisation, infrastructure d'information

5. Autre

Effets

1. Profil d'utilisation

Réadmission du nouveau-né et visites à l'urgence (toutes causes); pour l'ictère du nouveau-né et les causes de réadmission et de visite à l'urgence, profil détaillé du suivi et de l'utilisation des services.

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Accessibilité, continuité, réactivité (qualité de l'information et appréciation par les mères des services reçus)

3. Santé

Santé du nouveau-né, santé mentale de la mère et allaitement

Stratégie de recherche:

Analyse des effets, analyse des modèles de continuité des soins mis en place et analyse des contextes d'émergence.

Variables à l'étude :

Étude de cas multiple avec comparaison. Un cas est défini comme la collaboration dans la dispensation des services entre les organisations en périnatalité d'une région socio-sanitaire. Quatre cas ont été étudiés. Ils ont été sélectionnés au départ sur la base des modèles de continuité en place: modèle hospitalo-centrique, modèle centré sur la communauté et modèle ambulatoire mixte. Les variables à l'étude sont les variables indépendantes reliées 1) à la structure du réseau et à l'organisation et 2) aux processus de collaboration. Les variables dépendantes sont les variables d'effets reliées à la qualité de la prise en charge soit: les services à la mère et au nouveau-né (continuité, accessibilité, dédoublement), la santé du nouveau-né (problèmes de santé, visites à l'urgence et réadmissions) et de la mère (santé mentale), l'allaitement et la réactivité (cohérence de l'information et appréciation des services). Les variables concomitantes sont les variables mesurant le profil socio-démographique et économique de la clientèle.

Type de devis

Étude de cas multiple à deux volets: un volet qualitatif qui porte sur les modèles de continuité des soins et un volet quantitatif qui consiste en une enquête épidémiologique auprès des mères.

Échantillon (type d'échantillon, taille des effectifs)

Volet qualitatif: 33 entrevues semi-dirigées dans quatre régions socio-sanitaires du Québec. Volet quantitatif: population à l'étude de 1236 mères (500 dans la région 1, 250 dans la région 2, 250 dans la région 3 et 236 dans la région 4..

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Pour les variables indépendantes, entrevues semi-dirigées comportant les indicateurs suivants: 1) caractéristiques du réseau (Alter & Hage, 1993); 2) caractéristiques des établissements (Goulet et al., 2001); 3) processus de collaboration (D'Amour, 1997), comprenant quatre dimensions: finalisation, intériorisation, formalisation, gouverne. Pour les variables dépendantes et concomitantes: questionnaire aux mères développé et adapté (Goulet et al., 2001) comprenant des indicateurs reliés à la phase prénatale, au séjour hospitalier et à la phase postnatale. La santé mentale de la mère a été mesurée à l'aide de l'échelle CES-D abrégée (12 items) (Jenkins & Kearing, 1999). Les entrevues téléphoniques avec les mères ont été réalisées un mois après l'accouchement.

Type d'analyse (quantitative, qualitative, triangulation) :

L'analyse qualitative et quantitative ont été conduites parallèlement. Une analyse interne de chaque cas a été menée, suivie d'une analyse transversale. L'analyse qualitative a permis de développer une typologie de la collaboration qui sert à positionner une situation réelle par rapport à une situation désirée. Pour l'analyse quantitative, nous avons utilisé une méthode qui permet d'ordonner les régions en se basant sur les différences significatives, d'un point de vue statistique, qui ont été mesurées pour chacun des indicateurs d'effets. Pour synthétiser l'information et pour avoir une vision globale de la situation, nous avons eu recours à un outil graphique.

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Juin 2001- Janvier 2003

Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :

Constats généraux

•La capacité des professionnels à structurer une action collective ressort comme la variable la plus importante pour assurer la continuité des services. La mise en place des réseaux intégrés passe nécessairement par le niveau micro où les processus de structuration des relations entre les individus constituent une voie incontournable. La forme d'action collective dont nous parlons est la mieux décrite par le concept de collaboration.

•La recherche a permis de dépasser ce constat, qui n'est d'ailleurs pas nouveau, et de construire, à partir des données empiriques, un cadre qui permet à des gestionnaires et à des professionnels d'analyser la collaboration entre les professionnels de différentes organisations (CH, CLSC, cliniques privées) selon quatre dimensions et d'en ressortir une cartographie qui indique les écarts à un modèle souhaité.

•Des résultats a émergé une typologie de la collaboration : la collaboration en action, la collaboration en construction et la collaboration en inertie. Cette typologie constitue une étape dans l'élaboration d'un cadre d'évaluation de la collaboration. Pour plus d'information: http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Etu_comp_col.pdf

Principaux constats quant à la collaboration

•Les régions qui affichent un degré de collaboration interorganisationnelle plus important, exercent nettement plus de leadership aux niveaux régional et local. Les leaders des différents types d'organisation à différents niveaux ont un rôle primordial et doivent se questionner sur l'ouverture de leur organisation vers l'extérieur.

•Aucune des régions n'est vraiment arrivée à réconcilier les allégeances des différents acteurs. D'une part, les régions où l'on retrouve le plus de collaboration entre les hôpitaux et les CLSC ne sont pas arrivées à intégrer les médecins des cliniques privées, on le voit par le dédoublement des services. D'autre part, les milieux qui démontrent le moins de collaboration sont les milieux où les centres hospitaliers n'ont pas transféré leurs responsabilités de suivi postnatal vers la première ligne.

•Des mécanismes doivent être mis en place pour que les professionnels des différentes organisations apprennent à se connaître et à se faire confiance. L'importance de cette dimension dépasse largement la notion de structure et s'inscrit essentiellement dans les rapports entre humains de différentes organisations. Lorsque les professionnels des différentes organisations ne se connaissent pas, ils manifestent de la réticence à faire confiance à l'autre. Les questions de compétence et d'imputabilité sont largement évoquées. La reconnaissance de la notion d'équipe dans « l'équipe virtuelle inter-établissements » n'est pas intégrée partout.

Principaux constats quant aux effets de la collaboration

•Les régions qui présentent la plus grande intensité de collaboration interorganisationnelle (collaboration en action) sont les plus performantes en matière de services. Elles fournissent les services les plus accessibles et les plus continus tant en prénatal qu'en postnatal.

•Les régions qui présentent la plus grande intensité de collaboration interorganisationnelle sont les plus performantes en terme de réactivité. Elles offrent l'information la plus satisfaisante et les services les plus appréciés, sauf pour une région où 15% des mères jugent que la visite à domicile est effectuée trop rapidement (dans les premières 24 heures suivant le congé).

•L'intensité de la collaboration interorganisationnelle n'est pas liée à la santé de la mère et du nouveau-né, dans notre étude. L'hypothèse d'un modèle optimal qui diffère selon la nature des problèmes et des besoins de la clientèle n'a pas été vérifiée. Le niveau socio-économique demeure un déterminant majeur de l'état de santé. Par conséquent, des interventions plus ciblées pourraient, dans certains cas, être plus indiquées que des interventions plus rapides.

•Le dédoublement des services est plus important dans les régions où il y a le plus de collaboration entre l'hôpital et les CLSC. Ceci peut s'expliquer par la difficulté d'intégrer les médecins. Le dédoublement des services soulève la question de l'efficacité du suivi postnatal.

Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :

| | Peu | Moyennement | Énormément | S.O.* |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur : | | | | |
| • Le devis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur : | | | | |
| • La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Décrivez les éléments contraignants : Il est très difficile d'intégrer les médecins des cliniques médicales privées au réseau pour des questions d'incitatifs financiers. Il est aussi difficile d'intégrer les organismes communautaires pour différentes raisons notamment le sentiment d'une menace et le manque de confiance. Le manque de consensus et de clarté des lignes directrices en pédiatrie quant au suivi postnatal.</p> | | | | |
| <p>Décrivez les éléments facilitants : Le leadership et l'ouverture des milieux à partager les responsabilités et à agir en complémentarité</p> | | | | |

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

FCRSS, FRSQ, MSSS du Québec, AÉTMIS, 2 régions socio-sanitaires

Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:

Tournée de départ des quatre régions pour s'assurer que le projet correspondait aux attentes des décideurs. Cete tournée réunit les professionnelles des milieux hospitaliers, des CLSC et des Agences régionales. Participation des quatre régions à l'adaptation du questionnaire pour s'assurer que ce dernier comportait l'information nécessaire aux décideurs. Tournée des quatre régions pour discuter des résultats de la recherche et discuter des enjeux particuliers à chaque région. Participation à des colloques et congrès scientifiques. Implication d'étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} cycles qui diffusent aussi ces résultats par leurs travaux de recherche et leurs présentations scientifiques.

Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

| DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques) | RETOMBÉES |
|---|--|
| Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales) | La question de départ portait sur les modèles de continuité des soins et l'existence d'un modèle optimal. Bien que cette question reste pertinente, nous avons poussé plus loin l'analyse qui nous révèle que les modèles de continuité sont en lien avec l'état de la collaboration. Les décideurs qui élaborent les politiques concernant la mise en réseau pourraient référer à cette étude qui identifie les facteurs micro-méso et macro qui influencent la collaboration dans les réseaux. Trop souvent, la mise en réseau se fait dans des contextes où l'on ne tient pas suffisamment compte des acteurs. Le résultat de la recherche a aussi permis d'élaborer un outil de diagnostic de la collaboration qui peut être utilisé dans l'analyse des réseaux notamment des nouveaux réseaux des services de santé et sociaux. Un autre résultat important de cette recherche est la mise en relation des niveaux de la collaboraiton sur les effets de la collaboration. Une recension des écrits conduites récememnt révèle que l'on possède très peu d'information sur les effets de la collaboration. La présente recherche montre que les effets sont présents sur les services et sur la réactivité. |
| Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.) | Les gestionnaires des services de santé pourront utiliser la typologie de la collaboration accompagnée d'une définition opérationnelle des 10 variables identifiées et pourront poser un diagnostic sur la collaboration dans leur milieu. À l'aide du diagramme de Kiviatt, ils pourront identifier les zones d'amélioration pour optimiser la collaboration. |
| Associations / ordres professionnels | Les ordres professionnels pourraient bénéficier de cette lecture pour mieux comprendre l'importance du partage consensuel des responsabilités et pour amorcer une réflexion sur la pertinence de développer des cadres d'imputabilité interprofessionnelle en plus de ceux existants au sein d'une seule profession. |
| Groupes communautaires | Ce que nous avons appris est que les groupes communautaires ne sont pas suffisamment impliqués dans les services en périnatalité dans les quatre régions à l'étude. Cet état de fait semble relié à un esprit de compétition entre les organisations, à un manque de confiance ou encore à des enjeux syndicaux. |

Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?

Dédoublage ou complémentarité des services offerts en postnatal?

Les résultats de notre recherche et les échanges que nous avons eus lors de la tournée des régions ont mis en évidence une absence de consensus réel sur le partage des responsabilités entre les professionnels des CLSC et les médecins des cliniques privées pour le suivi postnatal dans les deux premières semaines suivant le congé, c'est-à-dire au-delà des premières 72 heures post congé qui correspond au délai prescrit pour une première évaluation du nouveau-né. Notre recherche soulève à nouveau le problème de l'intégration des médecins de clinique privée à un réseau de soins intégrés. Par conséquent, en documentant la perception qu'ont les médecins des cliniques privées de leur rôle en postnatal et l'importance qu'ils accordent à la collaboration inter-professionnelle, nous pourrions ainsi recueillir des éléments de réponse à cette question.

Principaux mots-clés :

Collaboration inter-organisationnelle; modèles régionaux de continuité des soins; périnatalité; effets sur la clientèle.