



**Projet pilote d'expérimentation d'une  
approche favorisant l'autosoin  
chez la clientèle des services courants  
en CLSC**

**RAPPORT FINAL**

Johanne Archambault, Isabelle Déry, Yvette Bourque,  
Line Saintonge et Louise Pronovost

Avec la collaboration de Micheline St-Laurent, Charles P.  
Leduc et Marjolaine Bonneville

Projet subvention par Santé Canada

**Avril 2007**

Recherche et rédaction : Johanne Archambault, Isabelle Déry, Yvette Bourque,  
Line Saintonge et Louise Pronovost

Ont collaboré à la réalisation de cette étude : Micheline St-Laurent, Charles P. Leduc et Marjolaine  
Bonnevillle

Pages de présentation pour le CIRE : Lyne Turcotte, agente administrative  
*Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement*  
(CIRE)

Révision linguistique pour le CIRE : Nancy Hamel, agente administrative  
*Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement*  
(CIRE)

Vous pouvez vous procurer ce document à l'adresse suivante :

Julie Pouliot, agente administrative  
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
(819) 562-9121, poste 47087  
jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-40-8 (PDF)  
Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2007  
Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada 2007

Note : Le rapport final de ce projet pilote a été réalisé en janvier 2002. Sa publication s'est toutefois faite en 2007.

© Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement



# TABLE DES MATIÈRES

Partie 1 : La description du projet d'expérimentation .....	8
1.1. Le contexte sociosanitaire de l'expérimentation.....	8
1.2. Les phases de l'expérimentation.....	9
1.3. Le rôle des différents acteurs de la phase 2 de l'expérimentation.....	13
1.3.1. <i>Le comité aviséur</i> .....	13
1.3.2. <i>L'infirmière</i> .....	14
1.3.3. <i>Les médecins</i> .....	16
1.3.4. <i>L'agente de liaison</i> .....	16
1.3.5. <i>Les clients</i> .....	18
Partie 2 : La collaboration interprofessionnelle .....	20
2.1. Le réajustement du mode d'initiation de la collaboration.....	20
2.2. Les stratégies de communication.....	22
2.2.1. <i>Le dossier du client</i> .....	22
2.2.2. <i>Les rencontres et les échanges téléphoniques entre les médecins et l'infirmière</i> .....	24
2.3. Les stratégies pour faciliter la coopération .....	25
2.4. Outil de réflexion sur la collaboration professionnelle entre les médecins et les infirmières .....	29
2.4.1. <i>La conception de la collaboration : un défi à surmonter</i> .....	29
2.4.2. <i>La conception de l'outil</i> .....	30
2.4.3. <i>Les fondements</i> .....	31
2.4.4. <i>Le processus d'élaboration de l'outil</i> .....	31
Partie 3 : L'approche d'autosoins.....	34
3.1. Le réajustement de l'approche d'autosoins.....	34
3.2. L'utilisation concrète de l'approche d'autosoins dans la phase 2 de l'expérimentation.....	35
3.3. Les stratégies utilisées par l'infirmière avec le client.....	37
3.3.1. <i>Une prise de contact optimale</i> .....	38
3.3.2. <i>Un partenariat axé sur la complémentarité</i> .....	39
3.3.3. <i>Une évaluation des capacités et des limites du client</i> .....	40
3.4. Outil d'évaluation du niveau d'autonomisation de la clientèle .....	40
Partie 4 : Les hypothèses issues de l'expérimentation .....	44
4.1. L'hypothèse 1.....	44
4.2. L'hypothèse 2.....	45
4.3. L'hypothèse 3.....	45
Partie 5 : Conclusion : Les retombées de l'expérimentation sur les professionnels et les clients ..	48
5.1. Les retombées pour les professionnels.....	48
5.2. Les retombées pour la clientèle .....	49
Références bibliographiques .....	52



## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : Les phases de l'expérimentation .....	10
Figure 1 : Illustration de « l'exploration structurée dans l'action » .....	12
Tableau 2 : Le profil des clients de l'expérimentation .....	19
Figure 2 : Le modèle de collaboration articulé autour de la triade médecin-client-infirmière .....	20
Figure 3 : Apports spécifiques du médecin et de l'infirmière et stratégies de collaboration.....	22
Figure 4 : La collaboration interprofessionnelle et certains de ses impacts .....	28
Figure 5 : La conception de l'autosoin utilisée lors de la phase 1 de l'expérimentation.....	34
Figure 6 : La conception de l'autosoin utilisée lors de la phase 2 de l'expérimentation .....	36
Figure 7 : Illustration des trois hypothèses .....	46



En guise d'introduction, il convient de donner un aperçu de la structure du présent rapport.

La **partie 1** du rapport trace à grands traits le profil de la phase 2 de l'expérimentation. Les **parties 2 et 3** du rapport présentent une description des données amassées dans le cadre du projet et les analyses en découlant. Les données proviennent : 1) des entrevues individuelles<sup>1</sup> réalisées auprès de l'infirmière et des médecins; 2) du journal de bord<sup>2</sup> de l'infirmière; 3) des notes prises par l'agente de liaison lors des séances d'accompagnement de l'infirmière; 4) des notes sur les rencontres avec le comité aviseur et 5) des informations contenues dans le dossier des clients suivis conjointement par les médecins et l'infirmière. La **partie 4** énonce les hypothèses pouvant être formulées à la lumière des données empiriques amassées lors de l'expérimentation et la **partie 5** identifie les retombées de l'expérimentation.

## **PARTIE 1 : LA DESCRIPTION DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION**

### **1.1. LE CONTEXTE SOCIOSANITAIRE DE L'EXPÉRIMENTATION**

Le projet pilote visait à élaborer et à jeter les bases d'une nouvelle forme de partage des expertises entre des médecins et des infirmières, de façon à favoriser davantage la prise en charge (autosoin) de sa santé par la clientèle des services courants de CLSC. Ce projet pilote a été subventionné par Santé Canada pour la période 1998-2000 et s'est déroulé dans l'un des points de service du CLSC de La Région-Sherbrookoise. Il convient de rappeler brièvement le contexte sociosanitaire qui a donné lieu à un tel projet.

Ce projet a été élaboré dans la foulée de divers changements survenus autant dans l'environnement externe du CLSC qu'à l'intérieur même de l'établissement. L'environnement externe était marqué par la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Cette transformation était axée, entre autres, sur le virage ambulatoire et le positionnement des CLSC comme véritables « portes d'entrée » du réseau. Au même moment, la réalité interne du CLSC se modifiait en raison du transfert, au CLSC, de l'Unité de médecine familiale (UMF) de l'Université de Sherbrooke, jadis installée au centre hospitalier. De plus, l'arrivée importante au CLSC d'infirmières formées en milieu hospitalier, dans le contexte du départ à la retraite de nombreuses infirmières expérimentées en santé communautaire, venait sérieusement modifier la nature de l'expertise infirmière disponible au CLSC. Un grand nombre d'infirmières expérimentées, faisant un usage quotidien des approches de soutien à l'autosoin, quittait subitement le CLSC.

Le projet pilote s'amorçait dans un environnement perturbé et les assises en matière « d'autosoin » s'avéraient passablement affaiblies. De plus, la restructuration du réseau occasionnait un accroissement important de la place occupée par les services médicaux curatifs dans les services courants de CLSC, accompagné d'une hausse de la clientèle et d'un abandon graduel des pratiques issues de l'approche communautaire propre aux infirmières de CLSC. On observait donc une pression accrue de la demande de services courants en CLSC de même qu'une prépondérance de dispensateurs de services appartenant davantage à une culture et à une philosophie de soins de type hospitalier. Ces éléments ont fait en sorte que le modèle de collaboration établi entre les médecins et les infirmières du CLSC s'apparentait désormais

---

<sup>1</sup> Des entrevues ont été conduites auprès des médecins de l'expérimentation et auprès de l'infirmière. Ces entrevues, semi-structurées d'une durée approximative d'une heure, ont été réalisées au cours des mois d'août, septembre et octobre 2000.

<sup>2</sup> Un journal de bord a été complété par l'infirmière entre septembre 1999 et mars 2000. Elle compilait l'information suite aux rencontres avec les clients et les médecins. De plus, elle inscrivait ses différentes préoccupations et questionnements en regard des cas suivis.

au modèle traditionnel présent dans les hôpitaux où l'infirmière « assiste » le personnel médical et où le volet « prévention-promotion » est moins présent. D'emblée, cette division du travail ne favorisait pas l'utilisation d'une approche communautaire axée sur un soutien à l'autoprise en charge de leur santé par les clients.

Selon les questionnaires et les intervenants, l'une des conséquences majeures de ces changements était une fréquentation accrue et intense du CLSC par une clientèle revenant constamment pour des problèmes de santé. Il apparaissait nécessaire pour le suivi efficace de ces clients, de mieux articuler les interventions médicales et infirmières. Il importait donc de réintroduire une approche d'éducation à la santé qui permettrait, à moyen terme, une plus grande autoprise en charge de leur santé par les clients.

La transformation des CLSC constituait donc un contexte propice à la mise sur pied d'une expérimentation visant la mise en place d'une nouvelle forme de collaboration médecin-infirmière. Cette collaboration visait à accroître la continuité et la globalité des soins aux clients ainsi que leur autonomie fonctionnelle en utilisant, de façon plus extensive, une philosophie de soins axée sur l'habilitation des clients. Le modèle mis à l'épreuve lors de l'expérimentation devait permettre l'amélioration de la capacité du client à s'adapter à son état de santé.

## 1.2. LES PHASES DE L'EXPÉRIMENTATION

Il apparaît important de spécifier que le projet pilote a comporté **deux phases d'expérimentation**, entrecoupées d'une période d'analyse. (voir le tableau 1) La période d'analyse qui a précédé la deuxième phase était consacrée au recueil et à l'analyse des perceptions des membres du comité avisé et des acteurs de l'expérimentation, de façon à revoir les orientations du projet pour la phase 2. Cette période d'analyse a également permis d'amorcer la phase 2 dans une perspective plus collective, c'est-à-dire sur la base d'une vision plus cohérente et intégrée des différents acteurs participants à l'expérimentation (membres du comité, infirmière de l'expérimentation, médecins...). Elle a également rendu possible divers réajustements au niveau du contenu de l'expérimentation et de l'organisation du comité avisé. Finalement, la réflexion sur la phase 1 a permis de pointer des écarts dans les perceptions des divers acteurs de même que plusieurs obstacles de nature organisationnelle, fonctionnelle, professionnelle, culturelle et conjoncturelle. La lecture de l'analyse de cette phase peut s'avérer pertinente pour ceux et celles qui souhaitent planifier des projets d'expérimentation des milieux de soins. De ce rapport préliminaire<sup>3</sup> portant sur la phase 1, nous ne retiendrons ici que les trois principales caractéristiques de l'expérimentation qui ont été modifiées pour la réalisation de la phase 2.

---

<sup>3</sup> Le rapport préliminaire est présenté à l'annexe 1.

**Tableau 1 : Les phases de l'expérimentation**

Phase 1 Expérimentation dans l'action (janvier - mai 1999)	Période d'analyse (mai - septembre 1999)	Phase 2 Exploration structurée dans l'action (septembre 1999 - mai 2000)
<p>Élaboration, dans l'action, d'un modèle de collaboration favorisant l'autosoin misant sur l'expertise de l'infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recrutement de clients sous l'initiative des médecins</li> <li>▪ Modèle de pratique avancée en soins infirmiers</li> <li>▪ Collaboration médecin-infirmière peu développée</li> </ul>	<p>Analyse des perceptions des divers acteurs impliqués dans le projet relativement aux orientations prises lors de la phase 1 du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des obstacles au succès de l'expérimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recrutement de clients sous l'initiative de l'infirmière</li> <li>▪ Modèle de pratique de l'infirmière en santé communautaire</li> <li>▪ Collaboration médecin-infirmière se développant dans la pratique clinique</li> <li>▪ Élaboration d'outils professionnels de soutien à la collaboration et d'autosoin</li> <li>▪ Introduction d'un agent de liaison pour faciliter la coopération entre les médecins et l'infirmière</li> </ul>

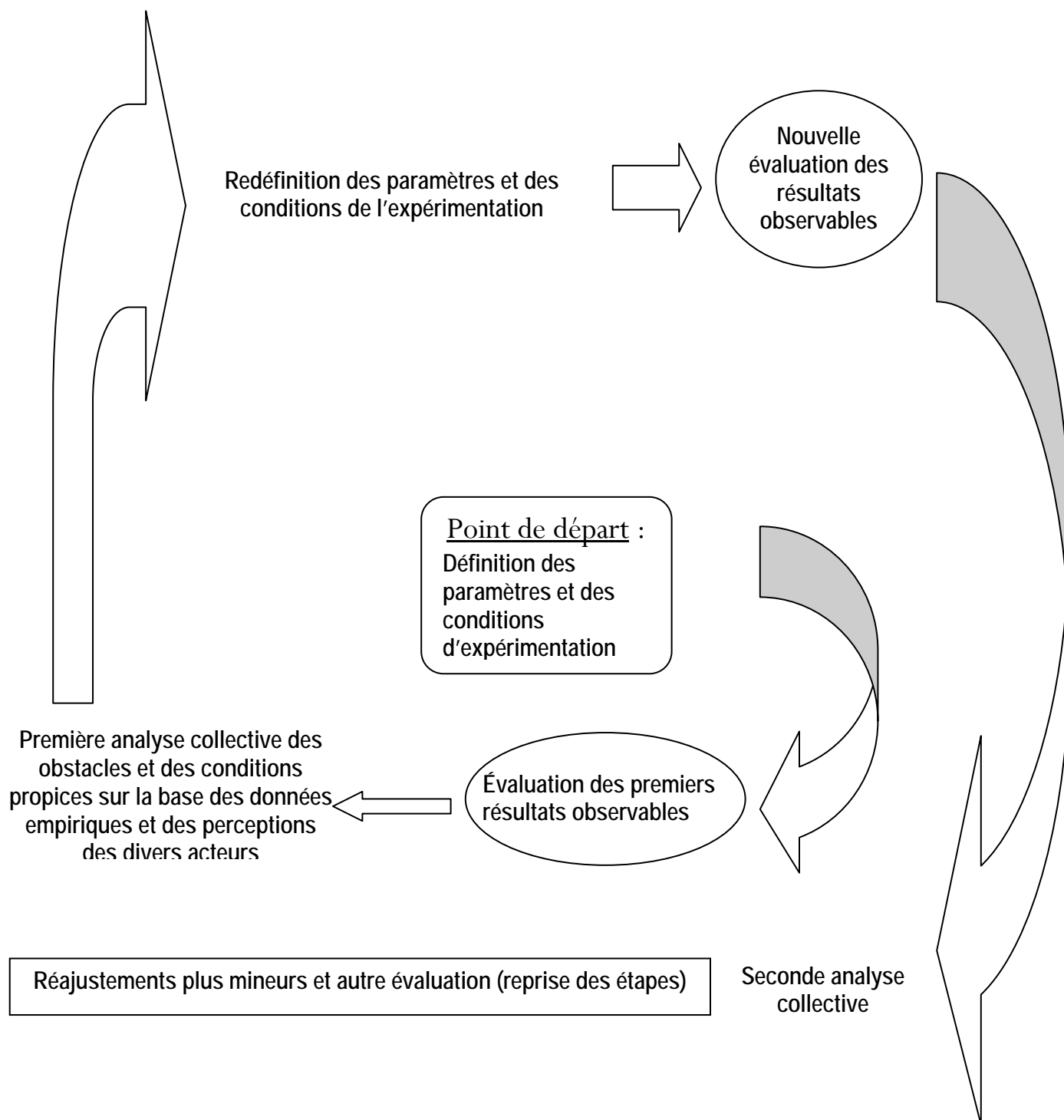
1. La **première caractéristique** modifiée concernait le **mode de sollicitation des clients** ayant participé à l'expérimentation. La première phase de l'expérimentation reposait sur un modèle de collaboration où les médecins avaient l'initiative d'intégrer des clients au projet alors qu'ils affichaient un certain scepticisme à l'égard du projet. De plus, le mode de collaboration proposé ne leur était pas familier. Dans la phase 2, l'initiative relevait de l'infirmière, qui était davantage convaincue de l'impact d'un nouveau mode de collaboration et qui possédait une expertise plus solide en matière d'autosoin. L'infirmière recrutait directement des clients ou encore, elle pointait des clients aux médecins traitants.
2. La seconde caractéristique transformée touchait au modèle de la pratique infirmière qui guidait l'expérimentation. Le modèle expérimenté lors de la phase 1 consistait en une mise à l'épreuve d'un modèle de pratique avancée en soins infirmiers communautaires (infirmière-experte). La tradition récente en matière de pratique avancée en soins infirmiers communautaires, du moins telle que théorisée et pensée actuellement, privait le projet d'assises solides. Lors de la phase 2, l'accent a été mis sur un modèle de coopération où le partage des expertises entre les médecins et l'infirmière s'établissait dans l'action et reposait sur une reconnaissance des savoirs et des pratiques différenciés. Bref, il s'agissait de passer « d'une position initiale d'infirmière-experte » à une reconnaissance de cette expertise dans l'action.
3. La troisième caractéristique modifiée du projet lors de la phase 2 concernait l'ajout d'une ressource professionnelle afin de soutenir les acteurs de l'expérimentation. On notait, lors de la phase 1, l'absence d'un soutien au processus de collaboration. Lors de la phase 2, on procédait à l'introduction d'un tiers dont la fonction était d'assurer une collaboration optimale en favorisant la circulation de l'information et une réflexion constante de tous dans l'action.

La compréhension des obstacles rencontrés lors de la phase 1 a permis de : 1) recadrer les objectifs visés par le projet; 2) reconfigurer le comité aviseur et redéfinir les rôles des membres; 3) raffiner les modèles de collaboration et d'autosoin dans l'action et 4) définir les besoins en matière d'outils de soutien à la

collaboration interprofessionnelle et à l'autosoin. Ces ajustements, qui auraient été impossibles sans une phase initiale d'exploration dans l'action, ont permis la réalisation d'une exploration plus structurée dans l'action lors de la phase 2.

Par « exploration structurée dans l'action », nous désignons la stratégie utilisée pour la réalisation de la phase 2 de ce projet. Cette stratégie repose sur un processus d'action-rétroaction en spirale, allant de la définition des paramètres et des conditions de l'expérimentation à l'évaluation des premiers résultats observables et à l'analyse collective des obstacles ou des conditions propices à l'atteinte des objectifs. Ce processus se répète plusieurs fois lors de l'expérimentation, de façon à amener de multiples ajustements, de plus en plus mineurs, des paramètres et des conditions d'expérimentation. L'adoption d'un tel processus est nécessaire lorsque l'objectif central est d'obtenir un modèle de fonctionnement optimal dans l'action, par opposition à un modèle théorique (voir la figure 1).

**Figure 1 : Illustration de « l'exploration structurée dans l'action »**



### 1.3. LE RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA PHASE 2 DE L'EXPÉRIMENTATION

Au terme de la phase 1 de l'expérimentation, un effort particulier a été fait pour revoir et clarifier davantage les rôles des diverses instances et acteurs impliqués dans le projet.

#### 1.3.1. Le comité aviseur

Un comité aviseur multidisciplinaire a assumé la supervision de l'expérimentation. Il était composé d'une professeure du Département des sciences infirmières (Line Saint-Onge), d'une infirmière et assistante au supérieur immédiat au CLSC ayant une longue expérience en santé communautaire (Marjolaine Bonneville), d'une infirmière agissant à titre de gestionnaire au CLSC et de responsable des services infirmiers (Micheline St-Laurent), d'une psychologue et experte en matière d'interdisciplinarité (Louise Pronovost), d'un médecin œuvrant comme professeur en médecine de famille et comme chef du service médical (Charles P. Leduc) et d'une sociologue de la santé responsable des activités de recherche au CLSC (Johanne Archambault).

Tout au long de l'expérimentation, le comité aviseur a assumé des fonctions de coordination, de pilotage, de conceptualisation et a joué un rôle décisionnel. Il s'est rencontré régulièrement afin de faire des bilans ponctuels et de procéder aux ajustements requis pour la poursuite de l'expérimentation. Le comité aviseur encadrait et assistait les personnes impliquées dans l'expérimentation.

Le comité aviseur était animé d'une préoccupation constante pour la diffusion et ce, tout au long de l'exploration. Ainsi, plusieurs occasions<sup>4</sup> ont été saisies afin de diffuser, sur un mode interactif, les constats préliminaires de l'expérimentation et profiter des expériences des participants aux conférences et aux ateliers pour alimenter les réflexions relatives à l'expérimentation. Ces activités de diffusion entraînaient des moments d'arrêt qui permettaient de faire une nouvelle évaluation de la situation.

Les travaux du comité aviseur ont été plus soutenus entre les deux phases d'expérimentation (phases 1 et 2), car il a procédé à un recadrage du projet en définissant clairement : **1) les objectifs intermédiaires à atteindre** : a) soutenir activement la collaboration médecin-infirmière au quotidien; b) établir une complémentarité des expertises professionnelles sur la base des cas, de faire valoir l'expertise des infirmières en santé communautaire en obtenant des résultats concrets de prise en charge par le client; c) réaliser un projet sous le leadership conjoint du CLSC et de l'Université de Sherbrooke; **2) les stratégies que les différents acteurs de l'expérimentation devraient utiliser** : a) positionner l'infirmière comme une intervenante pivot; b) favoriser la négociation d'un suivi conjoint par le médecin et l'infirmière; c) favoriser l'utilisation d'une approche d'autosoins apparentée à celle pratiquée au CLSC depuis des années; **3) les retombées à court terme et à moyen terme devant être visées** : a) actualiser une responsabilité partagée de la santé des clients; b) favoriser une diminution de la consommation des services médicaux non requis par les clients; c) accroître la contribution de l'infirmière dans le processus de soin.

---

<sup>4</sup> Participation à un symposium sur « Prendre en main sa santé : de la théorie à la pratique » dans le cadre de la *Conférence internationale francophone en sciences de la santé* tenue à Moncton en juin 1999 (Saint-Onge et Leduc); Atelier sur le « Modèle de collaboration médecin-infirmière en CLSC pour maximiser l'autoprise en charge par le client » dans le cadre du *Colloque sur les pratiques interdisciplinaires* tenu à Sherbrooke en octobre 1999 (Déry, Leduc et Bourque); Conférence intitulée « La réinsertion de la promotion des soins primaires en santé : une expérimentation concluante » dans le cadre de la *Primary Health Care Conference* tenue à Ottawa en octobre 2000 (Archambault et Déry); Colloque intitulé « L'autosoins : entre le savoir et l'action » tenu dans le cadre de l'*ACFAS*, mai 2001 (Archambault).

Le comité aviseur a également procédé à son auto-évaluation et a conclu à la nécessité de revoir la distribution des rôles et des responsabilités. Une telle clarification avait déjà été réalisée lors de la phase 1, mais elle ne reposait sur aucun vécu dans l'action. Ainsi, chacun des membres a clarifié sa contribution en regard des objectifs de l'expérimentation. Pour résumer cette opération, disons qu'elle a permis au comité de ne plus penser la distribution des rôles en fonction des « expertises de contenu », dans un contexte où tous étaient à la recherche d'une solution optimale ne pouvant être mise en lumière par aucun membre sur une base individuelle. Rappelons qu'un certain « vécu » était nécessaire pour constater et souhaiter une véritable mise en commun des expériences, des habiletés et des questionnements.

L'analyse préliminaire des modèles d'autosoin et de la collaboration réalisée au terme de la phase 1 de l'expérimentation a démontré qu'ils étaient difficiles à opérationnaliser. Ainsi, le comité aviseur a proposé des modifications au modèle de collaboration favorisant l'autosoin. **Le premier modèle de collaboration** se caractérisait par une dépendance à l'égard du médecin quant à l'accès au client et par le positionnement de l'infirmière comme une experte de l'autosoin. Mentionnons que la légitimité de cette expertise n'avait pas été clairement établie dans le milieu de l'expérimentation. **Le second modèle de collaboration** s'articule autour d'un processus de négociation médecin-infirmière et du rôle de figure de référence de l'infirmière auprès du client. Les « forces » distinctes des deux professionnels sont apparues dans l'action et ont amené une clarification graduelle des rôles.

Certains membres du comité aviseur ont été étroitement impliqués dans l'élaboration d'outils de soutien à la collaboration professionnelle et à la pratique de l'autosoin par le client. Finalement, le comité aviseur a réalisé plusieurs activités externes de diffusion et a rédigé les rapports relatifs à cette expérimentation. Il a aussi assumé le rôle de liaison avec les gestionnaires du CLSC où se déroulait l'expérimentation, de façon à maintenir l'intérêt et à planifier le passage de l'expérimentation à l'intégration du modèle de collaboration dans la structure régulière de dispensation de services.

### 1.3.2. L'infirmière

L'infirmière choisie pour la phase 2 du projet occupait un poste de chef d'équipe aux services de santé courants (Yvette Bourque). Elle possédait une grande crédibilité clinique auprès de ses pairs et du personnel médical. Elle disposait aussi d'habiletés interactionnelles reconnues et propices à la collaboration avec les médecins et les autres professionnels. Cette personne détenait une solide expérience en matière d'actualisation d'une approche communautaire dans la pratique clinique. Cette approche, du moins dans la conception privilégiée par cette infirmière, visait à favoriser la prise en charge de sa santé par le client. Elle considérait que chaque personne était responsable de la définition de ses problèmes et de la mise en œuvre de son potentiel afin de trouver des solutions permettant d'améliorer ses conditions de vie et sa santé (Gingras, 1989). Bref, cette infirmière utilisait déjà, dans ses interventions avec les clients, différentes approches qui s'inscrivent dans une perspective d'autosoin (modèles Orem, McGill et Henderson).

Outre le suivi fait avec l'agente de liaison, l'infirmière compilait ses interventions, ses observations et ses commentaires dans un journal de bord. Le contenu de celui-ci était utilisé lors des rencontres d'accompagnement. Il servait de matériel de base pour le retour d'information et la discussion sur l'adéquation des diverses stratégies utilisées dans l'expérimentation.

#### ▪ L'infirmière et les clients

Dans le cadre de l'expérimentation, l'infirmière assumait un rôle d'intervenante-pivot, c'est-à-dire qu'elle était la responsable de l'évaluation biopsychosociale du client. Elle évaluait la situation du client et planifiait

un suivi orienté en fonction des besoins des clients qui nécessitaient une intervention professionnelle autre que médicale. Elle fixait les objectifs à atteindre lors du suivi infirmier, identifiait le réseau de support du client et vérifiait la disponibilité réelle de ce réseau. Ces fonctions amenaient l'infirmière à être la figure de référence pour le client.

L'infirmière effectuait une cueillette d'information complète auprès du client. Elle recueillait l'information pertinente sur la problématique, l'histoire et la situation de santé, sur la perception qu'a le client de ses capacités et sur ses expériences en matière d'autosoins. Ces informations lui permettaient de faire son évaluation et de fixer les objectifs d'intervention qui étaient discutés avec le client. Le client était responsable d'identifier les objectifs qu'il souhaitait personnellement atteindre. Lorsque le client n'était pas en mesure d'identifier ses propres objectifs, l'infirmière lui faisait des suggestions cohérentes avec les évaluations professionnelles. Elle s'assurait, tout au long des rencontres, d'adapter les objectifs aux caractéristiques spécifiques du client et aux attentes qu'il exprimait au cours du suivi. Cette dernière façon de procéder peut être qualifiée de « stratégie d'assistance au client » dans l'identification de ses propres objectifs. Il s'agit d'un mode alternatif de mise à contribution du potentiel du client. La façon habituelle de procéder en matière d'autosoins est d'utiliser le « potentiel actuel » du client qui démontre une capacité à identifier ce qu'il veut atteindre dans le cadre de son suivi de santé. La modalité alternative, lorsque le client ne peut formuler d'attentes précises en regard de son suivi de santé ou qu'il a de la difficulté à cibler des objectifs adaptés à sa problématique, est de proposer au client une multiplicité d'objectifs possibles de façon à l'amener à réfléchir à ses propres objectifs de santé. L'infirmière optait soit pour la façon habituelle ou pour l'alternative de transiger avec le client dans une perspective d'autosoins et ce, selon l'évaluation qu'elle faisait de la capacité du client de s'auto-soigner et de la motivation antérieure démontrée par le client pour solutionner ses problèmes de santé. L'évaluation de l'infirmière reposait initialement sur une lecture « subjective » des capacités du client. Au cours de l'expérimentation, il est apparu nécessaire de créer un outil pour guider l'infirmière dans son appréciation du niveau d'autonomisation de la clientèle. (voir cet outil présenté à l'annexe 2) Il est clair que cet outil ne suppléait aucunement à l'expertise clinique de l'infirmière, mais qu'il constituait plutôt un outil de soutien supplémentaire à l'évaluation. Il avait le mérite de « forcer » une évaluation systématique du degré d'autonomie du client.

L'infirmière planifiait avec le client un certain nombre de rencontres, le mode de prise de contact privilégié et les résultats à atteindre. Ces informations faisaient partie intégrante du plan d'intervention, qui était discuté avec le médecin traitant. Ces informations étaient partagées et discutées par les deux professionnels. À l'aide de ce plan commun d'intervention, chaque professionnel poursuivait les objectifs spécifiques dont il assumait la responsabilité, tout en demeurant cohérent avec les objectifs globaux. Ainsi, l'infirmière dispensait les services relevant de son domaine d'expertise, soit l'évaluation infirmière, l'éducation à la santé, le soutien à l'autoprise en charge de sa santé par le client, de même que l'orientation et la référence du client à des ressources complémentaires.

Un contact entre l'infirmière et le client avait lieu sur une base régulière. Le suivi se faisait principalement par l'entremise de rencontres au CLSC. À l'occasion, il y avait des rencontres à domicile ou des interventions téléphoniques pour des clients moins mobiles ou ayant des difficultés de transport. Il est nécessaire de se rappeler qu'il s'agissait ici d'une clientèle ambulatoire. Le nombre de rencontres, leur durée et leur étalement variaient d'un client à l'autre. Ces variations s'expliquaient par la préoccupation de l'infirmière d'adapter les suivis aux besoins et à la réalité des clients. Ainsi, si l'un des clients ne pouvait se déplacer parce qu'il demeurait trop loin, que son réseau social était peu disponible pour assumer son transport, qu'il ne possédait pas de moyen de transport ou que les rencontres avec le médecin se déroulaient toujours à domicile, l'infirmière fixait quelques rencontres à domicile pour la cueillette

d'information et proposait des interventions téléphoniques pour les suivis réguliers. Les options proposées étaient négociées avec le client.

Les variations au niveau de la durée des suivis s'expliquent par la gravité et la persistance du problème de santé du client, l'ampleur du changement visé, le niveau d'anxiété du client, l'existence et l'accessibilité du réseau de soutien du client et le degré de résistance au changement.

#### ▪ **L'infirmière et les médecins**

La collaboration interprofessionnelle est l'un des aspects importants de l'expérimentation. Afin de maximiser la collaboration interprofessionnelle, diverses stratégies d'échange d'information et de consolidation de la coopération ont été mises en place.

L'amélioration de la circulation de l'information entre les deux catégories de professionnels s'est d'abord fait par l'utilisation du dossier à des fins de communication et par des échanges verbaux plus réguliers. L'établissement d'une relation de coopération entre les deux catégories professionnelles s'est fondé sur la mise en commun de la compréhension de la problématique du client et des stratégies d'intervention pressenties. Cette mise en commun n'a cependant été possible qu'après une certaine « fréquentation » entre les deux groupes professionnels ayant conduit à une reconnaissance de l'expertise de l'autre ainsi qu'au respect du rythme de chacun.

#### **1.3.3. Les médecins**

Les cinq médecins ayant participé à l'expérimentation suivaient une clientèle au point de service du CLSC dans lequel s'est déroulé le projet pilote. Ces médecins ont poursuivi leurs activités régulières auprès de la clientèle de ce point de service. Par contre, ils pouvaient, s'ils le désiraient, s'allier à une infirmière pour le suivi de certains clients pour lesquels le recours au seul suivi médical s'était révélé insuffisant pour atteindre l'amélioration souhaitée de leur état de santé.

Le médecin s'alliait à l'infirmière lorsqu'il était « au bout de ses ressources » pour améliorer la condition d'un client. Pour le médecin, il s'agissait de cas « lourds », en ce sens que ces clients demandaient énormément de temps, soit en terme de retours d'appels fréquents ou en terme de durée et de fréquence des visites. Dans ces cas, les clients identifiés par le médecin étaient référés à l'infirmière. Par la suite, le médecin établissait un contact avec l'infirmière pour discuter de ses clients et de leurs suivis respectifs. Il faut se rappeler que les clients impliqués dans la phase 2 de l'expérimentation n'étaient pas uniquement des clients identifiés par les médecins. L'infirmière identifiait également des clients pouvant bénéficier d'un suivi infirmier plus systématique et qui étaient venus au CLSC pour des soins infirmiers courants. Il y avait donc deux canaux d'identification des clients.

#### **1.3.4. L'agente de liaison**

Après quelques mois d'expérimentation, le comité aviseur a décidé d'introduire dans le projet une personne qui occuperait des fonctions d'agente de liaison, de façon à offrir un soutien quotidien aux acteurs de l'expérimentation et de soutenir le processus de réflexion dans l'action. Cette personne devait posséder des habiletés dans la gestion des processus interactionnels et des habiletés d'observation et de conceptualisation. Ainsi, le comité a opté pour une psychologue des relations humaines (Isabelle Déry). Cette personne devait faciliter les rapports interprofessionnels en élaborant des stratégies en collaboration avec les membres du comité et les acteurs de l'expérimentation. Elle devait également faire des observations quotidiennes pour permettre la clarification du modèle d'intervention émergeant dans l'action.

L'agente de liaison a suivi au quotidien l'expérimentation dans l'action. L'information qu'elle a recueillie a permis de décrire et de conceptualiser le processus de collaboration interprofessionnelle et l'approche d'autosoins développée. Finalement, l'agente de liaison a contribué à l'identification des obstacles et des conditions ayant facilité l'expérimentation de même qu'à l'identification des enjeux entourant les modèles mis à l'essai.

#### ▪ Les séances d'accompagnement de l'infirmière

Tout au long du projet, l'agente de liaison a accompagné l'infirmière dans la mise en place des différents mécanismes et des stratégies permettant d'atteindre les objectifs du projet. Ce soutien, qui s'est traduit en séances de réflexion dans l'action, a pris deux formes. Tout d'abord, un soutien systématique a été assuré au cours des trois premiers mois de l'expérimentation, de façon à faciliter les communications au sein des dyades « médecin-infirmière », « infirmière-client » et des triades « médecin-infirmière-client ». Par la suite, le soutien a été plus ciblé autour d'expériences plus difficiles ou plus problématiques pour l'infirmière. Ces activités de suivi visaient à clarifier les balises du projet, cibler les obstacles et les interrogations et à apporter les ajustements nécessaires à la bonne poursuite de l'expérimentation.

Les séances de réflexion dans l'action, réalisées par l'infirmière, étaient basées sur une première analyse des échanges avec les médecins et les clients. L'infirmière décrivait l'interaction entre les autres acteurs de même que les résultats atteints ou visés. Pour sa part, l'agente de liaison échangeait avec l'infirmière pour recueillir l'information nécessaire à l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des stratégies utilisées. Cette analyse portait sur : 1) l'actualisation des stratégies; 2) la réponse des interlocuteurs; 3) les possibilités d'utiliser ces stratégies au quotidien et 4) l'exploration de stratégies alternatives. La plupart des réflexions et des observations étaient inscrites dans un journal de bord. Par la suite, l'infirmière et l'agente de liaison modifiaient les stratégies afin de les adapter davantage au quotidien des différents acteurs de l'expérimentation. Ces modifications visaient à ne pas alourdir inutilement les tâches quotidiennes des médecins et de l'infirmière. La narration des échanges verbaux entre les acteurs et les notes au dossier des clients étaient utilisées à titre de données informatives. Plusieurs séances de travail avec l'infirmière ont eu lieu et ont permis l'identification d'attitudes à adopter avec les médecins et les clients, des stratégies facilitant la collaboration et d'outils pouvant permettre l'intégration de ces stratégies dans le travail clinique quotidien.

#### ▪ L'élaboration des outils de travail

L'agente de liaison, de concert avec des membres du comité aviseur, a contribué à la conceptualisation d'outils pouvant soutenir l'infirmière dans son évaluation du potentiel initial du client. Cette évaluation s'inscrivait dans une perspective d'autosoins et visait à soutenir la mise en place d'un processus de collaboration médecin-infirmière dans la dispensation conjointe de soins.

**Le premier instrument** est un « **outil d'évaluation du niveau d'autonomisation de la clientèle** » qui permet à l'infirmière de situer le degré d'autonomie réel du client, de façon à déployer des stratégies de soutien adaptées à ses capacités actuelles de prise en charge. **Le second instrument** est un « **outil de réflexion sur la collaboration professionnelle** », qui permet aux médecins et à l'infirmière d'auto-évaluer leur niveau de collaboration afin d'être en mesure de se situer et d'identifier des pistes d'amélioration possibles. Plusieurs versions de ces outils ont été mises en application lors des suivis cliniques infirmiers. Une réflexion sur les buts visés par les infirmières lors de l'utilisation d'une approche d'autosoins a permis de bonifier l'outil sur l'autonomisation de la clientèle et d'en améliorer l'opérationnalisation clinique. Les deux outils de travail développés ont permis de traduire les concepts théoriques « d'autosoins » et de

« collaboration interprofessionnelle » en éléments observables. Le comité de travail s'est préoccupé de construire des outils faciles à utiliser, nécessitant peu de temps et s'intégrant bien aux suivis des clients.

- **La circulation interne de l'information sur le projet**

L'agente de liaison et l'infirmière ont réalisé plusieurs séances d'information sur le projet. Les groupes visés par ces séances étaient les médecins, le personnel clérical et les professionnels du point de service où se déroulait l'expérimentation, de même que les infirmières des services de santé courants pouvant être concernées par les suites du projet. Le but visé par ces séances était de favoriser l'appropriation du projet par le plus grand nombre possible d'intervenants de façon à favoriser l'insertion de « la philosophie du projet » dans les modalités usuelles de dispensation de services. Les éléments abordés lors de ces rencontres touchaient le déroulement de l'expérimentation, les attentes du comité aviseur et de l'infirmière ainsi que les répercussions possibles des modèles expérimentés sur le travail quotidien.

### 1.3.5. Les clients

Les clients ciblés pour l'expérimentation avaient des besoins nécessitant un processus d'intervention plus large que le seul suivi médical. Ces clients étaient généralement insatisfaits de leur état de santé et la solution optimale pour améliorer leur état semblait nébuleux.

Les clients impliqués dans l'expérimentation présentaient certaines caractéristiques communes. Deux caractéristiques avaient servi à la sélection initiale soit : 1) ils devaient souffrir d'une maladie chronique et 2) ils devaient être aux prises avec de multiples problèmes de santé. Aux termes de l'analyse, d'autres caractéristiques communes ont été relevées soit : 3) ils avaient un réseau social faible (contact avec 2 ou 3 personnes); 4) ils souffraient d'anxiété et de stress en raison de leur condition chronique, ce qui diminuait grandement leur qualité de vie; 5) ils n'acceptaient pas leur maladie et avaient de la difficulté à adopter de nouvelles habitudes de vie mieux adaptées à leur état de santé et 6) ils avaient démontré une motivation au changement en ce sens qu'ils avaient posé divers gestes, demeurés infructueux, afin d'améliorer leur état de santé.

Il y avait deux catégories distinctes de clients, ceux impliqués dans des suivis à moyen terme et à long terme et ceux impliqués dans des interventions ponctuelles. Les suivis de moyenne et de longue durée impliquaient par exemple, des clients diabétiques, des clients hypertendus et des clients vivant un important problème d'anxiété. Ces rencontres pouvaient être réalisées avec une cliente qui avait des questions sur des pratiques d'allaitement, un client dont l'enfant avait chuté ou qui se présentait à la clinique sans rendez-vous avec un problème précis pouvant être réglé rapidement par une intervention infirmière.

L'infirmière a effectué 31 suivis de moyenne et longue durée et 12 suivis ponctuels. Il est important de spécifier que même lors des interventions ponctuelles, l'infirmière effectuait une cueillette d'information et utilisait une approche axée sur l'autosoin. Les besoins de ces clients pouvaient souvent être répondus par une approche éducative de type court terme. Le tableau 2 qui suit fournit un aperçu du profil des clients.

**Tableau 2 : Le profil des clients de l'expérimentation**

Nature des suivis	Suivis ponctuels N = 12 personnes	Suivis de moyenne et longue durée N= 31 personnes
Âges des personnes impliquées	40 - 50 ans = 2 51 - 60 ans = 2 61 - 70 ans = 6 71 ans et plus = 2	40 - 50 ans = 5 51 - 60 ans = 15 61 - 70 ans = 8 71 ans et plus = 3
Sexe	Hommes = 2 Femmes = 10	Hommes = 9 Femmes = 22
Modes de sélection	Référence des médecins = 5 Triage infirmier = 7	Référence des médecins = 28 Triage infirmier = 3
Type de problèmes de santé les plus fréquents	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pratiques d'allaitement</li> <li>▪ Chutes</li> <li>▪ Diabète type II</li> <li>▪ Hygiène des oreilles</li> <li>▪ Alimentation / obésité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabète type II</li> <li>▪ Hypertension</li> <li>▪ Hypertension et diabète</li> <li>▪ Hypertension et problèmes respiratoires</li> <li>▪ Insuffisance cardiaque et hypoglycémie</li> <li>▪ Hypertension, diabète, asthme, cholestérol</li> <li>▪ Hypertension et dépression majeure</li> <li>▪ Fibromyalgie et problème digestifs</li> <li>▪ Problèmes gastro-œsophagiens</li> </ul>

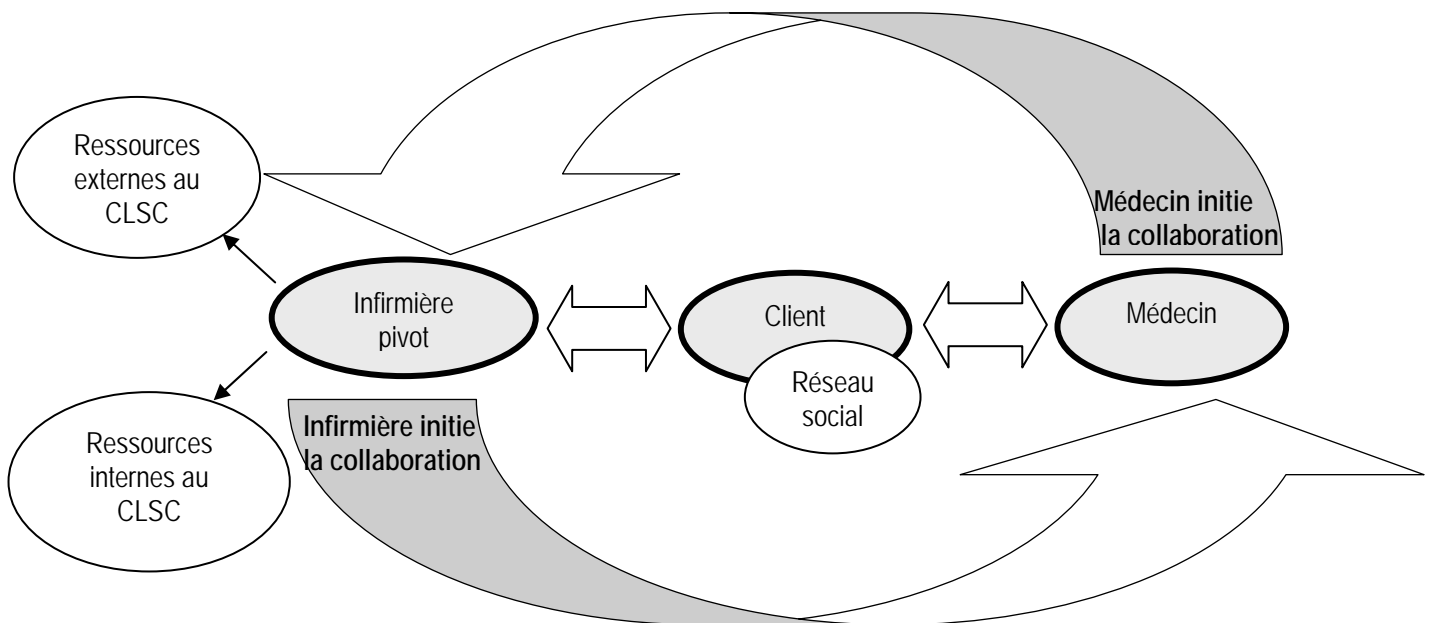
## PARTIE 2 : LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

### 2.1. LE RÉAJUSTEMENT DU MODE D'INITIATION DE LA COLLABORATION

Au cours de la phase 1, le processus d'identification et de référence des clients dépendait entièrement du médecin. L'infirmière devait attendre que le médecin rencontre des clients, qu'il évalue la pertinence de leur participation et qu'il introduise le client à une première rencontre avec l'infirmière. Ce mode d'initiation de la collaboration a engendré des difficultés importantes dans la réalisation de l'expérimentation. En effet, la dépendance de l'infirmière face aux références du médecin traduisait l'absence d'une réelle coopération interprofessionnelle dans le processus d'identification « des clients-cibles » et des objectifs d'intervention visés. De plus, cette dépendance forcée rendait difficile l'établissement de la crédibilité de l'intervention infirmière auprès du client.

Le mode d'initiation de la collaboration a été modifié lors de la phase 2 du projet. La figure 2 illustre le fait que le processus d'identification des clients a été partagé entre les médecins et l'infirmière et que les deux acteurs pouvaient désormais initier le processus de collaboration. De plus, les critères<sup>5</sup> initiaux de sélection de clients ont été élargis pour permettre d'expérimenter le modèle de collaboration sur un plus grand nombre de clients et de problématiques. Même si l'infirmière ou le médecin pouvait initier la collaboration, le suivi systématique ne s'amorçait qu'après entente entre les deux parties sur sa pertinence et ses objectifs.

**Figure 2 : Le modèle de collaboration articulé autour de la triade médecin-client-infirmière**



<sup>5</sup> Les critères initiaux de sélection des clients étaient : 1) personnes âgées de 65 ans et plus; 2) personnes fréquentant les services courants du CLSC et consultant à répétition pour un problème chronique (diabète, problèmes cardiovasculaires). Dans la phase 2, l'âge des clients n'a pas été considéré et la conception de la chronicité a été élargie pour intégrer non seulement des problèmes de santé chroniques mais également des conditions de santé perdurant depuis un certain temps (anxiété, fatigue chronique, etc.)

Les médecins impliqués dans cette expérimentation avaient, pour la plupart, rarement expérimenté une collaboration efficace avec des infirmières dans le suivi de clients. Il y avait donc des réticences à l'égard d'un nouveau mode d'organisation du travail. L'infirmière, convaincue de la nécessité de réaliser un des suivis systématiques de la clientèle dans une approche d'autosoins, souhaitait œuvrer en ce sens avec ses nouveaux partenaires de soins au CLSC<sup>6</sup>.

L'infirmière a utilisé une approche de type « pied dans la porte » pour développer un meilleur échange d'information et l'établissement d'une relation de coopération avec les médecins. Elle a sélectionné rapidement des clients et y a eu recours afin de faire la démonstration de la pertinence des suivis infirmiers auprès des médecins. Elle pouvait expliquer la contribution d'un suivi infirmier régulier en utilisant des exemples concrets, ce qui permettait aux médecins d'observer des résultats tangibles et de constater l'intérêt de sélectionner, dans leur clientèle, des clients pouvant bénéficier de suivis conjoints. L'infirmière sélectionnait des clients possédant le profil recherché pour l'expérimentation lors de séances de triage de la clientèle, au moment des cliniques « sans rendez-vous ». Elle demeurait disponible pour des échanges avec les médecins. Elle assurait également des fonctions de personne-ressource lors d'appels téléphoniques ou de visites au CLSC de clients réguliers des médecins en l'absence de ceux-ci<sup>7</sup>.

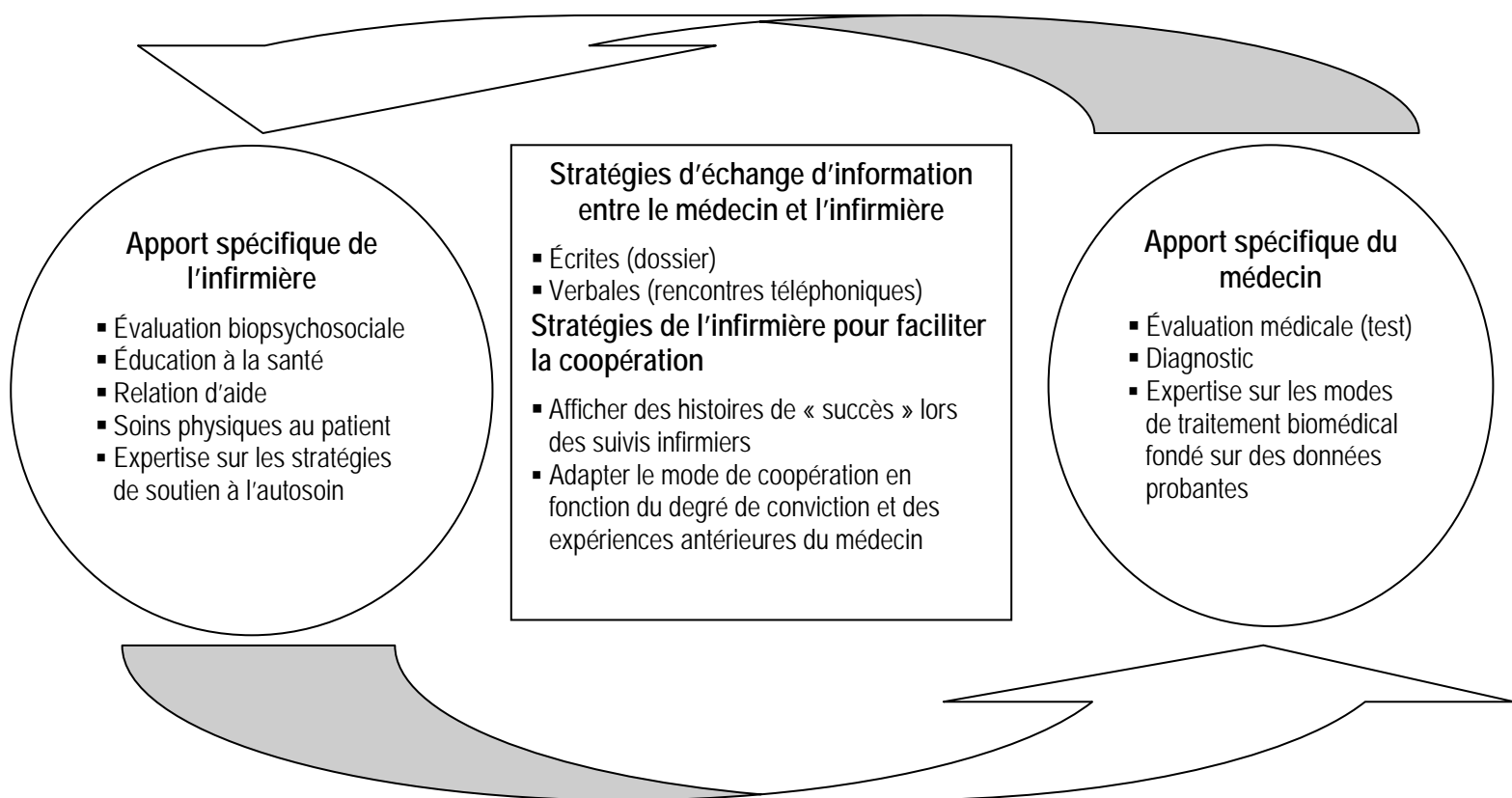
L'infirmière adaptait le mode de collaboration en fonction des médecins avec lesquels elle était en contact. Elle était préoccupée par le fait que chaque médecin a une conception et une expérience différente de la collaboration avec une infirmière. Avec les quelques médecins qui avaient déjà expérimenté une modalité de suivi conjoint avec une infirmière, elle prenait davantage d'initiatives. Elle amorçait d'emblée une relation de collaboration plus structurée en convoquant davantage de rencontres et en communiquant plus régulièrement avec le médecin. De plus, elle était proactive dans la sélection des clients puisqu'elle savait le médecin plus confortable avec ce mode de collaboration. Par contre, lorsque le médecin en était à ses premières expériences de suivi conjoint, elle utilisait davantage l'écrit pour communiquer. Les annotations au dossier du client lui permettaient d'établir sa crédibilité et de tisser un lien professionnel de façon plus progressive. Par la suite, elle amorçait graduellement les rencontres verbales et les communications téléphoniques. La figure 3 illustre les stratégies utilisées par l'infirmière dans ses échanges avec les médecins de même que la complémentarité des apports de chaque professionnel dans des suivis conjoints.

---

<sup>6</sup> L'infirmière a donc contribué à créer une ouverture et un climat d'acceptation face à ce nouveau mode d'organisation de travail.

<sup>7</sup> Avant le virage ambulatoire, il y avait un nombre réduit de médecins au CLSC et les infirmières avaient une pratique autonome basée sur une perspective d'autosoins et d'autonomisation de la clientèle.

**Figure 3 : Apports spécifiques du médecin et de l'infirmière et stratégies de collaboration**



Afin de mieux comprendre le processus d'établissement de la collaboration interprofessionnelle, la partie qui suit décrit plus en détail les différentes stratégies de communication et de coopération utilisées au quotidien.

## 2.2. LES STRATÉGIES DE COMMUNICATION

### 2.2.1. Le dossier du client

La principale modalité d'échange interprofessionnel d'information est une modalité écrite. Il s'agit de l'utilisation optimale du dossier du client à des fins de communication interprofessionnelle plutôt que de l'utiliser uniquement à des fins de consignation de l'information. Le dossier est rempli et utilisé afin d'informer l'autre professionnel des données amassées et des résultats de son évaluation clinique.

Le recours au dossier du client avait été identifié, par les professionnels du projet, comme un bon moyen pour faciliter les échanges d'information sans augmenter le nombre de documents ou de formulaires utilisés. Il constitue un outil accessible de communication entre les professionnels. L'utilisation systématique du dossier du client a eu pour conséquence d'accroître la cohérence et la continuité des suivis infirmier et médical.

Le dossier du client est parfois sous-utilisé par les professionnels qui y notent surtout l'essentiel de leurs observations afin de répondre à des exigences légales. Ils négligent parfois de décrire en détail l'évolution d'un client. Les informations inscrites dans les dossiers sont souvent très brèves et incompréhensibles pour les autres professionnels. Le projet a tenté de maximiser l'utilisation du dossier du client à des fins d'échanges d'information en sensibilisant les professionnels à écrire dans un souci de partage d'information.

L'infirmière consignait systématiquement au dossier, de même que dans son journal de bord personnel, les données factuelles de son évaluation, les objectifs visés par le suivi et les interventions réalisées. Elle inscrivait également les divers éléments à considérer lors des interventions auprès du client (ex. : contexte de vie, isolement, anxiété...) de même que les stratégies envisagées pour maximiser la prise en charge de sa santé par le client. L'infirmière a modifié ses modes d'inscription au dossier de façon à fournir au médecin traitant une information plus complète et plus concrète afin de suivre l'évolution du client et l'impact de ses interventions. Ce genre d'information permettait au médecin d'identifier des objectifs de soins complémentaires à ceux de l'infirmière. De plus, il pouvait toujours bonifier l'information et en discuter lors de ses rencontres avec le client.

L'infirmière structurait l'information autour des objectifs de suivi identifiés conjointement avec le client et le médecin. L'infirmière situait la problématique du client, ses conséquences, l'histoire de santé, les initiatives d'autosoin du client, les résultats atteints de même que les perceptions du client relatives à ses problèmes de santé et à sa capacité à opérer un changement de son état de santé. L'information était inscrite dans la perspective de bonifier le portrait que le médecin s'était forgé du client.

### Exemple

L'infirmière et le médecin sont intervenus de concert avec Madame X, atteinte de diabète. Le médecin a davantage axé ses rencontres sur le suivi de l'état de santé et sur le respect des traitements prescrits. Pour sa part, l'infirmière a établi des objectifs d'éducation sur le problème de santé (diabète) en ciblant ses conséquences, les traitements et les changements d'habitudes de vie nécessaire pour bien vivre avec le diabète. Elle a soutenu Madame X pour qu'elle s'adapte à sa maladie et qu'elle en identifie les conséquences. Elle a accompagné Madame X dans ses changements d'habitudes alimentaires et dans l'identification d'activités physiques à sa portée. Madame X recevait un accompagnement médical et un suivi étroit de sa médication. Parallèlement à cela, elle bénéficiait d'explications lui permettant de comprendre les recommandations du médecin, les effets de sa médication et les comportements à adopter pour maximiser les effets de ses traitements. Dans un tel cas, le médecin et l'infirmière ont observé, tout au long des suivis, un changement important au niveau des habitudes alimentaires, de l'activité physique et de la prise de médicaments. Ces changements ont été assez importants pour entraîner, dans le cas de Madame X, une modification de la prescription initiale de médicaments. Tous les détails relatifs au suivi infirmier et médical ont été compilés dans le dossier de Madame X.

L'utilisation du dossier a permis de ne pas alourdir les mécanismes de suivi des différents professionnels. Les médecins ont affirmé avoir beaucoup apprécié l'utilisation du dossier du client, puisqu'il s'agit d'un outil de référence qu'ils utilisaient déjà de façon systématique. Le contenu de l'information infirmière consignée aux dossiers permettait de planifier la rencontre avec le client. Les écrits de l'infirmière leur permettaient de se remémorer les objectifs poursuivis, les dates et le contenu des rencontres avec l'infirmière, les suggestions de l'infirmière, ses observations sur l'évolution du client de même que son évaluation en regard de l'atteinte des objectifs de départ.

## 2.2.2. Les rencontres et les échanges téléphoniques entre les médecins et l'infirmière

Les médecins et l'infirmière étaient localisés dans le même édifice, il a donc été facile pour eux de se rencontrer régulièrement quelques minutes et de partager l'information nécessaire à la bonne continuité des suivis infirmiers et médicaux. L'infirmière et les médecins ont beaucoup utilisé les rencontres informelles et brèves en raison de leur flexibilité. Elles permettaient de cibler rapidement le niveau d'information nécessaire pour chacun des professionnels. Lorsque le temps disponible était trop court, ils s'échangeaient l'information prioritaire et fixaient un autre moment pour compléter ces premières informations. Pour les médecins, le fait de ne pas avoir à s'asseoir afin de discuter de façon structurée de plusieurs cas augmentait leur sentiment d'efficacité. En effet, les médecins avaient d'emblée affiché une certaine réticence à l'égard des discussions de cas planifiées à l'avance, coûteuses en temps, selon eux.

L'infirmière et les médecins utilisaient les contacts verbaux lorsqu'ils voulaient combler rapidement un manque d'information à propos du client, discuter de certains aspects de leur suivi ou simplement se consulter sur les suites à donner au suivi infirmier. Cette information pouvait porter sur une information nouvelle à propos du client ou de son état de santé, des résultats importants atteints par le client, des impacts constatés du suivi, des ajustements d'objectifs ou des interventions réalisées par l'un ou l'autre des professionnels. Les deux professionnels partageaient régulièrement des observations sur les impacts de la conjugaison des suivis infirmier et médical.

Lors de ces échanges, l'infirmière recevait l'information nécessaire pour valider et poursuivre si nécessaire les interventions et les démarches entreprises avec le client. Elle pouvait rapidement demander l'information primordiale à la bonne poursuite du suivi et pouvait également avoir une rétroaction du médecin sur les impacts obtenus par le suivi infirmier.

L'infirmière et les médecins avaient une entente sur l'organisation de ces échanges verbaux. Ils avaient convenu de la possibilité de se consulter en tout temps, lorsqu'il y avait une urgence. L'évaluation de l'urgence était laissée au jugement de l'infirmière. L'infirmière avait défini la notion d'urgence comme étant une situation requérant un avis médical dans les 12 heures suivant l'échange avec le client. Au cours de l'expérimentation, seulement deux situations d'urgence se sont présentées. La première situation concernait un client qui avait des saignements de nez continuels et qui prenait un anticoagulant (Coumadin). L'infirmière a soumis le client à un test du « temps de prothrombine » qui permet de considérer divers facteurs de coagulation. Les résultats du test étaient normaux, l'infirmière n'a donc eu qu'à avertir le médecin rapidement pour valider ses conclusions. La deuxième situation urgente concernait un client diabétique qui s'inquiétait de la fluctuation de son taux de glycémie malgré la prise conforme de son médicament et le suivi de son régime alimentaire. Le client voulait savoir s'il était possible qu'il fasse de l'hypoglycémie. L'infirmière a donc amassé l'information pertinente et a rejoint le médecin pour lui exposer la situation et suggérer un changement de médication. Le médecin a communiqué avec le client et a émis une nouvelle prescription plus appropriée.

Les échanges verbaux réguliers ont permis d'établir un contact rapide, ce qui contribuait à accroître l'échange d'information entre les professionnels. Cette stratégie était utilisée en complément avec les notes inscrites au dossier du client. Ainsi, les professionnels utilisaient au maximum les deux modalités d'échange d'information et avaient l'impression de détenir une information suffisante et plus complète afin de pour réaliser leur suivi.

Les entrevues effectuées auprès des médecins et de l'infirmière ont révélé qu'ils appréciaient ces échanges. Leur appréciation reposait entre autres, sur le fait qu'ils croyaient fortement que les clients ne divulguent pas toute l'information dont ils ont besoin. En effet, ils sont convaincus que certaines

informations privilégiées sont données spécifiquement à l'un ou l'autre des professionnels. Les médecins se disent conscients du fait que leur statut social et le temps relativement court consacré à chaque client limitent l'ampleur de l'information amassée. L'infirmière de soins courants en CLSC, dans son contexte « régulier » de travail, disposait, elle aussi, d'une période d'échange limitée avec le client. C'est pourquoi, dans le cadre de l'expérimentation, l'infirmière disposait de plus de temps avec le client, ce qui lui permettait de développer une véritable relation de confiance propice à une cueillette plus complète de l'information. De plus, le partage et la mise en commun de l'information qu'ils détenaient respectivement permettaient de broser un portrait plus complet et représentatif de la situation du client.

### 2.3. LES STRATÉGIES POUR FACILITER LA COOPÉRATION

L'infirmière a œuvré au développement d'une coopération structurée avec les médecins. Le développement de la coopération semblait passer par la mise en place de trois conditions : 1) la reconnaissance de l'expertise de l'autre groupe professionnel; 2) le recours effectif à l'expertise de l'autre groupe professionnel et 3) le respect du rythme de chaque groupe professionnel. L'infirmière, qui devait assumer un leadership dans le développement de la collaboration, utilisait diverses stratégies pour faire en sorte que les médecins reconnaissent et fassent appel à son expertise. En d'autres termes, qu'ils acceptent de se laisser influencer par ses avis professionnels. L'infirmière portait également une attention particulière au rythme de collaboration et au degré d'ouverture du médecin. Bref, elle régulait ses interventions afin de les ajuster à son interlocuteur.

Dans l'établissement de la coopération, l'infirmière s'est toujours positionnée comme la personne qui devait développer, entretenir et assurer la mise en place des conditions facilitantes. Ainsi, elle prenait les moyens nécessaires pour maintenir la coopération. Ces moyens étaient la façon d'entrer en contact avec le médecin (adaptée selon l'expérience du médecin), la façon d'énoncer ou non son opinion professionnelle, la façon de reprendre ou de se réapproprier les indications du médecin dans son propre discours et la façon de communiquer l'information qu'elle avait amassée. Ces préoccupations lui permettaient de cibler l'information à donner, d'indiquer son intention lors de l'échange et d'identifier les obstacles potentiels. Par la suite, elle pouvait évaluer la meilleure façon de transmettre son information.

La littérature fait abondamment état du phénomène de la « domination » des médecins dans notre système de soins. Dans un tel contexte, il est évident que l'infirmière doit déployer beaucoup plus d'énergie pour assurer la mise en valeur de son expertise de façon à modifier le rapport de pouvoir « traditionnel » en une relation basée sur une coopération. En conséquence, au cours de l'expérimentation, l'infirmière s'efforçait constamment de respecter l'expertise des médecins et d'afficher la sienne. Cette préoccupation était constante dans tous les échanges avec les médecins. Elle transmettait et partageait toujours avec le médecin l'information amassée lors de sa cueillette de données sur les conséquences du problème sur toutes les sphères de la vie du client, sur l'histoire et la situation de santé du client, sur les initiatives d'autosoin et les résultats obtenus et sur la perception du problème par le client et ses désirs d'amélioration. Par la suite, elle expliquait les fondements de son évaluation pour s'assurer que les médecins comprenaient bien son raisonnement clinique et pouvaient échanger sur celui-ci. Elle vérifiait également la concordance de l'information amassée par l'un ou l'autre des professionnels. Ensuite, elle validait avec le médecin son évaluation clinique et sa vision du client afin de s'assurer d'avoir un portrait global. Cette démarche de validation et d'explication lui permettait d'évaluer son lien de confiance avec le client et d'établir sa collaboration avec le médecin. De plus, elle pouvait profiter de l'occasion pour compléter ses informations grâce à celles détenues par le médecin. En s'appuyant sur sa cueillette d'information et sur son évaluation clinique, elle posait des questions claires sur l'approche thérapeutique

du médecin afin d'obtenir un complément d'information de la part du médecin. La majorité des médecins démontrait de l'ouverture pour expliquer leur démarche clinique et en discuter.

L'infirmière initiait, le plus souvent, les échanges avec le médecin en exposant les hypothèses issues de son jugement clinique : présence d'une relation d'abus, manque de motivation, possibilité d'une maladie non diagnostiquée, impacts psychologiques de la maladie ou nouveaux symptômes inexpliqués.

Pour favoriser une influence mutuelle médecin-infirmière, l'infirmière a utilisé diverses stratégies de communication. Lorsqu'elle voulait suggérer une nouvelle vision, souligner l'importance d'une information sur un aspect de la vie du client ou sur sa problématique ou qu'elle voulait donner son avis professionnel, elle abordait ces éléments à l'aide d'interrogations plutôt que d'affirmations. Elle orientait les échanges sur des questions précises relatives à l'évaluation médicale du client, aux objectifs spécifiques du médecin et à ses intentions d'intervention. Elle expliquait également la teneur de sa stratégie de collaboration avec le client tout en faisant le lien avec l'information amassée par le médecin et par elle-même. La référence aux informations médicales permettait d'indiquer clairement l'apport du médecin dans son intervention infirmière.

L'infirmière était très préoccupée de ne pas se positionner d'emblée comme une experte, mais comme une collaboratrice qui énonce des constats et qui cherche à discuter de son jugement clinique afin de l'enrichir. Par ailleurs, il est clair qu'elle cherchait progressivement à mettre en lumière son champ d'expertise.

### Exemple

Suite à une cueillette d'information auprès d'une cliente qui souffre d'hypertension, l'infirmière indique qu'elle souhaite partager son évaluation clinique. Elle sait que le médecin connaît bien la cliente car il la rencontre depuis 4 ans pour ce problème. Elle sait également que le médecin possède une bonne partie de l'information qu'elle veut partager (réseau de soutien social, histoire de santé, antécédents familiaux, histoire familiale...). Par ailleurs, la cliente lui a donné beaucoup de nouvelles informations personnelles lors de sa cueillette d'information (portrait personnel, relation conjugale violente...). Lors de l'échange avec le médecin, l'infirmière clarifie ses intentions. Elle indique qu'elle veut s'assurer que le médecin possède déjà l'information pertinente qu'elle détient. Elle veut partager l'information nouvelle que le médecin ne semble pas avoir (violence) et désire convenir de la façon de procéder pour qu'ils demeurent conjointement attentifs à la situation de violence dans laquelle vit la cliente. Avant de rencontrer le médecin, l'infirmière a déjà ciblé les obstacles potentiels à l'obtention de la collaboration du médecin, soit le temps disponible, les réticences du médecin au sujet de l'information qu'elle veut lui transmettre et l'expérience limitée du médecin en matière de collaboration avec une infirmière. L'infirmière opte pour une stratégie de divulgation de l'information qui prend appui sur une narration fidèle des paroles et des faits rapportés par le client. Son expertise clinique n'étant pas clairement établie auprès de ce médecin, elle demeure « collée » aux propos du client, observe la réaction du médecin et lui propose un objectif de surveillance de l'évolution de la dynamique conjugale.

L'infirmière a généralement été celle qui initiait les interactions avec les médecins. Ainsi, elle se préoccupait de suivre le rythme du médecin à l'intérieur de cette collaboration en considérant sa facilité à collaborer et ses expériences antérieures en matière de collaboration structurée avec une infirmière. Par conséquent, elle évaluait, selon l'aisance du médecin, le degré d'influence qu'elle pouvait obtenir dans cette relation de collaboration.

L'infirmière entretenait également des liens de collaboration avec les ressources externes et internes au CLSC. Les ressources internes étaient composées de l'ensemble des autres professionnels du CLSC, tels

que les intervenants psychosociaux, les infirmières des autres secteurs, les organisateurs communautaires, les hygiénistes dentaires, les ergothérapeutes, les inhalothérapeutes et les physiothérapeutes. Les ressources externes étaient constituées de différents groupes de soutien, des organismes œuvrant auprès de personnes affectées par certains problèmes de santé et des autres professionnels hors du CLSC (les pharmaciens, les médecins spécialistes...). Ces ressources étaient souvent utilisées à des fins de consultation ou de référence. L'infirmière pouvait donc utiliser ces ressources pour : 1) vérifier une information reçue; 2) s'assurer de la validité d'une explication qu'elle avait obtenue du client; 3) aller plus loin dans ses démarches de cueillette afin de bonifier l'information qu'elle détenait; 4) demander des conseils professionnels ou 5) vérifier une hypothèse clinique (information sur les effets secondaires d'un médicament, sur des processus psychologiques, tels que le deuil, sur les possibilités de traitements de réadaptation...).

Pour certains clients, l'infirmière identifiait des aspects de la situation de santé qui demandaient une orientation<sup>8</sup> ou une référence<sup>9</sup> vers des ressources externes ou internes. L'infirmière effectuait une orientation lorsque les besoins du client ne pouvaient plus être seulement répondus par un suivi infirmier et médical. À titre d'exemple, elle a orienté une personne souffrant d'asthme à la clinique spécialisée dispensée par les inhalothérapeutes du CLSC où elle a reçu une information plus spécialisée sur l'utilisation adéquate de sa médication pour contrôler son asthme. De son côté, l'infirmière a poursuivi son suivi avec le client sur son état de santé global.

La collaboration interprofessionnelle permet à chacun des professionnels d'avoir accès à l'information qui ne lui était pas accessible au sein d'une organisation parallèle du travail. Cette information permet aux deux groupes professionnels de viser des objectifs complémentaires propices à l'amélioration du bien-être du client. Cette information peut être obtenue selon plusieurs modalités.

Bref, l'usage plus extensif du dossier et les échanges verbaux entre le médecin et l'infirmière ont permis à chacun des professionnels de maximiser la cohérence et la continuité de leurs interventions et de se centrer davantage sur leur champ propre d'expertise. De plus, cette complémentarité permet d'établir un meilleur lien de collaboration avec le client qui n'est plus aux prises avec des indications « incompatibles » ou qui semblent incompatibles, puisque formulées dans des termes différents. Quoique cet aspect ait été peu observé, il semble y avoir, au fil des interactions, le développement d'un vocabulaire similaire, qui ne peut certes que « sécuriser » le client. Bref, la collaboration médecin-infirmière permet d'accroître la cohérence des messages véhiculés au client et de « doser » ces messages en fonction du cheminement personnel, social et culturel du client. Ce contexte s'est révélé propice à une plus grande responsabilisation par le client lui-même. Ces deux stratégies complémentaires permettaient une grande flexibilité dans le suivi et une capacité de rétroaction à court terme.

Une meilleure circulation de l'information et l'établissement d'une relation de coopération permettaient aux médecins et à l'infirmière d'utiliser au maximum leur expertise et d'être co-responsables du client. Le partage d'information et la construction d'une explication et d'un cheminement thérapeutique conjoints ont pour effet, selon l'information puisée des entrevues avec les professionnels, d'augmenter le sentiment de compétence des professionnels et d'accroître la qualité de l'intervention. En effet, ils ont observé que les

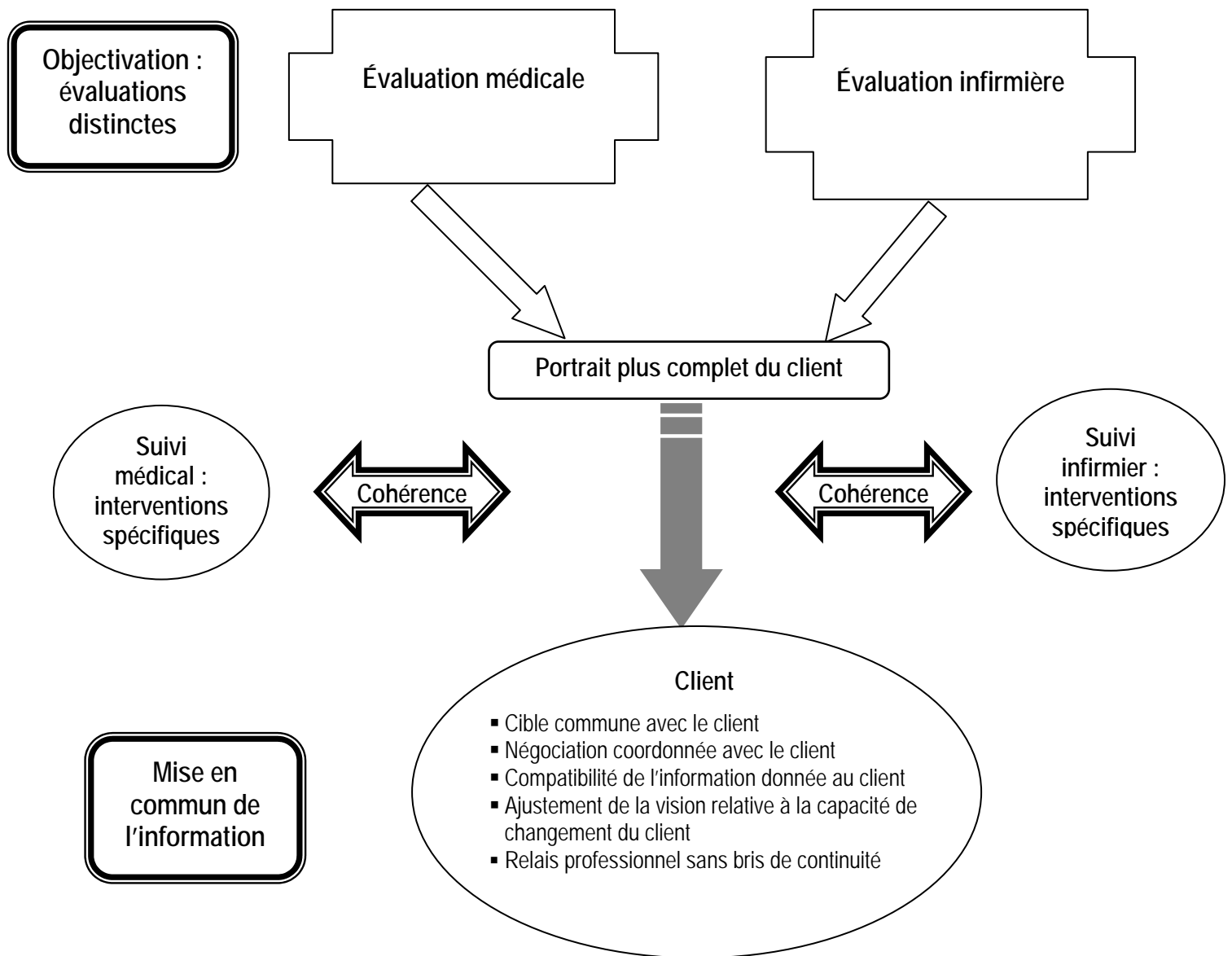
---

<sup>8</sup> Orientation : L'infirmière suggère au client une ressource pouvant le soutenir de façon plus précise sur un ou plusieurs aspects de sa situation de santé. L'infirmière continue le suivi avec le client.

<sup>9</sup> Référence : L'infirmière entre en contact avec le professionnel et lui demande de recevoir le client pour lui dispenser un service précis sur un ou des aspects de sa situation de santé. L'infirmière ne termine pas son suivi puisque son évaluation l'amène à juger qu'une autre ressource pourrait répondre plus adéquatement aux besoins du client.

objectifs fixés conjointement avec les clients ont été atteints plus rapidement et que les impacts réels du suivi ont été plus « larges » qu'escomptés. La figure 4 tente d'illustrer le processus qui conduit à une meilleure cohérence et à une continuité accrue dans le suivi des clients.

**Figure 4 : La collaboration interprofessionnelle et certains de ses impacts**



## 2.4. OUTIL DE RÉFLEXION SUR LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE ENTRE LES MÉDECINS ET LES INFIRMIÈRES

Le projet d'expérimentation s'inscrit dans une perspective de « réflexion dans l'action ». À cet égard, il apparaissait important d'outiller les professionnels pour qu'ils puissent réfléchir, dans l'action, à leur niveau de contribution en matière de collaboration interprofessionnelle. En effet, les difficultés de collaboration sont souvent attribuées à l'absence de coopération des autres groupes professionnels. Plusieurs études ont démontré la difficulté, au sein de chaque groupe professionnel, de reconnaître ses propres résistances à la collaboration. Le comité aviseur voulait donc doter les professionnels d'un outil afin qu'ils puissent eux-mêmes analyser leur niveau de collaboration et prendre acte des dimensions à améliorer pour maximiser la collaboration. L'auto-apprentissage en cette matière apparaissait comme une voie potentielle de développement.

Afin de construire un outil pertinent au contexte particulier de cette expérimentation, le comité aviseur a fait le point sur les perceptions de chaque groupe professionnel notées lors de la phase 1 du projet. Il en ressort que : 1) les deux groupes professionnels ont l'impression que leur définition et leur conception de la collaboration interprofessionnelle sont les plus pertinentes et adéquates; 2) les deux groupes sont convaincus de travailler et d'avoir une collaboration optimale avec les autres professionnels; 3) les deux groupes sont convaincus que les « problèmes » de collaboration sont créés par les autres et proviennent, entre autres, d'un manque de motivation au travail, d'un faible esprit critique ou d'une insécurité professionnelle.

Bref, chaque groupe professionnel a des représentations théoriques et des pratiques distinctes de la collaboration interprofessionnelle, qui repose sur des assises propres à ses pratiques. Ces représentations, telles que révélées au quotidien, sont somme toute peu documentées dans la littérature. Dans les paragraphes qui suivent, nous faisons un survol rapide des conceptions de la collaboration que nous retrouvons dans certains écrits décrivant les orientations professionnelles en cette matière.

### 2.4.1. La conception de la collaboration : un défi à surmonter

Les infirmières semblent concevoir la collaboration avec les médecins dans une perspective de partage des responsabilités, ce qui signifie davantage des échanges réguliers et un travail assumé conjointement en vue d'offrir des soins de santé répondant aux besoins des clients (Kérouac et al., 1994). Elles considèrent que la réussite des collaborations interprofessionnelles entre les médecins et les infirmières repose sur une bonne définition des rôles et des responsabilités de chaque groupe professionnel et le respect du partage des responsabilités. Les infirmières demandent à être reconnues pour leur contribution importante à l'évaluation et au suivi des clients dans une perspective partenariale. Selon elles, il est important que les médecins leur reconnaissent une forme de compétence distincte de façon à obtenir un équilibre du pouvoir et par conséquent, accéder à une meilleure concertation (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 1994). Par contre, l'ambiguïté qui semble entourer la description du rôle de l'infirmière, de même que sa place au sein de l'équipe interdisciplinaire, rend difficile l'atteinte d'une collaboration optimale (Adam et Guyonnet, 1992). Les infirmières semblent effectivement éprouver de la difficulté à exprimer clairement la nature exacte de leur contribution. L'effet pervers de ces difficultés des infirmières à « nommer » leur contribution spécifique serait de survaloriser des habiletés techniques perçues comme un gage de prestige professionnel et de sous-estimer les habiletés en matière, par exemple, de relation d'aide et d'éducation à la santé (Kérouac et al., 1994). Retenons donc que la définition, de même que la reconnaissance du champ de compétence propre aux infirmières, ne sont pas encore clairement établies.

De l'autre côté, les médecins envisagent la collaboration interprofessionnelle comme une opportunité d'être « un acteur important et quelquefois principal, mais certainement pas exclusif, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire [...] Une équipe a besoin d'un chef pour bien fonctionner mais ce n'est pas nécessairement et exclusivement le médecin qui devrait jouer ce rôle [...]. Ce n'est pas toujours lui qui sera l'intervenant pivot » (Bernier, 1998, p. 6). Les médecins considèrent la collaboration interprofessionnelle comme une opportunité pour établir une véritable synergie avec les infirmières, puisque l'apport significatif des deux professions se traduit en gains importants pour la clientèle. Il est clair pour bon nombre de médecins qu'ils ont été formés dans un isolement professionnel et qu'ils doivent apprendre, sur le terrain, à œuvrer en collaboration avec d'autres professionnels. Par ailleurs, ils se perçoivent souvent comme devant assumer le « leadership » du développement de la collaboration interprofessionnelle.

Chaque groupe professionnel possède donc sa propre représentation de la collaboration, ce qui peut engendrer des tensions. De plus, la collaboration interprofessionnelle est non seulement influencée par les schèmes de référence propres aux groupes professionnels, mais également par diverses conditions environnementales et structurelles comme : 1) la solidité de l'identité professionnelle au sein de chaque groupe et la reconnaissance de cette identité par les autres groupes et la population (reconnaissance sociale); 2) l'acquisition d'habilités de travail en équipe au cours de la formation professionnelle; 3) le développement de normes et de structures de pouvoir au sein de chaque groupe professionnel et 4) l'utilisation d'un langage hermétique au sein d'un groupe (Grenier, 1989).

Au moment de la réalisation de notre expérimentation, il n'existait aucune équipe de travail formellement constituée. Les rôles de chacun n'étaient donc pas clarifiés, pas plus que les relations de pouvoir. Il aurait été prématuré et artificiel de constituer une équipe alors que la volonté de créer une telle équipe ne pouvait émerger que d'une expérience de succès dans la collaboration clinique. En conclusion, l'expérimentation prenait place dans un contexte professionnel et organisationnel qui n'était guère facilitant. Il est intéressant de noter, par ailleurs, que le projet clinique élaboré dans les suites de la présente expérimentation propose la constitution d'une équipe formelle de travail médecins-infirmière.<sup>10</sup>

#### 2.4.2. La conception de l'outil

Le comité aviseur a analysé les divers moyens disponibles pour favoriser une collaboration accrue entre les médecins et les infirmières. Le comité s'est rapidement mis d'accord sur les difficultés de travailler directement à l'arrimage des représentations de la collaboration au sein du groupe « artificiel » formé des médecins et de l'infirmière. Le premier niveau d'action envisageable semblait donc celui du regard posé par chaque professionnel sur sa capacité de collaboration. De plus, l'option choisie a été de concevoir un outil axé sur l'auto-analyse. L'outil devait permettre à chaque professionnel de faire son autocritique en matière de collaboration et de lui donner les éléments nécessaires pour améliorer sa capacité de collaboration.

L'outil a été conçu tant pour fournir une définition opérationnelle de la collaboration que pour instaurer chez les professionnels un processus d'autorégulation de leur propre mode de collaboration. L'auto-évaluation permet d'identifier ses intentions, ses actions et les résultats obtenus lors de ses interactions afin d'identifier son niveau d'efficacité personnelle (St-Arnaud, 1993). L'efficacité personnelle résulte de la comparaison entre les objectifs visés (intentions) et les résultats obtenus.

---

<sup>10</sup> Il s'agit d'un projet qui se déroule actuellement au CLSC de La Région-Sherbrookoise dans lequel une équipe, formée de plusieurs médecins et résidents, intègre une infirmière collaboratrice. Ce projet s'inspire de cette expérimentation et d'un bilan d'expériences médicales québécoises.

### 2.4.3. Les fondements

L'outil développé s'inspire de deux modèles issus de la psychologie des relations humaines. Le premier modèle est celui de la praxéologie et le second est celui de la coopération. Ces deux modèles ont été développés par St-Arnaud (1989-1993). Le modèle de la praxéologie est un modèle de réflexion dans l'action qui s'inspire des travaux de Schön et Argyris. Il s'agit, à partir d'un processus d'intervention, de préciser ses intentions et d'évaluer l'efficacité de ses actions auprès d'un client de façon à s'ajuster lorsque les résultats démontrent une efficacité limitée.

Le modèle de la praxéologie et de l'efficacité personnelle repose sur divers éléments qui ont été considérés lors de la conception de l'outil. Ces éléments sont ceux à partir desquels le professionnel effectue toujours l'évaluation de son efficacité personnelle. Ces éléments sont : 1) l'évaluation de l'efficacité de son action; 2) la structure de la relation établie avec le client ou ses partenaires et 3) la stratégie mise en œuvre pour atteindre les objectifs poursuivis (technique, processus et expertise, cadre de référence). L'outil a été développé de façon à permettre une telle « réflexion dans l'action », telle que théorisée dans le modèle de la praxéologie.

D'autre part, le modèle de la coopération examine les conditions nécessaires à une relation coopérative. Il se fonde sur la prémisse que l'influence doit s'exercer en fonction de l'expertise professionnelle et non du statut.

Le modèle de la coopération élaboré par St-Arnaud (1993) a également été utilisé pour élaborer l'outil. Ce modèle identifie, entre autres, trois éléments clés pour l'établissement d'une relation de coopération. Ces éléments sont les suivants.

- 1) **La détermination d'objectifs communs entre les professionnels.** Il est important que les divers professionnels en interaction s'entendent sur les objectifs à atteindre. Ces objectifs doivent être discutés et priorisés conjointement par les professionnels.
- 2) **La reconnaissance et le respect de l'expertise de l'autre professionnel.** Pour établir une relation de collaboration égalitaire, chacun doit connaître ce que l'autre groupe professionnel peut accomplir (tâches et expertises particulières) et ce qui distingue chaque groupe de façon à percevoir les zones de complémentarité.
- 3) **L'influence mutuelle entre les professionnels.** Les deux groupes professionnels doivent accepter d'écouter l'autre, d'échanger leurs points de vue respectifs et de tenir compte de cette information à l'intérieur de leur propre pratique. L'influence qui en résulte permet de maximiser l'utilisation de l'expertise de l'autre et de favoriser la complémentarité des savoirs.

Ces trois éléments clés de la coopération constituent les trois grands thèmes utilisés pour l'élaboration de l'outil d'autoréflexion.

### 2.4.4. Le processus d'élaboration de l'outil

L'outil d'autoréflexion sur la collaboration a été développé en s'inspirant de ces deux modèles, des observations de l'infirmière de l'expérimentation ainsi que des réflexions faites avec l'agente de liaison lors des séances d'accompagnement. (Les observations des acteurs de l'expérimentation ont permis d'identifier les obstacles à la collaboration interprofessionnelle spécifiques au contexte de l'expérimentation.) Certains obstacles étaient de nature **contextuelle** (disponibilité des professionnels, horaire chargé...), **culturelle** (compréhension et perception du concept de la collaboration par chacun des groupes professionnels, vision différente de son actualisation, utilisation différente de la collaboration dans le quotidien...) et

**organisationnelle** (structure de l'équipe médicale...). Notons que les principaux obstacles identifiés étaient ceux reliés à la culture particulière des groupes professionnels. L'outil de réflexion a donc été construit en tenant compte de ces obstacles de façon à permettre aux utilisateurs d'en prendre conscience et d'envisager des stratégies efficaces pour minimiser leurs effets.

L'outil d'autoréflexion a été mis à l'essai afin d'évaluer sa facilité d'utilisation, la clarté des questions, son utilité pour atteindre les objectifs fixés et fournir un éclairage adéquat sur la réalité concrète de travail. L'outil a été testé à trois reprises par l'infirmière. Elle pointait les éléments applicables dans l'action et les zones d'incompréhension.

Ses principaux commentaires portaient sur la longueur de certains énoncés, sur la nécessité d'ajouter des questions ouvertes, de simplifier le langage utilisé et d'utiliser des situations concrètes dans la formulation des énoncés. La version finale de l'outil est présentée à l'annexe 3.

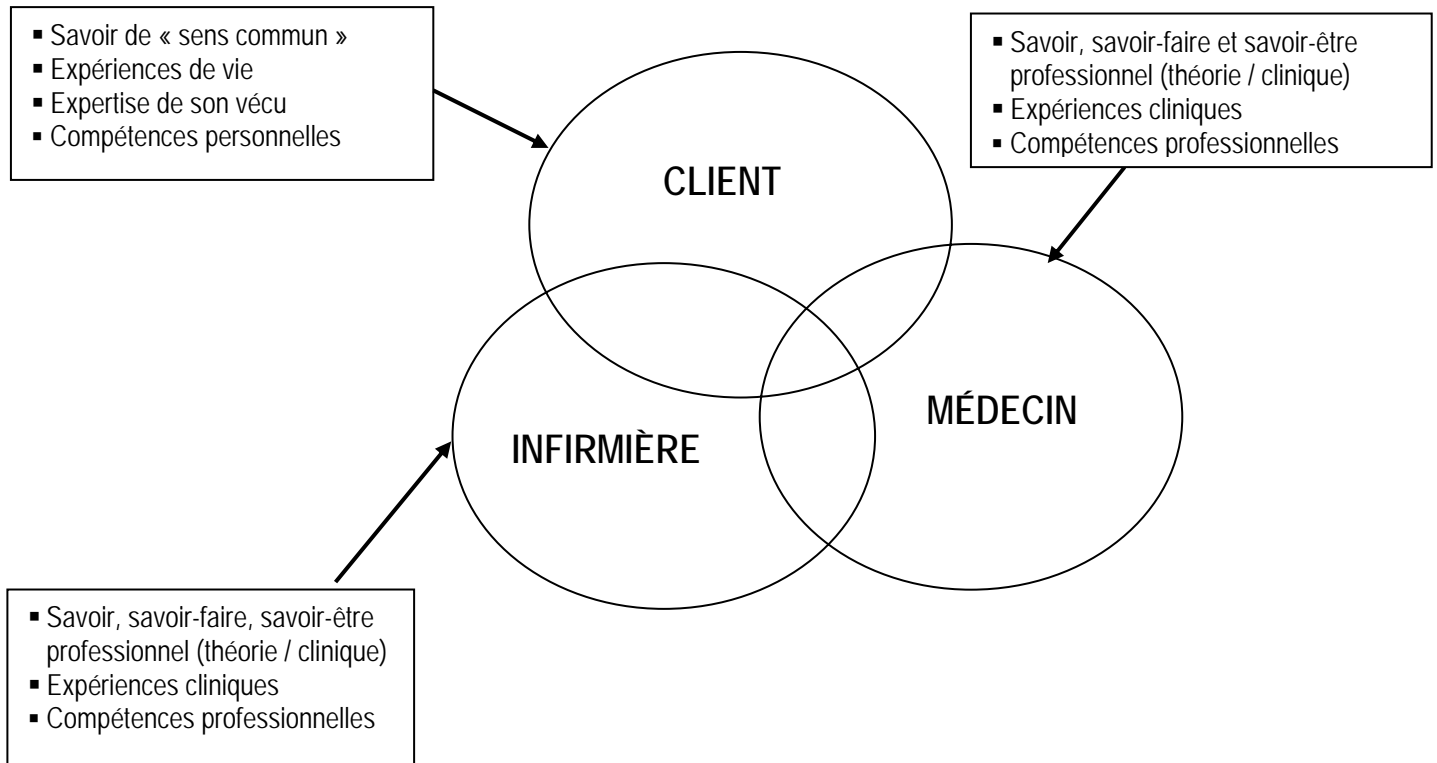


## PARTIE 3 : L'APPROCHE D'AUTOSOIN

### 3.1. LE RÉAJUSTEMENT DE L'APPROCHE D'AUTOSOIN

L'autosoin, tel que conçu initialement lors de la phase 1 de l'expérimentation, était le « résultat » de l'arrimage des compétences des trois acteurs principaux de l'expérimentation : le médecin, l'infirmière et le client. Ce maillage des compétences (savoir, savoir-faire et savoir-être) permettait de définir un but commun à la triade (cohérence) et d'offrir un soutien optimal à l'autoprise en charge de sa santé par le client. La figure 5 illustre cette conception.

**Figure 5 : La conception de l'autosoin utilisée lors de la phase 1 de l'expérimentation**



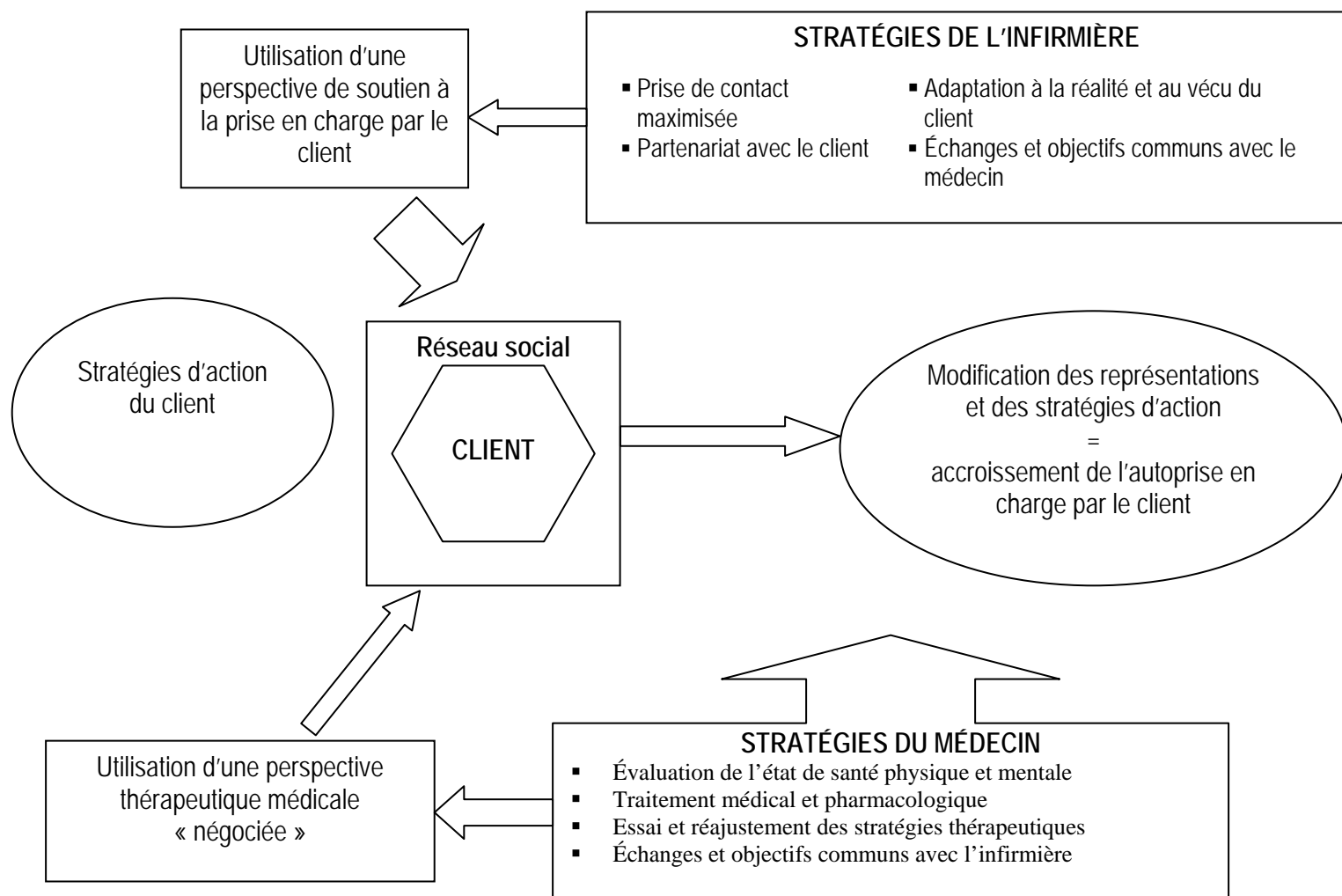
L'analyse des données de la phase 1 a permis de constater que l'infirmière assumait un soutien plus régulier et plus direct à l'autoprise en charge par le client. Il était donc faux de « niveler » les contributions des deux professionnels sur cet aspect du processus de soins. Le rôle plus actif de l'infirmière dans l'autoprise en charge par le client s'explique assurément par le développement, depuis plus de vingt ans, de telles habiletés par les infirmières, surtout celles œuvrant en santé communautaire. Les infirmières de la santé communautaire ont été inspirées dans leur pratique par plusieurs modèles dont la parenté avec les approches actuelles axées sur l'autosoin ne fait aucun doute. Ces divers modèles étaient également axés sur l'actualisation du potentiel des individus, des familles et des communautés (Orem, Henderson, Gingras). Le projet d'expérimentation a favorisé une réinsertion de diverses approches de soutien à l'autonomisation des clients dans la pratique quotidienne en soins infirmiers courants en CLSC.

La conception initiale de l'autosoin était basée sur une contribution plus équilibrée des trois acteurs (médecins, infirmière, client). Cette conception tenait peu compte des contingences de la pratique et présupposait, en quelque sorte, que les expertises médicales et infirmières en matière d'autosoin étaient semblables. La conception de l'autosoin utilisée lors de la phase 2 met en relief l'expertise particulière des infirmières en matière de soutien à l'autosoin et campe davantage les expertises dans une perspective de complémentarité plutôt que dans une perspective d'interchangeabilité.

### **3.2. L'UTILISATION CONCRÈTE DE L'APPROCHE D'AUTOSOIN DANS LA PHASE 2 DE L'EXPÉRIMENTATION**

Dans l'approche utilisée lors de la phase 2, l'infirmière est positionnée comme l'acteur professionnel central du soutien à la prise en charge par le client. Elle constitue la figure de référence pour le client. Elle devient l'intervenante privilégiée auprès du client et ses stratégies d'évaluation et d'intervention sont « ajustées » et « teintées » par une préoccupation transversale de soutien à la prise en charge de sa santé par le client. Dans ce modèle, l'infirmière et le médecin ont ajouté à l'éventail de leurs stratégies professionnelles, les échanges et la définition conjointe des objectifs d'intervention (collaboration). Ils utilisent donc des stratégies différenciées, propres à leur champ d'expertise, qui sont coordonnées autour d'un objectif commun : l'amélioration de l'état de santé du client. L'ensemble des stratégies de l'infirmière se combine au sein d'une « perspective de soutien à la prise en charge par le client » alors que les stratégies du médecin se regroupent au sein d'une « perspective thérapeutique médicale négociée ». La combinaison de ces deux perspectives permet au client de modifier ses représentations (de sa maladie, de son efficacité personnelle, de ses conditions de vie...) et ses stratégies d'action (modification des habitudes de vie, modification de ses objectifs personnels...) afin d'optimiser sa capacité de prise en charge de sa santé. La figure 6 tente d'illustrer cette conception.

**Figure 6 : La conception de l'autosoins utilisée lors de la phase 2 de l'expérimentation**



La conception de l'autosoins utilisée dans le quotidien par l'infirmière reposait beaucoup sur le modèle d'Orem (1980), largement utilisé dans les CLSC au cours des années 1980 et 1990. Il apparaissait important d'asseoir le projet sur une conception « intégrée » de l'autosoins (expertise de l'infirmière), qui se transformerait au cours de l'expérimentation. Nous misions ainsi sur les acquis pour consolider le sentiment de compétence de l'infirmière. Il est parfois tentant de proposer une « nouvelle » conception de l'autosoins dans des projets d'expérimentation, ce qui peut constituer pour les acteurs une « négation » de leurs savoirs actuels.

Le modèle d'Orem propose une vision de l'être humain qui comporte deux volets : 1) l'aspect structurel et l'aspect fonctionnel de l'individu aux plans biologique, psychologique et sociologique et 2) la personnalisation de l'individu désignée par l'expression « actualisation de soi ». Toute personne chemine vers la maturité et la réalisation de son potentiel personnel. Ce processus est dynamique. Par conséquent,

l'individu s'actualise en intégrant des connaissances et en recherchant des réponses adéquates à ses besoins. Ce processus s'inscrit par ailleurs dans un environnement qui l'influence. Les principales valeurs sous-jacentes au modèle d'Orem sont que :

- les adultes sont autonomes et responsables d'eux-mêmes et des personnes à leur charge;
- les personnes démunies, malades, plus âgées, handicapées ou défavorisées doivent être aidées dans le soulagement de leur détresse et dans le développement de leur responsabilité face à leur santé (autosoin);
- les soins infirmiers constituent un service d'aide aux personnes qui en ont besoin;
- les soins infirmiers sont requis quand le maintien de l'autosoin nécessite l'application des connaissances scientifiques et l'utilisation de techniques spécifiques pour concevoir et dispenser des soins.

Finalement, le modèle d'Orem prend appui sur une conception de la santé qui peut être résumée ainsi :

- la santé est un état de bien-être et d'harmonie physique, mentale et sociale;
- la santé touche l'être humain dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses dimensions biologiques, interpersonnelles, psychologiques, sociales, culturelles, spirituelles et économiques;
- l'état de santé n'est pas statique; il change constamment au cours de la vie.

À la lumière des observations précédentes livrées dans ce rapport, il est possible de noter certains ajustements de ce modèle soit : 1) toute personne adulte, et non pas uniquement les personnes démunies, peut bénéficier d'un soutien au développement de sa capacité de prise en charge de sa santé; 2) le soutien infirmier doit s'ajuster sur la base d'une évaluation de la « capacité de prise en charge » initiale du client et 3) toute personne vivant une modification de son état de santé doit réévaluer et réajuster ses stratégies de prise en charge.

### 3.3. LES STRATÉGIES UTILISÉES PAR L'INFIRMIÈRE AVEC LE CLIENT

L'infirmière rencontrait les clients pour une première cueillette d'information. Même si le médecin détenait un certain portrait du client, l'infirmière faisait une cueillette globale de données afin de mettre à jour ou de bonifier l'information du médecin. À cette étape, elle questionnait le client sur son histoire et ses traitements. Dans un deuxième temps, elle approfondissait sa cueillette de données afin d'obtenir un portrait social et familial du client. Par conséquent, elle posait des questions sur l'accessibilité et la composition du réseau social, les loisirs du client, ses valeurs, ses priorités (où se situait la santé), ses capacités et sa motivation à opérer des changements pour améliorer sa santé.

Le réseau social du client est un aspect évalué en profondeur par l'infirmière. À l'intérieur de sa collecte de données, elle avait des questions portant sur le nombre de personnes dans le réseau, le type de soutien offert par ces personnes et leur disponibilité réelle dans les sphères d'activités où le client disait avoir besoin d'un soutien. Lorsque l'infirmière jugeait qu'elle avait besoin de plus amples informations sur le réseau social, elle pouvait rencontrer le client à domicile de façon à évaluer la nature des relations entretenues avec la famille. Le médecin détenait également des informations importantes au sujet du réseau social du client puisque certains recevaient des soins médicaux à domicile, ce qui avait exigé une cueillette de données sur le réseau de soutien du client. Les deux professionnels partageaient donc cette information factuelle et leur évaluation professionnelle du soutien assumé par les « aidants naturels » du client.

Plus globalement, l'infirmière dressait un tableau complet de la vie quotidienne du client. Plusieurs aspects du mode de vie prennent une dimension importante quand vient le temps d'évaluer les possibilités « concrètes » de modifier certaines habitudes de vie (Qui prépare les repas? Qui achète et prépare la médication? etc.). Ensuite, l'infirmière faisait son évaluation clinique afin de cerner les différents besoins

implicites et explicites du client. Cette évaluation permettait de déterminer les besoins en regard desquels il était possible d'agir dans un contexte de soins de santé courants en CLSC. Dans la perspective d'autosoin adoptée par l'infirmière, celle-ci devait aider le client à trois niveaux distincts : 1) support dans l'identification de ses besoins; 2) aide à la recherche de solutions optimales et 3) soutien à l'essai et au réajustement des solutions identifiées.

L'infirmière discutait également avec le client de ses attentes en regard du suivi (fréquence des rencontres, modalités de contact privilégiées...) Ensemble, ils ciblaient des objectifs réalistes en lien avec les préoccupations du médecin et le champ d'expertise de l'infirmière. Lorsqu'ils avaient fixé l'ensemble des paramètres du suivi, l'infirmière tentait d'évaluer la capacité actuelle d'autoprise en charge du client. Pour ce faire, elle utilisait l'outil d'évaluation du niveau de l'autonomisation dont il a été précédemment question.

Lors des rencontres avec le client, l'infirmière optait pour une intervention organisée autour de certaines étapes soit : 1) la prise de contact; 2) le retour sur les paramètres convenus du suivi; 3) la cueillette d'information sur l'évolution de l'état de santé et sur les objectifs à atteindre entre les rencontres; 4) la révision des objectifs, le cas échéant et 5) le résumé de la rencontre, les suites convenues et la terminaison de la rencontre.

Il est possible de regrouper sous trois rubriques les diverses stratégies utilisées par l'infirmière pour être à l'écoute du client, établir une relation de confiance et soutenir le client dans ses actions concrètes. Ces trois rubriques sont une prise de contact optimale, un partenariat axé sur la complémentarité et une évaluation des capacités et des limites du client.

### **3.3.1. Une prise de contact optimale**

L'infirmière était préoccupée par les besoins « immédiats » du client. Elle s'y attardait, même si ceux-ci étaient indirectement liés à la raison principale du suivi. L'infirmière débutait sa rencontre en invitant le client à verbaliser ce qu'il vivait au moment de la rencontre. Lorsque le client éprouvait le besoin de parler d'une situation de santé, familiale ou autre qui semblait générer un stress ou une anxiété particulière, l'infirmière l'écoutait et posait diverses questions de façon à bien saisir la situation exposée du point de vue du client.

Les situations qui préoccupaient les clients étaient le plus souvent reliées à un événement inhabituel qui perturbait le quotidien, comme par exemple, un conflit interpersonnel avec un proche, une relation conjugale difficile, un nouveau problème de santé, un deuil ou un état d'angoisse généralisé. Ces événements avaient la caractéristique d'augmenter le niveau d'anxiété de la personne et de la contraindre au point de l'empêcher de porter attention au suivi avec l'infirmière. De surcroît, les événements de la vie quotidienne relatés avaient un impact direct sur la capacité du client à suivre son traitement ou à modifier ses habitudes de vie.

Cette prise de contact optimale était nécessaire pour intégrer le « vécu actuel du client » dans la démarche de suivi. Elle visait à créer une disponibilité et une ouverture chez le client propice aux changements. Par conséquent, une fois la situation angoissante extériorisée, l'infirmière pouvait graduellement supporter le client dans ses efforts d'autosoin. Pour réaliser cette étape, l'infirmière a utilisé différentes approches telles que la valorisation et la reconnaissance, la ventilation et l'écoute ainsi que la normalisation. Les définitions, dans l'encadré qui suit, visent à expliquer plus précisément la nature des approches utilisées lors de la phase de contact.

### **Valorisation-reconnaissance :**

- l'infirmière identifiait avec le client les solutions envisagées et les initiatives de résolution du problème de santé et de bien-être déjà entreprises par le client et supportait les initiatives jugées positives par le client;
- elle reconnaissait les efforts déployés par le client dans la recherche de solutions;
- elle expliquait l'état des connaissances professionnelles sur les stratégies utilisées par le client;
- elle aidait le client à analyser les situations d'échec pour qu'il évite de répéter les mêmes erreurs et ne soit démotivé.

Cette approche permet à l'infirmière de soutenir le client dans la recherche de solutions et d'actions efficaces en reconnaissant la validité de certaines d'entre elles et en évaluant avec lui les stratégies d'action moins efficaces. De cette façon, elle visait à démontrer au client qu'il possède la capacité et le potentiel pour se prendre en charge (autonomisation). Elle permettait également de mettre l'accent sur les succès vécus par le client plutôt que sur certains échecs. Elle évitait les pièges des approches culpabilisantes pour les clients.

### **Ventilation-écoute :**

- l'infirmière invitait le client à exposer les situations qui le préoccupaient;
- elle demeurait attentive aux émotions vécues par le client pour lui permettre de les extérioriser;
- elle favorisait la verbalisation des situations qui augmentaient l'anxiété du client, de façon à l'aider à demeurer motivé en vue de l'atteinte de ses objectifs.

Cette stratégie permettait à l'infirmière d'aider le client à identifier des sources d'angoisse et de stress afin qu'il soit de nouveau disponible pour son suivi. Il s'agit d'une relation d'aide dont l'objectif est de mobiliser les forces du client pour initier un changement.

### **Normalisation :**

- l'infirmière expliquait au client que les symptômes ou les inconforts vécus, en lien avec son état de santé ou sa situation de vie, étaient « normaux » ou « typiques »;
- elle soulignait que les émotions, les croyances et le vécu entourant l'état de santé du client étaient similaires à ceux vécus par des individus ayant le même état de santé;
- elle expliquait que les difficultés rencontrées dans le processus de changement étaient similaires à celles vécues par une majorité de clients aux prises avec des problèmes semblables.

Cette stratégie permettait à l'infirmière de favoriser une dédramatisation de sa situation par le client et d'éviter que celui-ci ne s'enlise dans un processus de victimisation. L'absence de dramatisation et de victimisation du client favorise une reconnaissance accrue de sa capacité de contrôle de la situation et contribue à maximiser sa prise en charge.

### **3.3.2. Un partenariat axé sur la complémentarité**

L'infirmière développait avec le client une relation de partenariat. Le partenariat reposait sur l'implication conjointe du client et de l'infirmière dans l'ensemble des décisions résultant du suivi. L'infirmière considérait le client comme « l'expert de sa vie », tout en reconnaissant sa propre expertise relative au savoir

professionnel. Il s'agissait donc de mettre à profit deux types d'expertises complémentaires dans les suivis et pour ce faire, ils étaient des alliés. L'actualisation du partenariat se traduisait par la mise en œuvre d'une stratégie de communication empreinte de complicité, de simplicité, d'ouverture, d'empathie, d'écoute et d'honnêteté. L'infirmière adaptait sa stratégie de communication en regard des caractéristiques des clients et de leurs capacités relationnelles et communicationnelles.

### 3.3.3. Une évaluation des capacités et des limites du client

Une autre stratégie importante déployée par l'infirmière dans ses interventions consiste en l'évaluation des capacités et des limites du client afin d'être plus en mesure d'ajuster les objectifs d'intervention en fonction de celles-ci. Cette stratégie permet d'évaluer le client sur ses capacités d'autosoin, d'écoute, de compréhension et d'assimilation de l'information. L'infirmière devait également évaluer le niveau de connaissance du client sur son problème de santé, ses conséquences, les traitements médicaux et les pistes d'amélioration de sa qualité de vie et de son bien-être. L'évaluation du degré de connaissance sur l'état de santé ou le problème se faisait par l'entremise de questions directes (ex. : Connaissez-vous les impacts de votre maladie? Connaissez-vous les effets secondaires de votre médication? etc.)

#### Exemple

Pour connaître le potentiel d'autosoin du client, l'infirmière lui demandait de parler de sa façon de solutionner des problèmes physiques. Avec un client souffrant d'asthme, elle pouvait poser la question : « Lorsque vous utilisez votre « pompe médicamentée », comment faites-vous pour diminuer une crise ou atténuer les symptômes? ». La réponse du client permettait à l'infirmière de savoir si le client avait déjà envisagé des solutions, bref, s'il croyait être en mesure d'améliorer lui-même son niveau de confort. Ensuite, elle adaptait son intervention en tenant compte des capacités actuelles des clients. Si le client souffrant d'asthme n'avait jamais essayé de trouver par lui-même des solutions à son inconfort, l'infirmière considérait qu'il avait peu développé sa capacité d'autosoin, du moins sur cet aspect spécifique de sa condition physique. Elle débutait donc son suivi en le pistant sur des façons possibles d'améliorer son inconfort lors des crises, en lui indiquant qu'il pouvait lui-même identifier des façons d'améliorer sa condition.

L'infirmière identifiait les capacités et les limites du client sur divers aspects de son état de santé. Cette information était utilisée dans les rencontres subséquentes pour déterminer : 1) les aspects à propos desquels elle devait débiter l'éducation à la santé du client et 2) les habiletés du client (écoute, compréhension, assimilation d'information, etc.) sur lesquelles elle pouvait se baser dans le processus d'intervention.

En résumé, les diverses stratégies de l'infirmière semblaient propices à une maximisation du potentiel d'autosoin du client. Le client **reprenait du pouvoir sur sa santé**, c'est-à-dire qu'il statue, tout en étant soutenu, sur ses objectifs de santé, les actions concrètes à entreprendre et les efforts à consentir pour améliorer sa qualité de vie et son bien-être.

## 3.4. OUTIL D'ÉVALUATION DU NIVEAU D'AUTONOMISATION DE LA CLIENTÈLE

L'un des objectifs de l'expérimentation était de réintégrer, dans les suivis quotidiens, une approche favorisant l'autoprise en charge de sa santé par le client. Par conséquent, le comité aviseur trouvait important de contribuer à mieux outiller l'infirmière pour qu'elle puisse favoriser davantage l'autonomisation

des clients. Il trouvait également important d'élaborer un guide qui permettrait de cibler les interventions clés d'une approche de soutien à l'autonomisation des clients.

L'outil sur l'autosoin (voir l'annexe 2) a été basé sur les observations de l'infirmière et sa pratique quotidienne. La principale observation de l'infirmière était qu'il est difficile de savoir si l'information donnée au client est adéquate et adaptée à ses besoins et à sa capacité d'assimilation. De plus, il était difficile de bien situer le client dans son processus personnel de prise en charge de sa santé.

L'outil visait les objectifs suivants : 1) évaluer le niveau d'autonomisation du client sur trois dimensions soit, la compréhension de son état de santé (ou problème de santé), les solutions optimales envisagées et les solutions déployées; 2) donner des pistes d'intervention à l'infirmière sur les trois dimensions de l'autonomisation et 3) permettre un « monitoring » de l'évolution du processus d'autoprise en charge de sa santé par le client.

L'outil a été développé par le comité aviseur. Plusieurs séances de travail ont permis d'asseoir, d'adapter et de réfléchir sur la correspondance entre le modèle théorique duquel s'inspirait l'outil et les dimensions choisies. L'infirmière avait fait une première liste des interventions infirmières permettant d'atteindre les trois objectifs associés à l'autonomisation, de façon à ce que l'outil fournisse de l'information « traitable » dans le processus d'intervention infirmière.

L'outil a été prétesté de façon à évaluer sa pertinence, sa facilité d'utilisation, la compréhension des items et son adaptation à une diversité de situations cliniques. Le prétest a été effectué par l'infirmière lors de trois rencontres avec des clients distincts. De plus, l'outil a également été prétesté auprès de deux autres clients suivis par une autre infirmière des services courants du CLSC. Des ajustements relatifs aux pistes d'intervention et à la compréhension des items ont été apportés.

L'outil d'évaluation du degré d'autonomisation du client s'inspire de la théorie de l'actualisation de St-Arnaud (1996) développée dans le champ de la psychologie des relations humaines. Le concept d'actualisation de soi est apparu fort utile aux membres de l'équipe. En effet, un accroissement de la capacité de prise en charge de sa santé ne peut être atteint qu'à partir du moment où un individu a la capacité de se réaliser pleinement. Cette théorie repose sur une conception du processus d'actualisation qui s'articule en trois phases. Ces trois phases représentent les étapes par lesquelles l'individu évolue. Il s'agit de la phase du **recevoir**, du **choisir** et de **agir**. « Lorsque ces trois éléments sont réunis dans une séquence de vie, une personne se trouve engagée dans un processus d'actualisation (St-Arnaud, 1996, p. 5) ». Voyons en quoi consistent ces trois phases.

La phase du « **recevoir** » permet à la personne de s'engager activement dans son processus d'actualisation. Dans cette phase, la personne s'informe, fait face à sa réalité. Elle comprend, entend et reçoit le message envoyé par son environnement et son corps. La phase du « **choisir** », qui est tributaire de la phase du recevoir, donne à la personne la capacité de faire des choix éclairés face à son vécu. L'individu évalue l'information qu'il détient, la met en relation avec ses besoins fondamentaux et peut identifier des solutions ou des actions à entreprendre. La dernière phase, l'« **agir** », correspond au passage de l'intention au comportement observable. L'action est considérée comme le test ultime de la qualité des choix. Ainsi, plus la personne a fait un choix éclairé, plus elle adopte un comportement adapté à sa situation.

Dans le projet d'expérimentation, l'infirmière supportait le processus d'actualisation des clients. Tout d'abord, elle aidait la personne à devenir plus réceptive à l'égard de l'information qui circule dans son environnement et qui provient d'elle-même (**recevoir**). Puis, elle la soutenait de façon à la rendre plus

autonome dans ses choix (**choisir**) et plus efficace dans ses actions en s'assurant que celles-ci soient compatibles avec ses besoins (**agir**).

Le processus d'autoprise en charge de la santé a été envisagée, dans ce projet, comme un processus d'actualisation de soi. Par conséquent, le comité aviseur a décidé de considérer les trois éléments facilitant l'actualisation comme des objectifs à atteindre afin de soutenir l'autoprise en charge de sa santé. La phase du « **recevoir** » a été transformée en niveau de connaissance du client face à son état de santé. La phase du « **choisir** » est devenue le niveau de choix du client face à son état de santé et la phase de l'« **agir** » correspond aux actions entreprises par le client en lien avec l'amélioration de son état de santé.



## **PARTIE 4 : LES HYPOTHÈSES ISSUES DE L'EXPÉRIMENTATION**

### **4.1. L'hypothèse 1**

L'analyse des données préliminaires d'observation et des entrevues nous permet de formuler des hypothèses qui devront être explorées dans le cadre de protocoles de recherche plus rigoureux. Il est clair que la présente expérimentation ne constituait pas à proprement parler une démarche de recherche, quoiqu'elle en respectait certaines règles de rigueur. Il apparaît donc pertinent de conclure l'expérimentation en formulant des hypothèses qui pourraient ultérieurement être vérifiées.

**La première hypothèse est que la collaboration interprofessionnelle, développée à travers l'échange d'information et l'établissement d'une coopération structurée, permet un recours maximal à l'expertise de chacun des professionnels et le développement d'une coresponsabilité face aux clients qui augmentent l'efficacité du suivi.** L'efficacité accrue du suivi est postulée à partir des « effets perçus » par les médecins et les infirmières sur les représentations et les comportements des clients. L'encadré qui suit en fournit divers exemples.

#### **Exemples d'effets perçus par les médecins et les infirmières à propos du client**

- Meilleure autoprise en charge de ses suivis
- Atteinte des objectifs fixés avec l'infirmière
- Changement de la perception qu'avait le client de l'expertise du médecin et de l'infirmière
- Diminution du degré d'anxiété
- Augmentation de sa motivation à améliorer sa qualité de vie
- Adaptation et intégration de nouvelles habitudes dans le quotidien (alimentation, activité physique...)
- Meilleure acceptation des conséquences de son état de santé
- Recours à l'infirmière pour d'autres difficultés biopsychosociales

#### **L'hypothèse 1 intègre divers concepts qui méritent une explication plus élaborée.**

- 1) **Recours maximal à l'expertise professionnelle.** Résultat de la reconnaissance et de l'utilisation dans l'intervention régulière conduite auprès du patient, du savoir, du savoir-faire et du savoir-être propres à son groupe professionnel et aux autres groupes impliqués dans la collaboration, en vue d'identifier les meilleures avenues afin d'accroître la qualité de vie du client.
- 2) **Coresponsabilité du client.** Prise en charge conjointe de la trajectoire de soins du client qui prend appui sur des modalités structurées de relais interprofessionnel et un partage des tâches basé sur la complémentarité des expertises et un objectif global commun.
- 3) **Efficacité.** Écart réduit entre les objectifs visés conjointement par les professionnels et le client et les résultats effectivement atteints.

Une coresponsabilisation entre les professionnels a pour effet de réduire le sentiment de « lourdeur » éprouvé par les professionnels dans le suivi de certains clients. La coresponsabilité permet également au médecin et à l'infirmière d'axer davantage leurs rencontres avec le client sur leurs propres objectifs liés à leur expertise professionnelle. Ainsi, ils peuvent utiliser au maximum leur expertise clinique au profit du client. Par exemple, le médecin n'a pas à se préoccuper de toujours demander au client asthmatique de quelle façon il utilise ses médicaments, à quel moment et pendant combien de temps. Il sait que l'infirmière détient l'expertise pertinente pour effectuer ce type de suivi avec le client. Par conséquent, il se préoccupera davantage d'évaluer la capacité pulmonaire du client, aspect correspondant davantage à son expertise médicale.

## 4.2. L'hypothèse 2

**La seconde hypothèse s'énonce comme suit : la collaboration interprofessionnelle favorise une meilleure cohérence et une continuité accrue entre les suivis infirmier et médical.** Une fois encore, il convient d'explicitier davantage les termes utilisés dans cette hypothèse.

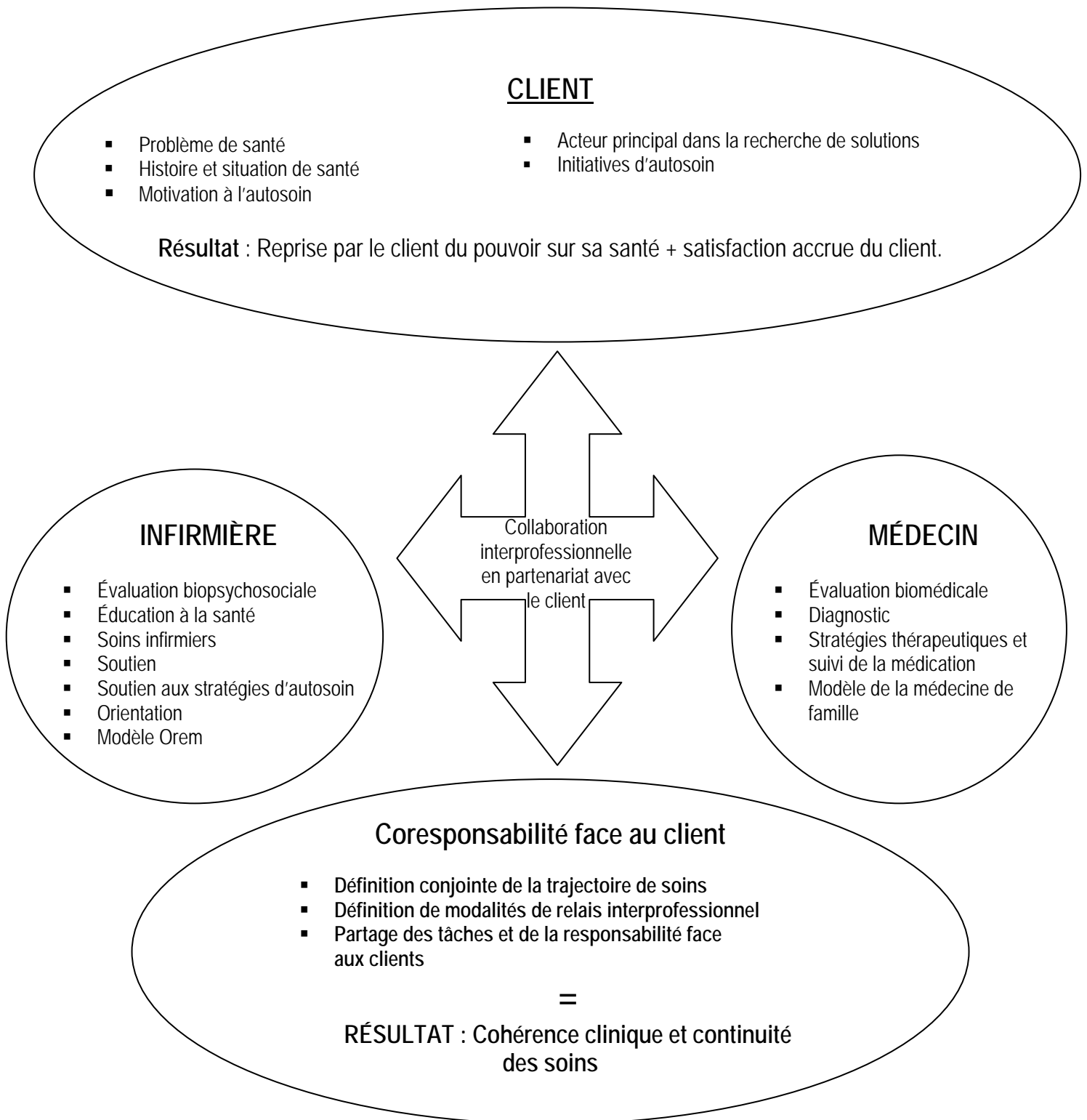
- 1) **Cohérence clinique.** Complémentarité et compatibilité des objectifs visés et des stratégies d'intervention utilisées par les deux groupes de professionnels auprès d'un client donné. La collaboration rend possible le maillage de pratiques et de savoirs différenciés dans l'action (médecin-infirmière-client). Ce maillage doit se faire autour des « situations de soins », c'est-à-dire qu'il doit être ancré dans la réalité quotidienne de la pratique. Cet ancrage permet une meilleure cohérence des objectifs, du langage, des stratégies d'intervention, des modes de communication, des représentations et des actions des divers partenaires impliqués dans l'intervention.
- 2) **Continuité.** Relais cohérent entre divers intervenants impliqués auprès d'un même client en raison de la compatibilité des objectifs, des résultats visés et des stratégies. Cette continuité permet d'envisager la présence d'un effet « cumulatif » des diverses interventions professionnelles.

## 4.3. L'hypothèse 3

La majorité des clients qui ont bénéficié d'un suivi régulier avec l'infirmière ont atteint, selon les dires de l'infirmière, du médecin et du client, des résultats importants en terme d'amélioration de leur état de santé. Les professionnels ont affirmé que les clients ont spécifié qu'ils étaient satisfaits du soutien que leur apportait le suivi infirmier.

**La troisième et dernière hypothèse s'énonce de la façon suivante. Une approche adaptée de soutien à l'autosoin basée sur une évaluation clinique rigoureuse est l'une des conditions importantes pour redonner au client du pouvoir sur sa santé et lui donner la possibilité d'être l'acteur principal dans la recherche de solutions.** Le soutien à l'autosoin permet d'accroître la satisfaction du client à l'égard des résultats obtenus dans le processus visant à améliorer son état de santé. Cette dernière hypothèse permet de mettre en relief la nécessité de soutenir le processus d'autoprise en charge par le client. La capacité concrète de prise en charge est variable d'une personne à l'autre. Elle doit être bien évaluée de façon à ajuster la stratégie de soutien en fonction de la capacité actuelle du client. La figure 7 tente d'illustrer ces trois hypothèses.

**Figure 7 : Illustration des trois hypothèses**





## **PARTIE 5 : CONCLUSION : LES RETOMBÉES DE L'EXPÉRIMENTATION SUR LES PROFESSIONNELS ET LES CLIENTS**

Les données amassées permettent d'identifier diverses retombées du projet sur les professionnels et la clientèle. Ces retombées font en sorte qu'il est possible d'affirmer que les efforts déployés par tous les acteurs ont permis d'atteindre le double objectif visé : 1) de modifier les modalités de partage des expertises entre les médecins et l'infirmière dans les services courants de CLSC et 2) de favoriser une plus grande autoprise en charge de sa santé par le client.

### **5.1. LES RETOMBÉES POUR LES PROFESSIONNELS**

Tout au long de l'expérimentation et du suivi avec l'agente de liaison, l'infirmière a pu observer les changements suivants dans sa pratique quotidienne :

- réintroduction de la promotion et de la prévention de la santé par l'entremise d'une approche axée sur l'éducation à la santé;
- utilisation élargie de l'expertise infirmière : éducation à la santé, soutien au processus d'autosoins, référence et orientation vers d'autres ressources, etc.;
- développement d'outils de soutien relatifs à divers problèmes de santé au suivi clinique (par exemple, outil décrivant les étapes d'évaluation de la problématique du diabète, recueil des différentes ressources communautaires disponibles pour les personnes souffrant de diabète, utilisation des dépliants disponibles sur le diabète...);
- développement de modalités plus soutenues de collaboration avec divers professionnels du CLSC et de l'extérieur (orientation et références avec les pharmaciens, inhalothérapeutes, médecins spécialistes...).

Pour sa part, les médecins participants ont également observé des changements dans leur pratique :

- coresponsabilité des clients avec l'infirmière permet une réduction de la « lourdeur » perçue de certains clients;
- recentrer les cibles d'intervention autour de l'expertise propre aux médecins.

Lors des entrevues, les médecins et l'infirmière ont affirmé qu'ils avaient vécu d'autres retombées dans leur quotidien. Ces retombées n'ont pas été consignées lors des observations car elles touchent davantage les perceptions :

- un meilleur climat de confiance entre les professionnels;
- une influence mutuelle plus importante dans la définition des objectifs des suivis des clients;
- la circulation d'information pertinente à la bonne poursuite des suivis;
- une augmentation du sentiment de compétence des professionnels qui provient de l'atteinte de résultats importants avec les clients;
- le sentiment de donner de meilleurs soins;
- l'impression de répondre davantage aux besoins de la clientèle;
- le sentiment d'aider véritablement une clientèle présentant des « problèmes » particuliers et complexes.

## 5.2. LES RETOMBÉES POUR LA CLIENTÈLE

Les professionnels de l'expérimentation ont pu observer chez les clients certains effets des suivis conjoints médecin-infirmière. Nous illustrons ces effets à l'aide de diverses situations cliniques.

1. **Effet observé : adoption de comportements de santé plus appropriés en fonction de sa condition de santé.**

### Exemple

Situation initiale : Client diabétique qui ne tenait pas compte du traitement médical conseillé.

Situation post-expérimentation : Meilleure prise des médicaments, augmentation de la fréquence des activités physiques et changement des habitudes alimentaires selon les paramètres fixés pour les personnes souffrant de diabète.

2. **Effet observé : meilleure autoprise en charge dans ses suivis et meilleur niveau de connaissances des traitements liés à son problème de santé.**

### Exemples

1. Client qui pose de nombreuses questions sur sa problématique et qui demande des renseignements plus complets sur ses médicaments et leurs effets secondaires.
2. Client qui démontre davantage de conviction à l'égard de sa capacité personnelle à améliorer sa situation de santé, personne souffrant d'asthme qui apprend qu'elle peut améliorer sa qualité de vie en augmentant le nombre de ses activités physiques et en les adaptant à son rythme.
3. Client qui propose des solutions personnelles afin d'améliorer son état, personne qui souffre d'arthrite et qui suggère d'aller faire le tour de son pâté de maison pour faire un peu plus d'exercice physique, personne souffrant d'hypertension et qui suggère de manger des grignotines sans gras ni sel en remplacement de ses croustilles habituelles.
4. Client qui prend des initiatives et qui vérifie leurs pertinences et leurs chances de réussite avec l'infirmière, personne souffrant de douleurs chroniques au bras qui a décidé de se masser le bras tous les 4 heures pendant 15 minutes avec une lotion anti-inflammatoire.

### 3. Effet observé : meilleure utilisation des services de santé.

#### Exemples

Situation initiale : Client qui appelle au CLSC en disant qu'il ressent une détresse physique et psychologique extrême.

Situation post-expérimentation : Diminution des appels en situation de crise, le client utilise un autre mode de consultation et d'information (ressource externe) sur son état de santé qui est la source de ses angoisses.

Situation initiale : Client qui appelle le médecin pour tous ses maux.

Situation post-expérimentation : Diminution des appels logés au médecin, le client utilise davantage l'infirmière et les autres ressources communautaires à sa disposition.

### 4. Effet observé : changement du traitement médical.

#### Exemple

Situation initiale : Client qui prend des médicaments pour le diabète (1 fois avant chaque repas).

Situation post-expérimentation : diminution de la posologie (1 fois au déjeuner et au souper).

### 5. Effet observé : atteinte des objectifs de suivi.

#### Exemples

1. Augmentation de l'IMC (indice de masse corporelle) après un diagnostic d'anorexie.
2. Diminution de la douleur physique suite à une chute par des massages réguliers et de l'exercice.
3. Diminution du poids.
4. Augmentation des activités physiques.

### 6. Effet observé : diminution du niveau d'anxiété.

#### Exemples

Situation initiale : Client qui vit beaucoup d'anxiété suite à un nouveau diagnostic.

Situation post-expérimentation : Diminution de l'anxiété causée par la ventilation, le fait d'être écouté, de comprendre le processus qu'il vit, la possibilité de trouver des solutions pour améliorer sa qualité de vie.

Situation initiale : Client qui a peur qu'il lui arrive quelque chose lorsque le médecin est absent.

Situation post-expérimentation : Le client est moins anxieux parce qu'il sait qu'il peut compter sur l'infirmière.

7. Effet observé : augmentation de la motivation du client à améliorer sa qualité de vie.

**Exemples**

- |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Client qui ne faisait aucune activité physique et qui a commencé à marcher autour de chez lui. |
| 2. Client qui suit davantage à la lettre du nouveau régime alimentaire adapté à son diabète.      |

8. Effet observé : adaptation et intégration de nouvelles habitudes dans son quotidien.

**Exemples**

- |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Client qui apprend à faire des activités physiques et à les intégrer à sa journée de travail. |
| 2. Client qui apprend à prendre son taux de glycémie suite à un récent diagnostic de diabète.    |

9. Effet observé : acceptation des conséquences de son état de santé.

**Exemple**

<u>Situation initiale</u> : Client qui n'accepte pas le diagnostic du diabète et les changements associés.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<u>Situation post-expérimentation</u> : Maintenant, il comprend les effets du diabète sur son rythme de vie et essaie de s'ajuster aux changements entraînés par son état de santé actuel.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Effet observé : recours à l'infirmière en tant que figure de référence.

**Exemples**

- |                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Client suivi pour hypertension artérielle qui appelle l'infirmière parce qu'il a des migraines depuis quelques temps. |
| 2. Client qui demande des conseils à l'infirmière sur une situation vécue par sa fille.                                  |

Ces résultats semblent témoigner d'un accroissement du degré d'autonomisation du client. Il est clair que nous devons poursuivre nos réflexions sur les façons de soutenir davantage les pratiques d'autosoin de la clientèle des CLSC.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adam, E., Guyonnet, M. (1992). L'infirmière dans l'équipe pluridisciplinaire, *L'infirmière canadienne*, p. 41.

Bernier, R. (Mai 1998). Pour une médecine ouverte sur la communauté..., *Le Magazine : Dossiers services médicaux*, numéro 2, pp. 5-8.

Gingras, P. (1989). Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire : Guide de référence, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Grenier, M. (Mars 1989). *L'implantation d'une équipe interdisciplinaire : conditions et prérequis*, Communication présentée dans le cadre d'un atelier sur l'interdisciplinarité.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). *La pensée infirmière*, Éditions Études vivantes.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1994). *Exercice infirmier en CLSC : constats et recommandations*, Bibliothèque nationale du Québec.

Santé Canada, La Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (1997). *Prendre en main sa santé : L'apport des infirmières et des médecins*, Étude exploratoire, Santé Canada.

Santé Canada, La Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (1998). *Prendre en main sa santé : Perspectives d'infirmières et de médecins enseignants*, Santé Canada.

St-Arnaud, Y. (1993). *Connaître par l'action*, Les Presses de l'Université de Montréal.

St-Arnaud, Y., Lescaubeau, R., Payette, M. (1990). *Profession consultant*, Les Presses de l'Université de Montréal et Les Éditions de l'Harmattan.

P:\CIRE\Documents officiels\Publications\Série C - enquêtes, consultations et projets pilotes\Projet pilote d'expérimentation - autosoin clientèle services courants en CLSC.doc

## *À PROPOS DU DOCUMENT*

---

Ce projet pilote visait à élaborer et à jeter les bases d'une nouvelle forme de partage des expertises entre des médecins et des infirmières, de façon à favoriser davantage la prise en charge (autosoin) de sa santé par la clientèle des services courants de CLSC. Ce projet pilote a été subventionné par Santé Canada pour la période 1998-2000 et s'est déroulé dans l'un des points de service du CLSC de La Région-Sherbrookoise.

## *À PROPOS DES AUTEURS*

---

La recherche et la rédaction ont été réalisées par Johanne Archambault, Isabelle Déry, Yvette Bourque, Line Saintonge et Louise Pronovost.

Micheline St-Laurent, Charles P. Leduc et Marjolaine Bonneville ont également collaboré à la réalisation de cette étude.

## *À PROPOS DU CIRE...*

---

La composante CLSC du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a créé une direction au sein de l'établissement afin de soutenir et coordonner la mission d'enseignement et de recherche en favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances. Cette direction porte le nom de « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE). À cette direction s'est ajoutée, en 2002, une direction scientifique de la recherche qui relève de la direction générale, mais collabore au quotidien avec le CIRE. Le rôle de cette direction est d'assurer un leadership scientifique au niveau du développement de la recherche.

La mission du CIRE est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert des connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.