



INSTITUT
D'ADMINISTRATION PUBLIQUE
DE QUÉBEC



PRIX TRAVAIL ÉTUDIANT

Natacha Viens

L'INTERDISCIPLINARITE DANS UN CHU:

VERS UNE APPROCHE CONTINGENTE DE SOINS

Travail dirigé dans le cadre de la maîtrise en administration publique, à l'École nationale d'administration publique, sous la direction de Mme Isabelle Fortier, professeure agrégée.

© *Natacha Viens, 2006*. Tous droits réservés.

Il est notamment interdit de reproduire, publier et diffuser le présent document, sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, sans avoir obtenu au préalable l'autorisation écrite de l'auteur.

Le présent document est diffusé via le site Web de l'Institut d'administration publique de Québec (IAPQ) avec l'autorisation de l'auteur.

RÉSUMÉ

De plus en plus de centres hospitaliers prennent un virage clientèle. Dans le but d'implanter ce dernier, nombre d'entre eux adoptent une gestion par regroupements clientèles (GPRC). Par contre, le virage clientèle et la GPRC n'apportent pas systématiquement une réponse interdisciplinaire et ces deux concepts doivent être distingués. Très peu d'études empiriques appuient la valeur ajoutée de l'interdisciplinarité dans toutes circonstances.

Le but de la présente étude est précisément de questionner la pertinence d'une approche interdisciplinaire systématique dans un centre hospitalier universitaire. Nous avons procédé à trente-quatre (34) entrevues auprès d'intervenants et de membres de la direction afin de comprendre les pratiques actuelles. Les documents officiels du centre ont de plus été analysés. Les résultats empiriques ont été comparés avec ceux de la littérature. Ils démontrent que l'interdisciplinarité est davantage appropriée pour certains usagers ciblés. Ces résultats sont confirmés par de nombreux auteurs dans la littérature. Il faut ajouter qu'une approche contingente des soins fournit des leviers de mobilisation des ressources humaines.

Mots clés : interdisciplinarité, centre hospitalier universitaire, virage clientèle

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le vieillissement de la population, l'augmentation des coûts des médicaments, la pénurie de personnel et le développement de nouvelles technologies créent des tensions sans cesse grandissantes dans le système de la santé. Ces pressions ont réaffirmé le besoin pour les centres hospitaliers de prendre un virage clientèle. Plusieurs changements se succèdent dont la modification des structures, de façon à passer graduellement d'un fonctionnement par départements ou services vers une gestion par regroupements clientèles (GPRC). La structure par départements ou services renvoie à des unités fondées sur la spécialité et le savoir du personnel. Chaque professionnel agit à titre d'expert dans son domaine (Mintzberg, 2003).

Pour les intervenants, ce type de structure favorise entre autres l'identité professionnelle avec les pairs et leur supérieur immédiat. D'autre part, la GPRC a comme objectif une gestion axée sur le flux des épisodes de soins. Les activités, les ressources et les informations sont organisées selon une logique de continuité et de création de valeur ajoutée. Cette structure a comme prémisses la formation d'une équipe d'intervenants responsable du processus de soins. L'un des principes directeurs de la gestion par regroupements clientèles, qui sera implantée sous peu dans le centre étudié, est l'interdisciplinarité. Elle favoriserait le partage d'une vision commune des besoins des usagers et l'adaptation des flux à ces besoins. Le but de la GPRC est donc la prise en charge globale de l'usager afin d'optimiser la continuité et l'intégration des soins et des services. Or, bien que la gestion par regroupements clientèles puisse favoriser l'interdisciplinarité (Lescarbeau et Champoux, 2001), ce sont deux concepts distincts. En utilisant l'interdisciplinarité pour mettre en œuvre le virage clientèle, les centres hospitaliers peuvent avoir tendance à systématiser la réponse interdisciplinaire. Cette étude soulève donc cette problématique.

Dans le même ordre d'idées, de nombreuses réformes ont eu pour but d'offrir à la population une gamme de soins complets, accessibles et complémentaires. La *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (chapitre 38, 1998, dans *Québec, 2001 b*, p. 38) encourage l'élaboration d'un plan intégré de soins basés sur les objectifs de l'usager. Néanmoins, la mise en œuvre de ce plan intégré pour différentes clientèles est rarement abordée.

Plusieurs auteurs ont signalé des difficultés à l'implantation de l'interdisciplinarité. Par contre, au Québec, peu d'études empiriques ont été faites pour mieux comprendre avec quelle clientèle cette approche est appropriée dans les centres de santé primaires (D'Amour, 2006). Cette étude vise justement à comprendre la réalité des équipes de soins dans un centre hospitalier universitaire. Nous tenterons donc de répondre à la question suivante :

- « *Quel type de pratique de soins permet à la fois une approche centrée sur les besoins des usagers et une réponse efficace et efficiente d'un point de vue organisationnel?* ».

En premier lieu, nous analyserons le contexte dans lequel s'inscrit ce mandat. Une revue de littérature permettra de mieux comprendre le concept d'interdisciplinarité. La méthodologie utilisée et les résultats seront présentés par la suite. Finalement, nous analyserons les résultats en regard de la littérature.

Pour y parvenir, il importe d'abord de définir la multidisciplinarité et de la distinguer de l'interdisciplinarité. Même si de plus en plus d'auteurs parlent maintenant de collaboration interprofessionnelle au lieu de parler d'interdisciplinarité (Payette, 2001; D'Amour, 2005, 2006), nous utiliserons le terme « interdisciplinarité » pour reprendre le vocabulaire utilisé dans les documents officiels du milieu.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Multidisciplinarité versus interdisciplinarité

La définition de la multidisciplinarité et celle de l'interdisciplinarité ne font pas consensus dans la littérature (Payne, 1999; Lescarbeau et Champoux, 2001). Selon plusieurs auteurs, la multidisciplinarité est une juxtaposition de professionnels qui travaillent pour un même objectif (D'Amour et al., 2005; Fortier, 2002; Gusdorf, 1989; Payette, 2001; Resweber, 1981). Ainsi, bien que chaque discipline reste relativement indépendante par rapport aux autres, un partage d'informations et des discussions sont nécessaires pour que les actions convergent vers un même but. Payette (2001) mentionne :

« S'inscrit dans une perspective multidisciplinaire l'intervenant qui, ayant recours aux expertises de ses collègues se laisse influencer dans les actes professionnels qu'il doit poser, mais prend seul les différentes décisions concernant la planification et l'implantation d'une intervention et en assume l'entière responsabilité, tout en se préoccupant de respecter les orientations et les priorités établies par l'équipe dont il fait partie. » (p.28).

L'utilisateur est donc divisé en problèmes qui sont traités par les professionnels respectifs et ceux-ci font ensuite état de la progression des résultats et des actions qu'ils entreprendront. Ainsi, les intervenants dans une équipe multidisciplinaire établissent des règles de coordination, partagent l'information et identifient des contributions spécifiques. Le modèle multidisciplinaire

persistera pour répondre aux besoins de santé moins complexes (D'Amour, 2006).

L'interdisciplinarité peut être définie selon le concept de la collaboration (Payette, 2001). Pour faire de l'interdisciplinarité, les acteurs doivent échanger leurs points de vue dans un objectif commun. Ces définitions rendent difficile la distinction entre la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité (Payette, 2001). Pour d'autres auteurs, l'interdisciplinarité nécessite une intégration des pratiques (Dusseault, 1986; 1990; Gusdorf, 1989; Payette, 2001; D'Amour et al., 2005). La définition du GRIPIUS (Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke) permet de mieux saisir la portée de l'interdisciplinarité en tant qu'organisation du travail :

« L'interdisciplinarité est une modalité de l'organisation du travail qui vise l'intégration entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes. » (Payette, 2001, p.22).

Cette définition a l'avantage de démontrer la complexité de ce mode d'organisation du travail. Pour ces auteurs, l'interdisciplinarité est appropriée pour des cas complexes où la multidisciplinarité ne permet pas de résoudre la situation (Payette, 2001). L'interdisciplinarité présente donc un niveau plus élevé de collaboration et d'intégration par rapport à la multidisciplinarité.

En effet, face à des problématiques complexes, les intervenants se retrouvent dans une situation d'interdépendance et de partenariat nécessitant une convergence des soins. Selon Gusdorf (1989), l'interdisciplinarité suppose un « espace commun », « une cohésion des disciplines » (p. 872). Cette convergence des soins signifie donc que l'interdisciplinarité nécessite un niveau de synergie et de complémentarité qui oblige à s'ouvrir à la vision des autres intervenants (Fortier, 2002; Romm, 1998). Ainsi, l'interdisciplinarité s'inscrit sur deux continuums : un premier continuum de collaboration et un second d'intégration.

L'intégration suppose que les intervenants se mettent d'accord sur un plan de soins. Elle exige un cadre de référence commun. Selon D'Amour (2006), les intervenants doivent percevoir une finalité commune. Cette intégration nécessite la reconnaissance des intérêts, donc une ouverture aux autres et l'établissement d'une relation de confiance. Contandriopoulos, A. P. et Denis J. L. (2001) proposent la définition suivante de l'intégration :

« Processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre les acteurs (et les organisations) autonomes pour coordonner leurs

interdépendances dans le but de réaliser un projet collectif (projet clinique). » (Payette, 2001, p.24).

L'interdisciplinarité signifie donc se centrer sur les besoins de l'utilisateur. Nous émettrons l'hypothèse que les usagers ne présentent pas tous le même niveau de complexité et, par conséquent, ne nécessitent pas tous le même besoin de collaboration et d'intégration. En utilisant l'interdisciplinarité pour répondre à des besoins complexes, on évite la sclérose du système. L'approche est contingente aux besoins des usagers. Dans un deuxième temps, l'utilisation de cette approche permet aux intervenants de percevoir plus facilement la valeur ajoutée de l'interdisciplinarité et favorise la mobilisation des ressources humaines. En effet, l'interdisciplinarité est un processus qui résulte d'actes volontaires (D'Amour, 2006).

La mobilisation

Les entreprises de services doivent compter sur les ressources humaines pour performer. Si la motivation permet une amélioration de la performance au travail, elle ne suffit pas (Rondeau, Lemelin et Lauzon, 2000). Selon Wils et al. (1998), un employé mobilisé est « une personne qui déploie volontairement des efforts au-dessus de la normale pour améliorer continuellement son travail, pour l'aligner stratégiquement (c'est-à-dire sur les priorités organisationnelles) et pour le coordonner au sein de son équipe de travail en coopérant » (p. 32). Les récentes études montrent comment la mobilisation du personnel ajoute une valeur à l'organisation (par des efforts d'alignement stratégique), un travail d'équipe (par des efforts de coordination) et un travail de qualité (par des efforts d'amélioration continue) (Wils et al., 1998). Selon Tremblay et Wils (2005), la mobilisation se définit comme « une masse critique d'employés qui accomplissent des actions (faisant partie ou non de leur contrat de travail, rémunérées ou non) bénéfiques au bien-être des autres, de leur organisation et à l'accomplissement d'une œuvre collective » (p. 38). La mobilisation est donc un phénomène collectif.

Une organisation peut utiliser certains leviers pour favoriser la mobilisation (Rondeau, Lemelin et Lauzon, 2000). Ces auteurs identifient quatre (4) leviers de mobilisation : l'identification, l'appropriation, l'information et l'intéressement. Afin de créer des conditions mobilisatrices, il doit exister une communication ouverte. Un employé sera mobilisé s'il comprend exactement ce que l'organisation attend de lui et s'il a l'impression d'être écouté et compris (Rondeau, Lemelin et Lauzon, 2000). Le deuxième levier est celui de l'intéressement : les gestionnaires doivent reconnaître le travail du personnel. Le troisième levier de mobilisation regroupe l'ensemble des pratiques favorisant l'appropriation. C'est à ce niveau que l'enrichissement vertical s'inscrit, en permettant à chaque employé d'être responsabilisé et de prendre part aux décisions. De plus, en attribuant un sens positif au travail, l'employé s'identifie davantage à son travail. Les objectifs définis

en collaboration avec les employés favorisent donc l'engagement du personnel. En étant incités à trouver des solutions aux problèmes auxquels ils sont confrontés, les employés se sentiront responsables face aux résultats obtenus.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude exploratoire a pour but d'analyser les pratiques des équipes de soins afin de comprendre les besoins interdisciplinaires dans un centre hospitalier universitaire.

Les documents officiels ont été analysés pour comprendre le contexte particulier du centre étudié (manuel de gestion, rapport annuel des trois dernières années, documents sur la GPRC). Afin de conserver l'anonymat du milieu, ces documents ne sont pas cités dans les références. Par la suite, nous avons effectué une revue de la littérature afin de cerner les concepts clés reliés à l'interdisciplinarité et comprendre les aspects les plus importants à considérer pour l'élaboration d'un guide d'entrevue.

Les entretiens exploratoires (34) avaient pour objectif de laisser le soin aux membres de l'organisation de nous parler de leur réalité telle qu'ils la perçoivent, afin de mieux comprendre comment se structurent leurs actions. Ils ont été réalisés auprès d'intervenants et de membres de la direction et ont duré en moyenne 45 minutes. Les termes récurrents ont été comparés avec ceux de la littérature. L'analyse qualitative a donc été privilégiée. Puisque l'auteure est intervenante, l'analyse des entretiens exploratoires a été enrichie d'observations sur le terrain de réunions multidisciplinaires et du fonctionnement au quotidien. Les observations ont été recueillies à l'aide d'une grille d'observation élaborée à la suite de la revue de la littérature. Les concepts pertinents de la littérature reliés à l'interdisciplinarité ont donc été sélectionnés de manière à illustrer empiriquement la situation des équipes de soins dans le contexte d'un centre hospitalier universitaire.

Le travail dirigé respecte les normes habituelles d'éthique dont la *Politique sur la propriété intellectuelle* et la *Politique d'intégrité en recherche*. Aucun nom n'est divulgué dans le présent travail et les citations sont reproduites de façon à respecter la confidentialité des personnes rencontrées.

RÉSULTATS

Les usagers ne présentent pas tous le même niveau de complexité

Une approche ciblée permet de mieux voir la valeur ajoutée, car chaque clientèle n'a pas les mêmes besoins. Les entrevues montrent que les intervenants ne voient pas nécessairement la pertinence des réunions d'équipe pour certaines clientèles. « [En chirurgie cardiaque] c'est plus un travail en harmonie où chacun respecte le travail des autres, on connaît les temps de traitements alloués à chaque intervenant et on s'ajuste à cela. L'équipe inter est moins nécessaire (entrevue paramédical 1). » « On se croise. J'ai une bonne relation avec les médecins aussi, les chirurgiens, je les croise souvent à chaque jour. (...) Donc ça aussi c'est un bon travail d'équipe (entrevue paramédical 2). » Souvent, lorsque l'épisode de soins est plus prévisible, le besoin en interdisciplinarité diminue : « Si on regarde les patients qui entrent en chirurgie, on sait où ils s'en vont après. C'est un court épisode de soins, ce n'est pas pertinent de faire des réunions pour ça (entrevue médecin 6). » Par exemple, nos observations ont montré que le temps de séjour après la chirurgie est d'environ cinq jours et que la plupart des usagers suivaient la même progression.

Les entrevues rappellent aussi que les intervenants ont peu de temps. Ils ont adapté leur quotidien aux besoins de la situation. En général ces entrevues indiquent que les intervenants fonctionnent en multidisciplinarité. Par contre, pour certains usagers dont les besoins sont plus complexes, les intervenants ont senti la nécessité d'intégrer leurs pratiques. Un plan de soins intégré est alors élaboré. Les intervenants ont mentionné certaines catégories de clientèle pour lesquelles le besoin en interdisciplinarité était plus fréquent. Les catégories qui suivent découlent des entrevues.

Caractère chronique/ caractère marginal

Les entrevues démontrent que les usagers avec des atteintes chroniques ou qui présentent un caractère marginal nécessitent davantage d'interdisciplinarité. Les multiples hospitalisations ont amené les intervenants à trouver des moyens alternatifs au retour à l'urgence. « La santé mentale, c'est une maladie chronique; donc c'est sûr que la personne risque de revenir si on n'identifie pas ce qui la fait décompenser (entrevue paramédical 4). » Les traitements optimaux doivent être poursuivis. « [Avec] les mères toxicomanes, il y a beaucoup d'interdisciplinarité. (...) Notre clientèle toxicomane, entre autres les femmes qui font l'usage de méthadone, a un suivi médical avant de devenir enceinte ou pendant la grossesse. Le suivi va se poursuivre après parce qu'elles sont sur le programme particulier. Souvent, le bébé est hospitalisé pour une longue période (entrevue infirmière 8). » Un médecin nous a relaté un cas où l'interdisciplinarité a permis de mieux gérer une situation où l'utilisateur était difficile à prendre en charge : « Depuis 5 ans, sa vie c'est de se

promener d'un hôpital à l'autre. Maintenant, on a établi un plan de traitements à long terme et on sait exactement quoi faire [s'il revient à l'urgence]. » L'interdisciplinarité permet donc de répondre à la complexité reliée aux problèmes chroniques ou aux usagers marginaux. « Je pense à une patiente qu'on a actuellement. Elle ne collabore pas. Elle dit toujours qu'elle ne peut pas se lever, les préposés font les efforts avec elle et quand ils se retournent, la patiente marche toute seule. Eh bien, on a organisé une rencontre. J'ai ensuite rencontré les préposés pour leur communiquer le plan pour cette patiente (entrevue infirmière 7). »

Conditions associées et problèmes multisystémiques

Les intervenants ont allégué que les grands brûlés et les personnes âgées possèdent entre autres ce type de problèmes. Notre expérience montre que ces usagers présentent en général des conditions associées et des problèmes multisystémiques qui créent un besoin de fonctionnement interdisciplinaire (observations).

L'approche interdisciplinaire permet aussi de mieux cerner un problème pluridimensionnel. L'un des bons exemples, mentionné par un médecin, est la perte d'autonomie reliée à des chutes fréquentes chez la personne âgée. Ce problème doit être analysé en terme de diagnostics et d'impressions cliniques faits par plusieurs intervenants. La personne présente-t-elle, par exemple, une faible force musculaire, un mauvais patron de marche, des effets secondaires de médicaments, de l'incontinence urinaire, une diminution de la vision ou une mauvaise adaptation au domicile? Ces problèmes sont discutés en équipe et un plan intégré peut être établi en conséquence. Il est alors possible de cibler les aspects prioritaires. Ainsi, les problèmes multifactoriels (qui ont trait à plusieurs disciplines) sont mieux gérés lorsque discutés et abordés par l'interdisciplinarité (entrevue médecin 2). « Tout n'a pas à être réglé à l'hôpital (entrevue médecin 6). »

Les usagers en fin de vie ou dont l'orientation au congé est difficile à déterminer
Lorsque l'orientation au congé est difficile à déterminer l'approche interdisciplinaire est plus importante. « Je crois que c'est important d'avoir un consensus parce que des fois [la situation] est difficile à accepter pour le patient ou la famille (entrevue médecin 1). » Cette approche permet de déterminer les facteurs liés à l'orientation et d'établir un plan pour préciser l'orientation de l'utilisateur.

Certains usagers présentent une perte importante d'autonomie. L'orientation des usagers dépend en grande partie de cette autonomie. Cet exemple est très évocateur :

« Un patient qui avait été bien malade est devenu grabataire.
On pensait devoir l'orienter vers les soins prolongés, et à un

moment donné il a formulé le souhait de ne pas y aller. Il ne dormait pas, il n'était pas question qu'il aille aux soins prolongés. On lui a donné deux semaines pour nous montrer ce qu'il était capable de faire et faire valoir son potentiel. Alors tout le monde s'est mis d'accord. Le patient voulait tellement qu'il a effectivement retrouvé une certaine autonomie (entrevue infirmière 5). »

Pour les usagers en fin de vie, il importe que les intervenants connaissent le plan de soins et les objectifs. Par exemple, le plan de soins pour maintenir la mobilité d'une personne ne sera pas le même si la priorité est surtout le soulagement de la douleur (observations). Aucun intervenant ne peut régler les problèmes seuls. « [Aux soins palliatifs], il y a des rencontres une fois par semaine. On ne discute pas de tous les patients, mais des patients problématiques (entrevue paramédical 8). »

Complications

Les entrevues montrent que lorsque l'état des usagers se complique, le besoin en interdisciplinarité augmente. L'une des raisons, c'est que le nombre d'intervenants impliqués dans le dossier croît rapidement (observations). « Quand un cas s'en vient problématique, tout de suite l'infirmière assistante convoque le travailleur social. Puis, il y a du monde dans le dossier assez vite (entrevue paramédical 2). » Lorsque l'état de l'utilisateur se complique, les protocoles habituels ne peuvent plus être suivis à la lettre et l'évolution est plus variable (observations). Les complications prolongent souvent la durée de l'hospitalisation (observations). « Les patients qui ne suivent pas le protocole normal, qui ont été très instables devraient pouvoir bénéficier d'une approche interdisciplinaire (entrevue paramédical 1). »

Ainsi les intervenants ont mentionné que les besoins des usagers en termes d'interdisciplinarité varient. Le tableau suivant donne des exemples concrets de clientèles avec lesquelles les intervenants voient la pertinence de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité. Ce tableau montre qu'un même programme ou regroupement, par exemple la pneumologie, présente parfois un besoin en interdisciplinarité avec des usagers dont la maladie est chronique (maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou fibrose kystique (FK)), alors qu'un usager hospitalisé pour une pneumonie sans autre complication, nécessitera plus souvent une approche multidisciplinaire. Ce tableau n'est toutefois pas exhaustif, et il faut comprendre que les intervenants en chirurgie cardiaque, par exemple, utiliseront l'interdisciplinarité, mais à une fréquence probablement moins élevée que les intervenants en psychiatrie.

Tableau 1 : Exemples de clientèles ayant des besoins en multidisciplinarité et en interdisciplinarité

<i>Multidisciplinarité</i>	<i>Interdisciplinarité</i>
Chirurgie cardiaque	Insuffisance cardiaque
Pneumologie : pneumonie	Pneumologie : MPOC, FK
Gynécologie obstétrique sans complication	Gynécologie obstétrique : femmes toxicomanes
Chirurgie thoracique	Grands brûlés
Médecine interne (cas non problématiques)	Psychiatrie
Soins intensifs, usagers avec court séjour	Gériatrie

La mobilisation des ressources humaines

Les intervenants ont mentionné l'importance pour eux d'avoir un impact sur les décisions qui touchent leur quotidien : « Je ne crois pas que je devrais faire partie de la tournée parce que je perdrais un temps fou, je pense, à y assister. Quand il y a des choses très spécifiques dont je veux entendre parler, je peux leur demander d'être présent quand ils parlent du patient ou sinon, je vais les voir en particulier (entrevue paramédical 10). » Ceci n'est pas, non plus, perçu négativement de la part des autres intervenants de la tournée (entrevue paramédical 12). Par contre, lorsque les raisons sous-jacentes à certaines décisions ne sont pas comprises, ces dernières sont sources de frustration. Par exemple, l'infirmière de l'urgence, l'infirmière de suivi systématique et l'infirmière traitante collectent souvent les mêmes données qui sont ainsi inscrites à trois reprises dans le dossier. Une feuille synthèse permettrait, selon les intervenants, de diminuer cette répétition perçue comme une perte de temps (entrevue infirmière 1).

Les intervenants mentionnent que l'utilisateur devrait toujours être au centre des préoccupations (entrevue infirmières 3 et 4) : « Quand le but est le bien-être du patient il n'y a pas vraiment de problème (entrevue infirmière 3). » Le travail fonctionne bien « quand le but commun, c'est la qualité des soins; le but commun, c'est le congé d'un patient; le but commun, c'est de maintenir la patiente (...) en vie jusqu'à ce qu'elle ait ses poumons, c'est ça le travail en équipe (entrevue infirmière 4). » L'utilisateur permet de donner un sens à leurs interventions.

De même, certaines pratiques favorisent le travail d'équipe. Les intervenants ont mentionné la circulation de l'information comme étant un facteur important pour un travail efficace. Ils ont d'ailleurs insisté sur le fait que la stabilité des équipes favorise l'intégration des soins et l'établissement d'une relation de confiance (entrevues paramédical 1, 2 et 3). Les possibilités de socialisation permettent aussi de mieux connaître les rôles de chacun et facilitent aussi la communication (entrevues paramédical 1 et 3). Les prises de décisions unilatérales nuisent aux efforts de travail d'équipe (entrevue paramédical 8).

DISCUSSION

L'approche centrée sur l'utilisateur : s'adapter à la complexité

Selon Sicotte, D'Amour et Moreault (2002), l'un des problèmes au Québec est le fait que « *interdisciplinary collaboration is largely perceived as an ideal goal and thus systematically promoted and imposed for all clientele. This policy exacerbates the tension between the interdisciplinary and disciplinary logics (...)* p. 1000. » Notre étude démontre que dans le centre hospitalier étudié, les intervenants utilisent l'interdisciplinarité ou voient sa pertinence avec certaines clientèles complexes. Cette perception va dans le sens même de plusieurs études : Dusseault (1986), Sicotte, D'Amour et Moreault (2002), Sims et Sims (1993). Par exemple, selon Dusseault (1986) les équipes de gériatrie ont souvent des pratiques interdisciplinaires plus développées. Selon Strauss (1992), lorsque les trajectoires de l'utilisateur sont peu problématiques, les besoins en interdisciplinarité diminuent et les procédures peuvent alors être standardisées (cité dans d'Amour, 1997). Ainsi, une organisation pourra mettre beaucoup d'énergie à modifier ses structures et l'organisation du travail, mais les efforts pour implanter l'interdisciplinarité pour tous les usagers avec un parcours bien défini surpassent les avantages de l'interdisciplinarité. Une fois identifiés les usagers ayant un besoin accru en interdisciplinarité, les intervenants pourront adapter leur processus de soins. Le fonctionnement étant connu et compris par tous, le passage vers l'interdisciplinarité pourra être fluide lorsque nécessaire.

L'élaboration d'un plan intégré se fait parfois avec la famille et parfois uniquement entre les intervenants. McWilliam et al. (2003) font valoir que certains usagers veulent participer à l'élaboration de leur plan de soins, alors que d'autres préfèrent qu'on leur dicte la voie à suivre au lieu de les impliquer dans un processus de décision. La clientèle âgée reste souvent attachée au modèle traditionnel de soins auquel elle est habituée (Dusseault, 1990). Ces résultats montrent que la participation des usagers variera en fonction des besoins et des capacités des usagers. L'approche centrée sur l'utilisateur implique donc que l'on connaisse les expertises disponibles pouvant contribuer aux soins, de même que les personnes avec qui un intervenant peut collaborer, et qu'il y ait une orientation claire centrée sur l'utilisateur.

Une pratique interdisciplinaire ciblée permet de mieux répondre aux besoins spécifiques d'une clientèle complexe. Puisque l'interdisciplinarité est une pratique qui ne peut pas être imposée, car elle découle d'actes volontaires, l'organisation doit créer des espaces pour la mobilisation du personnel.

La mobilisation par l'approche centrée sur l'utilisateur

Les entrevues démontrent que les intervenants attribuent le bon fonctionnement d'une équipe au fait que tous les intervenants placent l'utilisateur au cœur de leurs interventions. Ceci n'est pas surprenant. Selon Chenette (1997), l'approche centrée sur l'utilisateur permet de donner un sens au travail des employés. L'interdisciplinarité peut alors être perçue comme une valeur ajoutée, une façon créative et constructive de faire face à des usagers complexes.

Bien que l'interdisciplinarité soit utilisée, notre expérience en centre hospitalier montre que l'élaboration d'un plan intégré est, dans certains cas, tardif. L'identification des usagers ayant besoin d'une approche intégrée n'est pas chose facile. Les entrevues n'ont pas permis de démontrer que les intervenants voulaient une révision de leur processus. Par contre, selon ces entrevues, les comités d'amélioration continue tendent à faciliter la communication et l'appropriation. La sensibilisation à la nécessité d'adapter le processus peut donc passer par les comités d'amélioration continue. D'ailleurs, Sicotte, D'Amour et Moreault (2002) soulignent que la formalisation de l'évaluation de la qualité favorise l'interdisciplinarité. Selon Wright (2001), la révision des processus devrait se faire progressivement en commençant avec les clientèles ayant des besoins plus importants en interdisciplinarité. Cette révision permet de déterminer ce qui fonctionne bien, ce qui serait à améliorer et ce qui ne fonctionne tout simplement pas. Elle permet de se questionner ensuite sur les usagers dont le besoin en interdisciplinarité est accru.

La mobilisation du personnel fait référence à l'attachement affectif face à une organisation, à son travail, à la mission de l'organisation et à la culture organisationnelle (Wils et al., 1998). L'être humain oscille entre deux logiques : celle de l'appropriation instrumentale (ou la logique de l'économie) et celle de l'appropriation symbolique (ou la logique de la culture), (Poupart, Ouellet et Simard, 1986). En d'autres termes, l'homme doit gagner sa vie, mais recherche aussi un sens à ses actions. Cette recherche de sens met en œuvre des pratiques permettant une identité dont les caractéristiques nous distinguent des autres et nous appartiennent à d'autres (Poupart, Ouellet et Simard, 1986). L'action est modifiée en fonction des valeurs et des croyances. L'interdisciplinarité basée sur une approche contingente de soins permet l'appropriation symbolique plus facilement, car l'ajustement informel du cadre de travail à la culture d'équipe est possible. Les acteurs mettent alors en œuvre des actions leur permettant de transformer le réseau formel pour servir leurs intérêts, tant psychologiques

qu'économiques et politiques. Comme l'utilisateur est au centre, cela valorise l'identification. En effet, le bien-être de l'utilisateur est la valeur commune entre tous les intervenants.

De plus, en donnant aux intervenants la possibilité de prendre part aux décisions qui touchent leur quotidien, on favorise la mobilisation. Il se trouve qu'au quotidien, les intervenants ont à déterminer quels sont les usagers qui bénéficient de l'approche interdisciplinaire. Ce contrôle sur le fonctionnement facilite l'appropriation et permet une flexibilité aux règles. Cette perception de valeur ajoutée donne un sens à leurs pratiques (Poupart, Ouellet et Simard, 1986). Selon Rondeau, Lemelin et Lauzon (2000), l'intervenant doit sentir que son travail apporte des contributions positives à son équipe (Rondeau, Lemelin et Lauzon, 2000).

Le processus de soins interdisciplinaire valorise une circulation de l'information et permet d'optimiser le levier qu'a l'information sur la mobilisation (Rondeau, Lemelin et Lauzon, 2000). Les intervenants mentionnent que la stabilité des équipes est un élément fondamental pour leur bon fonctionnement. La communication informelle est déterminante pour le travail d'équipe et ceci est en accord avec Reeves et Lewin (2004). Ainsi, la stabilité facilite les contacts répétés, ce qui améliore l'échange d'information. De même, il est plus facile de développer un lien de confiance et l'interconnaissance s'en trouve ainsi facilitée (D'Amour, 1997).

Finalement, l'approche interdisciplinaire ciblée permet de favoriser les leviers de mobilisation, ce que ne permet pas une approche interdisciplinaire systématique. Une réforme de soins qui valorise une approche mur à mur est donc un piège à éviter afin de prévenir la sclérose du système et l'essoufflement du personnel. La mise en œuvre de l'interdisciplinarité de façon ciblée permet une meilleure utilisation des ressources dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et de contraintes budgétaires.

Cette réflexion soulève donc les principaux enjeux de l'interdisciplinarité et remet en question l'utilisation de l'interdisciplinarité comme moyen pour implanter l'approche centrée sur l'utilisateur. Bien que les idées générales de cette étude puissent être reprises, les clientèles ayant des besoins accrus en interdisciplinarité peuvent différer d'un centre à l'autre. Il serait donc risqué de généraliser ces résultats tels quels sans effort pour comprendre le contexte propre à un autre centre. Les entrevues ont de même démontré que l'interdisciplinarité soulève des questions de pouvoir et certains intervenants peuvent avoir abordé partiellement le fonctionnement réel de leurs équipes lors des entrevues.

CONCLUSION

Notre étude montre qu'en centre hospitalier, l'interdisciplinarité doit être privilégiée pour mieux gérer la complexité de l'état de certains usagers. Il s'avère toutefois important de pouvoir identifier rapidement ces cas afin d'offrir une approche proactive, et d'utiliser le plus rapidement possible l'interdisciplinarité. Ce mode de fonctionnement ciblé permet donc une production de connaissances. De plus, face à ces nouveaux défis, un mécanisme de rétroaction permet de placer les intervenants dans une situation d'amélioration continue. Une piste de recherche pertinente pourrait être poursuivie dans cette direction.

Le Conseil québécois d'agrément (2004) mentionne que le concept de qualité repose sur trois (3) aspects : la satisfaction des besoins de la clientèle, la mobilisation des ressources humaines et l'utilisation efficiente des ressources humaines matérielles, informationnelles et financières. À cet effet, une approche contingente de l'interdisciplinarité est un processus cohérent vers une gestion de qualité.

Cette étude a permis de répondre à une préoccupation certaine des centres hospitaliers au Québec. Elle rectifie le tir face à la tendance actuelle, particulièrement au Québec, de voir en l'interdisciplinarité une solution pour aborder tous les problèmes. Alors que les besoins des usagers demeurent au centre des pratiques de soins, la prise en compte de leurs spécificités et de leur complexité permet une mobilisation accrue du personnel et une efficacité des équipes. Enfin, en plus des derniers points, l'organisation profite du fait que l'approche contingente de l'interdisciplinarité favorise une utilisation optimale des ressources. Finalement, cette étude fait avancer les connaissances en administration publique en confirmant les hypothèses de plusieurs auteurs avec des données empiriques et en établissant un pont entre la théorie et la pratique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[ANONYME]. 5^e Colloque sur l'interdisciplinarité. *Projet de loi 90... Avons-nous atteint la cible*, 8-9 avril 2005, Mont-Tremblant, Centre des congrès du Mont-Tremblant.

CHENETTE, Madeleine. « Mobiliser par l'approche client », *Gestion*, vol 22, n^o 4, Hiver 1997. p. 23-29.

CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT. Rapport annuel 2003-2004.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT. Rapport de visite d'agrément, 2004.

D'AMOUR, Danielle. « Collaboration interprofessionnelle : bien saisir les enjeux » Colloque : L'interdisciplinarité, défi ou déni, Centre Mont-Royal, Montréal, 6 avril 2006.

D'AMOUR, Danielle. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*, Thèse (PH.D) en santé publique, option organisation des soins de santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1997.
<http://wwwlib.umi.com/cr/umontreal/fullcit?pNQ32608>

D'AMOUR, Danielle, Marcela FERRADA-VIDELA, Leticia SAN MARTIN RODRIGUEZ et Marie-Dominique BEAULIEU. « The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks », *Journal of Interprofessional Care*, 2005, Supplement 1, p. 116-131. ISSN 1356-1820.

DUSSEAULT, Gilles. « La collaboration interprofessionnelle Une utopie ? », *Artère*, Avril 1986, p.17-18.

DUSSEAULT, Gilles. « Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité », *Le Gêrontophile*, vol. 12, n^o 2, Printemps 1990, p. 3-6.

FORTIER, Isabelle. « Le défi humain de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité », *Sources, ENAP*, vol. 17, no 1, Janvier-Février 2002, p. 1-2.

GUSDORF, Georges. « Réflexions sur l'interdisciplinarité », *Bulletin de psychologie*, Tome XLII, n^o 397, 1989, p. 869-885.

LESCARBEAU, Robert et Jean François CHAMPOUX. « Les exigences de la pratique interprofessionnelle : constats de différents auteurs », *Interactions*, vol. 5, n^o 1, 2001, p. 35-66.

McWILLIAM, Carol L., Sandra COLEMAN, Catherine MELITO, Donnabeth SWEETLAND, John SAIDAK, Jennifer SMIT, Tracey THOMPSON et Gordon MILAK. « Building empowering partnerships for interprofessional care », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 17, n° 4, Novembre 2003, p. 364-376. ISSN 1356-1820.

MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris 2003 (16^e tirage), 434 p. ISBN 2-7081-1971-0.

PAYETTE, Maurice. « Interdisciplinarité : clarification des concepts », *Interactions*, vol. 5, n° 1, 2001, p. 17-33.

PAYNE, Stephen L. « Interdisciplinarity : Potentials and Challenges », *Systemic Practice and Action Research*, vol. 12, n° 2, Avril 1999, p.173-182.

POUPART, Robert, Jean-Paul OUELLET et Jean-Jacques SIMARD. « La gestion du symbolisme dans l'entreprise : un cadre conceptuel et un cas », dans Charles BENABOU et Harry ABRAVANEL (dir.), *Le comportement des individus et des groupes dans l'organisation*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal 1986, p. 529-554. ISBN 2-89105-221-228.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système de santé et des services sociaux, une image chiffrée*, Octobre 2001, 179 p.

REEVES, Scott et Simon LEWIN. « Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 9, n° 4, 2004, p. 218-225.

RESWEBER, Jean-Paul. *La méthode interdisciplinaire*, Presses Universitaires de France, Paris 1981, 175 p. ISBN 2-13-036787-9.

RONDEAU, A., M. LEMELIN, et N. LAUZON. « Les pratiques de mobilisations : vers une typologie d'activités favorisant l'implication au travail et l'engagement organisationnel », dans CÔTÉ, M., et T.HAFSI, *Le management aujourd'hui : une perspective nord-américain*, Saint-Nicolas, Les Presses de l'Université Laval 2000, chap. 7, p. 953-960. ISBN 2-7637-7691-4.

ROMM, Norma R. A. « Interdisciplinary practice as reflexivity », *Systemic Practice and Action Research*, vol. 11, n° 1, 1998, p. 63-77.

SHERER, Jill L. « Putting patients first: Hospitals work to define patient-centered care », *Hospitals*, Feb. 5, vol. 67, n° 3, 1993, p. 14-18.

SICOTTE, Claude, Danielle D'AMOUR et Marie-Pierre MOREAULT. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », *Social Science & Medicine*, vol. 55, 2002, p. 991-1003.

SIMS, David et Andrew SIMS. « Managing Professionals in Multidisciplinary Teams : A Case Study from Psychiatry », *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 14, n° 6, 1993, p. 12-16.

TREMBLAY, Michel et Thierry WILS. « La mobilisation des ressources humaines : une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous », *Gestion*, vol. 30, n° 2, 2005, p. 37-49.

WILS, Thierry, Christiane LABELLE, Gilles GUÉRIN et Michel TREMBLAY. « Qu'est-ce que la «mobilisation» des employés? Le point de vue des professionnels en ressources humaines », *Gestion*, vol. 23, n° 2, Été 1998, p. 30-39.

WRIGHT, P-M. « A critical pathway for interdisciplinary hospice care », *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 18, n° 1, 2001 p. 31-34.