

LILY LESSARD

**LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE EN RÉGION ISOLÉE :
Le cas de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James**

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en santé communautaire
pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2005

Résumé

Les écrits démontrent que la collaboration interdisciplinaire contribue à l'amélioration des services de santé et à l'efficacité des organisations. Cependant, plusieurs études menées en milieu urbain ou rural soulignent qu'elle continue à rencontrer des obstacles majeurs (D'Amour, 1999 ; Clair, 2000 ; Fowler, Hannigan *et al.*, 2000 ; Corser, 1998). La situation pourrait être différente dans les régions isolées où la collaboration semble s'instaurer plus naturellement entre les intervenants du domaine de la santé. Toutefois, les raisons expliquant cette différence sont mal connues. Une étude de cas a donc été réalisée dans le contexte des services de santé de première ligne de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James, afin de décrire le contexte particulier de cet environnement de travail et d'analyser l'influence de ce contexte sur la collaboration interdisciplinaire. Un modèle mixte basé sur la structuration de la collaboration interdisciplinaire (D'Amour *et al.*, 1997, 1999, 2003; Friedberg, 1993) et sur l'influence du contexte (Corser, 1998; Pronovost, 2000; Osmond, 2004; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002) a été utilisé. L'analyse indique que plusieurs caractéristiques contextuelles influencent la structuration la collaboration interdisciplinaire. L'implication de ces influences pour la pratique et la recherche est discutée.

*À Aline Lessard, parce que tu
continues à m'inspirer*

Remerciements

La réalisation de cette étude et de ce mémoire m'a permis, non seulement de développer des aptitudes pour la recherche, mais surtout de me découvrir un intérêt confirmé pour ce type d'activités. Toutefois, rien n'aurait été possible sans l'appui de Diane Morin, ma directrice. Diane, tout au long de cette aventure, j'ai toujours senti que tu croyais en ma capacité de réussir et tu as contribué à la rendre des plus intéressante. J'espère que nous aurons l'occasion de travailler ensemble et de nous côtoyer encore longtemps. Tu t'imprimes significativement sur mon chemin de vie et de carrière et je t'en remercie de tout coeur. À Hélène Sylvain, ma codirectrice, merci, pour les conseils judicieux et les éclats de rires contagieux. J'ai un grand plaisir à travailler avec toi.

À Jill Torrie, Yv Bonnier-Viger, Bella Petawabano, Paul Linton, Pierre Larivière, Louise Carrier et tous les autres membres et employés du Conseil cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James sans qui la réalisation de cette étude n'aurait pu être possible. J'espère sincèrement que mon travail pourra vous être utile dans vos efforts soutenus pour offrir des services de qualité aux communautés de l'*Eeyou Istchee*. Je souhaite également remercier le Centre FERASI et le programme Anisnawbe Kekendazone de l'ACADRE d'Ottawa pour leur support financier qui m'a aidée à mener à terme ce projet.

À tous les travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui ont participé à cette étude. Pour m'avoir fait confiance et m'avoir généreusement accordé votre précieux temps. Votre apport aux populations du territoire cri est immense. Sachez conserver la passion dont étaient empreints vos témoignages. À vous tous, un grand *Meegwetch*.

Je souhaite également remercier les membres de ma famille pour leur support. Et finalement, je veux adresser un merci tout spécial à mon plus fidèle fan. Martin, pour avoir toujours été là, pour m'avoir écoutée et m'avoir encouragée, je souhaite partager cette réalisation dont je suis fière avec toi. Ton support a été bénéfique et je me sens très choyée d'avoir pu compter sur ta présence du début jusqu'à la fin de cette entreprise. Merci de partager ma vie.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE.....	3
1.1. Présentation de la recherche et justification du choix du thème	3
1.2. Problématique.....	4
1.3. Question de recherche.....	6
1.4. Contexte : Le Québec isolé.....	6
1.5. Pertinence de la recherche.....	9
CHAPITRE 2. REVUE DES ÉCRITS.....	11
2.1. Stratégies de repérage des écrits.....	11
2.2. Définition de la collaboration interdisciplinaire.....	12
2.3. Fondements théoriques de la collaboration.....	15
2.4. Processus de la collaboration interdisciplinaire	18
2.4.1. L'existence d'objectifs communs.....	18
2.4.2. La reconnaissance mutuelle.....	19
2.4.3. Les modes de communication	20
2.4.4. La notion de pouvoir.....	21
2.5. Contribution de la collaboration interdisciplinaire aux services de santé	22
2.6. Éléments influençant la collaboration interdisciplinaire	22
2.7. Collaboration interdisciplinaire en région isolée.....	25
2.8. En bref.....	28
2.9. But et objectifs de l'étude	29
CHAPITRE 3. CADRE CONCEPTUEL.....	30
3.1. Définition de la collaboration interdisciplinaire.....	30
3.2. Définition du contexte	31
3.2.1. Définition opérationnelle d'un contexte.....	31
3.2.2. Les Terres-Cries-de-la-Baie-James.....	32
3.3. Opérationnalisation des concepts	37
CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE.....	38
4.1. Devis	38
4.2. Choix méthodologiques	39
4.2.1. Le site de la recherche.....	39
4.2.2. La population et l'échantillon.....	39
4.2.3. Les techniques de collectes de données	40
4.2.4. Les instruments de collecte de données	41
4.2.5. Le plan d'analyse.....	42
4.2.6. La conformité éthique.....	42
4.2.7. Le partenariat.....	43

CHAPITRE 5. RÉSULTATS	45
5.1. Profil des participants	45
5.2. La structuration de la collaboration interdisciplinaire	45
5.2.1. La gouverne	45
5.2.2. L'intériorisation de la collaboration interdisciplinaire	53
5.2.3. La finalisation	57
5.2.4. La formalisation	59
5.2.5. La collaboration interdisciplinaire dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James... ..	64
5.3. Les éléments contextuels influençant la collaboration	65
5.3.1. L'environnement physique	65
5.3.2. L'environnement politique et organisationnel	72
5.3.3. L'environnement économique et liés aux conditions de travail	77
5.3.4. L'environnement socioculturel	84
5.3.5. La modélisation de l'effet du contexte sur les dimensions de la collaboration ..	107
CHAPITRE 6. DISCUSSION.....	109
6.1. Discussions des résultats	109
6.2. Discussion sur le cadre de référence et la méthodologie	112
6.3. Contribution de la recherche	113
6.4. Limites de l'étude	113
6.4.1. La crédibilité	113
6.4.2. La fiabilité	114
6.4.3. La constance interne	114
6.4.4. La transférabilité	115
6.5. Pistes à explorer pour de futures recherches	115
CONCLUSION.....	117
RÉFÉRENCES.....	119
ANNEXES.....	126

Liste des figures

Figure 1	Le Québec isolé.....	7
Figure 2	Les niveaux de travail d'équipe en fonction des approches disciplinaires...	14
Figure 3	Le modèle de structuration de la collaboration interdisciplinaire.....	31
Figure 4	La carte de l' <i>Eeyou Istchee</i>	34
Figure 5	Cadre opératoire des concepts à l'étude.....	37
Figure 6	Le cadre d'analyse de la recherche	44
Figure 7	La modélisation des effets des variables contextuelles sur les dimensions de la structuration de la collaboration interdisciplinaire.....	108

Liste des annexes

- Annexe 1 Classification des régions isolées au Québec (supplément d'information)
- Annexe 2 Grilles d'entrevues individuelles français et anglais
- Annexe 3 Feuilles d'informations et formulaires de consentement –
Information sheet and consent form
- Annexe 4 Lettre d'autorisation à effectuer la recherche
- 1) Conseil cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James
 - 2) Direction de programme en santé communautaire de l'Université Laval
 - 3) Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval

Liste des abréviations et des acronymes

CBJNQ	Convention de la Baie-James et du nord québécois
CCSSSBJ	Conseil cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James
CHR	<i>Community Health Representative</i>
CI	Collaboration interdisciplinaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CRSSS	Conseil régional de la Santé et des services sociaux
CSSS	Centre de Santé et de services sociaux
CW	<i>Community Worker</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
HRO	<i>Human Resource Officer</i>
IC	Informateur clé
INSPQ	Institut national de Santé publique du Québec
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du nord du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec
SDBJ	Société de développement de la Baie-James
SEBJ	Société d'énergie de la Baie-James
TPJ	Travailleur de la protection de la jeunesse

INTRODUCTION

Au Canada et ailleurs dans le monde, le Québec est souvent présenté comme un chef de file dans le domaine de l'organisation des services de santé. Une des caractéristiques centrales souvent mise de l'avant est le travail multi- ou interdisciplinaire qui permet des prises de décisions partagées et améliore la continuité. Toutefois, ces expertises concernent principalement les milieux urbains, laissant pour compte la réalité des milieux éloignés ou isolés des grands centres. De cette critique est né l'intérêt de documenter la structuration de la collaboration interdisciplinaire dans des services de santé des régions isolées. Le chapitre 1 est donc consacré à présenter le contexte particulier des services de santé offerts dans les régions isolées ainsi que l'intérêt d'étudier ces services, en ce qui a trait à la caractéristique centrale de la collaboration interdisciplinaire. Ce chapitre se clôt par la question générale de recherche, à savoir si le contexte des services de santé dans les régions isolées favorise la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants de la santé.

Le chapitre 2 est essentiellement dédié à la recension des écrits portant sur la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé. Dans un premier temps, cette recension permet de clarifier la notion de collaboration. Cet exercice a engendré un modèle représentant le niveau de travail d'équipe en fonction des différentes approches disciplinaires et d'y situer la collaboration. Ensuite, les principales approches théoriques de la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé sont abordées. Ceci permet d'identifier les processus qui lui sont inhérents ainsi que ses effets, qui font aussi l'objet de présentations détaillées dans ce chapitre. Les deux dernières sections sont, quant à elles, consacrées aux différentes influences exercées par les variables contextuelles sur la collaboration. Elles sont d'abord considérées d'un point de vue général et ensuite, en référence aux réalités contextuelles des régions isolées d'ici et d'ailleurs.

Ensuite, le chapitre 3 est consacré à la présentation du but de la recherche et des objectifs qui lui sont rattachés. De plus, les définitions des deux concepts mis en relation dans cette recherche, soit 'la collaboration interdisciplinaire' et 'le contexte des services de santé dans les régions isolées', y sont exposées. Pour la collaboration interdisciplinaire, le modèle théorique de la structuration de la collaboration interdisciplinaire, élaboré par D'Amour, Sicotte *et al.* (1999) et bonifié par D'Amour, Goulet *et al.* (2003) a été retenu. Pour le

contexte, une vision écologique a été adoptée, inspirée de la revue des écrits. Des éléments additionnels issus des entrevues ont permis de bonifier le cadre grâce à des catégories émergentes.

Le chapitre 4 expose les choix méthodologiques retenus pour répondre aux but et objectifs de la recherche. La première section de ce chapitre est consacrée à une présentation du terrain de la recherche, soit la région sociosanitaire québécoise Terres-Cries-de-la-Baie-James. Des particularités, liées au territoire, aux habitants, à l'économie et au portrait politique, servent de préambule à la présentation des services de santé de la région. Par la suite, le choix du devis et de la méthodologie de la recherche est présenté en détails.

Le chapitre 5 est consacré à la présentation des résultats suivant les objectifs de la recherche. L'analyse de ces résultats permet la modélisation des variables contextuelles autour des dimensions du modèle de collaboration interdisciplinaire de D'Amour *et al.* (1999, 2003).

Et finalement, le chapitre 6 consiste en une discussion des résultats obtenus en tenant compte de la littérature antérieure et du cadre de référence. Ce chapitre permet également de discuter de la contribution de cette étude pour la recherche sur les services de santé dans les régions isolées et de suggérer de nouvelles pistes d'intervention et de recherche.

CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE

Ce chapitre débute par les présentations du thème de la recherche et de la problématique à l'origine de la recherche. La formulation de la question de recherche suit ces parties. Ensuite, le contexte, plus particulièrement celui des régions isolées du Québec, est abordé. Ce chapitre se termine par une courte discussion sur la pertinence de cette recherche.

1.1. Présentation de la recherche et justification du choix du thème

Plusieurs recherches ont démontré que la collaboration produit des retombées positives pour les usagers, les professionnels de la santé et les organisations (Maas, 1998; Mansourimoaied, Boman *et al.*, 2000). Néanmoins, elle continue à rencontrer des obstacles majeurs et l'intensité de la collaboration entre les intervenants de la santé demeure faible en général (D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999 ; Clair, 2000; Fowler, Hannigan *et al.*, 2000; Corser, 1998; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). La situation pourrait s'avérer différente dans les régions isolées où la collaboration semble s'instaurer plus naturellement entre les intervenants du domaine de la santé, laissant ainsi croire que des éléments contextuels pourraient favoriser son instauration. L'intérêt pour ce sujet provient tout d'abord de la croyance que la collaboration interdisciplinaire constitue un attribut à développer pour le système de santé québécois. Ensuite, un intérêt personnel m'amène à poursuivre cette recherche sur l'organisation des services de santé dans les régions isolées du Québec. Ayant travaillé à titre d'infirmière auprès des Inuit du Nunavik et des Atikamekw de la Haute-Mauricie, j'ai aussi constaté que la collaboration se vit au quotidien entre les intervenants des milieux isolés, sans trop savoir pourquoi.

Je déplore que la réalité de ces milieux soit encore considérée comme marginale. Aussi, je nourris la conviction que les décideurs du réseau québécois de la santé ont avantage à connaître, à considérer et à adapter certaines initiatives qui font leurs preuves dans les régions éloignées et isolées. Finalement, je crois qu'il est important de promouvoir la recherche dans ces milieux, afin de supporter les instances locales dans leur désir d'améliorer les services de santé en considérant leurs réalités régionales.

1.2. Problématique

Plusieurs changements au sein des sociétés occidentales, comme l'émergence de nouvelles technologies, l'abrègement des durées de séjour en milieu hospitalier, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la complexification et la chronicisation des conditions de santé ou encore les problèmes reliés à l'accessibilité, contribuent à augmenter le nombre d'interactions entre les professionnels de la santé. Cela incite à revoir l'organisation des services de santé en considérant notamment l'importance d'adopter des véritables modes de collaboration au sein des équipes (Rochon, 1988; Gusdorf, 1990; Patronis Jones, 1994; Corser, 1998; D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Clair, 2000; Pronovost, 2000; Romanow, 2002). Cette collaboration peut se définir de la façon suivante :

La collaboration interprofessionnelle est un ensemble de relations et d'interactions, permettant à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci.

D'Amour, Sicotte *et al.* (1999 : 69)

Toutefois, même s'il est de plus en plus probant que la collaboration interdisciplinaire contribue à l'amélioration des services de santé, elle demeure bien souvent idéologique et continue à se heurter à de nombreux obstacles. Ainsi, la disparité des points de vue face à la collaboration, le manque de connaissance face à la contribution des différentes professions et l'expression de l'autonomie professionnelle constituent encore des freins à l'établissement de la collaboration interdisciplinaire dans le milieu de la santé (D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Clair, 2000; Fowler, Hannigan *et al.*, 2000). De plus, plusieurs commissions d'enquête sur les services de santé et les services sociaux réalisées au Québec et au Canada ont identifié le cloisonnement des travailleurs de la santé à l'intérieur de réglementations professionnelles rigides comme un obstacle important à l'établissement de la collaboration (Romanow, 2002; Rochon, 1988; Clair 2000). Le manque de collaboration s'avère d'autant plus préoccupant qu'il conduit «à la multiplication parfois inutile des services, à une augmentation des coûts, à une fragmentation des soins et à une compétition souvent nuisible entre les soignants» (Pronovost, 2000 : 24.) En conséquence, l'Assemblée Nationale du Québec adoptait en 2002, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90) afin d'assouplir les champs

de pratique de 11 professions de la santé¹. Cette loi a été présentée comme un élément permettant de jeter les bases d'une collaboration réelle entre les intervenants de la santé au Québec (D'Amour, 2001; CMQ, 2002; Desrosiers, 2002, 2003; OIIQ, 2003). De façon concomitante à ces modifications législatives et suite aux recommandations de la Commission Clair (2000), le gouvernement du Québec a permis la création des premiers groupes de médecine de famille (GMF) afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services de santé de première ligne. Ces GMF sont formés de six à huit médecins et de deux à trois infirmières cliniciennes² appelés à travailler en étroite collaboration (Roy et Sylvain, 2004). En 2003, c'est le gouvernement libéral qui ratifie la Loi 25 sur l'intégration des services de santé. Cette loi doit, entre autres, contribuer à améliorer la continuité des services en favorisant une étroite coordination entre les services de santé de 1^{ière}, 2^{ième} et 3^{ième} lignes. Les orientations stipulées dans cette loi nécessitent toutefois l'adoption d'une dynamique de collaboration entre les professionnels et les organisations (Mercier et Labarre, 2004).

Des interrogations résultent de l'ensemble des mesures prises afin d'améliorer les processus de collaboration entre les professionnels de santé. On se demande entre autres si ces mesures seront suffisamment efficaces pour favoriser l'instauration de la collaboration interdisciplinaire. Cette interrogation concerne notamment les services de santé et les services sociaux offerts dans les régions isolées du Québec, qui semblent peu influencés par les récents changements législatifs. Toutefois, même si certaines particularités locales, comme les grandes distances à parcourir, ne se prêtent peu ou pas vraiment à l'instauration de réseaux de services intégrés ou encore à la création de GMF, des auteurs rapportent que la collaboration interdisciplinaire est inhérente à la pratique dans ces régions. Certains vont même jusqu'à dire que le travail d'équipe y constitue une condition indispensable à la viabilité des services de santé et des services sociaux (Boone, Minore *et al.*, 1997; Lazure et St-Laurent, 2002). Ceci permet de présumer que des éléments contextuels propres aux régions isolées favorisent l'instauration et le maintien de la collaboration interdisciplinaire.

¹ Les professionnels visés sont : les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les technologues en radiologie, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les technologues médicaux et les nutritionnistes (OIIQ, 2003).

² À partir de maintenant, le terme infirmière sera utilisé pour désigner les infirmières et les infirmiers ; Autrement, le genre masculin sera préféré et cela, dans le seul but d'alléger le texte.

Cependant, la littérature est plutôt discrète à ce sujet et la réalité des milieux ruraux, éloignés ou isolés demeure encore mal comprise (MacLeod, 1999).

1.3. Question de recherche

Puisque que la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants est de plus en plus considérée comme un attribut essentiel à l'efficacité et l'efficience des services, et vu que cette collaboration semble se vivre différemment dans les régions isolées du Québec que dans le reste du réseau, la question de recherche suivante se pose : « *Le contexte des services de santé dans les régions isolées favorise-t-il la structuration de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants de la santé?* ». Toutefois, avant d'aller plus loin, il est essentiel de circonscrire la notion de région isolée en référence au contexte québécois.

1.4. Contexte : Le Québec isolé

Lors du recensement de 2001, la population du Québec était de 7 237 480 personnes réparties inégalement sur un territoire de 1 667 926 km² (Statistique Canada, 2003). La majorité de ces personnes vit dans la vallée du St-Laurent, en Gaspésie, sur les Iles-de-la-Madeleine, sur la Côte-nord, en Abitibi et au Lac-St-Jean. Le Québec isolé, c'est donc *grosso modo* tout le reste. Cela signifie environ 68 000 personnes, soit un peu moins de 1% de la population de la province, vivant au sein de 80 agglomérations dont la plupart comptent moins de 1000 habitants (Duhaim et Godmaire, 2002). Les communautés du Québec isolé sont anglophones, francophones ou de langues idiomatiques autochtones telles que l'atikamekw, le montagnais, l'algonquin, l'inuktitut ou le cri. En fait, c'est plus de la moitié des habitants du Québec isolé qui sont d'origine autochtone (Statistique Canada, 2003). La figure 1 présente une carte des agglomérations faisant partie du Québec isolé.

Le portrait sociosanitaire des résidents des communautés du Québec isolé diffère de celui des résidents des autres régions de la province. Notamment, il est reconnu que la situation de santé en régions isolées et éloignées est généralement moins bonne qu'en milieu urbain (Pong, 2000; Vukic et Keddy, 2002; Statistique Canada, 2005).

L'espérance de vie, le taux de réussite scolaire, le revenu moyen des ménages et le paiement de transferts aux particuliers y sont généralement plus faibles qu'ailleurs. Par contre, la proportion de jeunes de moins de 25 ans, le nombre de personnes par logement, le taux d'hospitalisation, les taux de maladies chroniques comme le diabète et les maladies pulmonaires obstructives ainsi que la mortalité par traumatismes non intentionnels y sont généralement plus élevés (Pong, 2000; Duhaime et Godmaire, 2002; Vukic et Keddy, 2002; Statistique Canada, 2003). Le Québec isolé n'est toutefois pas homogène, il constitue un ensemble de réalités différentes (Duhaime et Godmaire, 2002; Martinez, Pampalon *et al.*, 2004). Par exemple, malgré le fait que l'on compte une grande proportion de jeunes dans l'ensemble des communautés, la croissance démographique du Québec isolé reste étonnamment plus faible que dans le reste du Québec (Duhaime et Godmaire, 2002). Ceci est explicable par le fait que les communautés à majorité autochtone connaissent une forte croissance démographique avec des records provinciaux d'indice de fécondité, tandis que celles à majorité allochtone vivent plutôt l'exode des jeunes et le vieillissement de leurs populations. Un résumé des travaux de Duhaime et Godmaire (2002) sur la classification des régions isolées est présenté à l'Annexe 1.

L'organisation des services de santé dans les régions isolées y est également différente du reste de la province. Tout d'abord, les dépenses publiques pour l'éducation et la santé au prorata d'habitants y sont généralement plus élevées (Duhaime et Godmaire, 2002). La population du Québec isolé étant généralement contenue au sein d'agglomérations séparées par de grandes distances, la plupart sont dotées d'un centre de services de santé et services sociaux (CSSS) de première ligne. Les équipes de première ligne sont constituées de professionnels de la santé : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc. Elles comportent également des paraprofessionnels locaux tels que des interprètes, des auxiliaires familiales, des agents de relations humaines et des représentants en santé communautaire. Plusieurs de ces communautés n'ont pas de médecin résidant mais sont généralement liées, par des ententes de services, à un centre hospitalier ou un CSSS régional où se trouvent des médecins et des services de santé de deuxième ligne. Même si des services de médecine spécialisée sont offerts sporadiquement par des spécialistes itinérants dans plusieurs de ces centres de santé, le plus souvent, c'est la clientèle qui doit parcourir de grandes distances, par la route ou par voie aérienne, pour accéder à des services spécialisés dans les centres

urbains. Cette pratique augmente bien sûr la facture des services de santé. Ainsi, certaines régions, comme la Basse-Côte-nord et les Îles-de-la-Madeleine ont opté pour investir dans la télémédecine afin d'améliorer la communication entre les professionnels et l'accès aux services spécialisés. Une autre particularité des services de santé du Québec isolé est que plusieurs professionnels de la santé qui y oeuvrent ne proviennent pas de ces régions. Généralement, ils y habitent pour le travail seulement et retournent chez eux pour leurs congés, qui sont généralement plus longs et plus fréquents qu'en régions urbaines ou rurales. En fait, peu de professionnels décident de s'installer en permanence dans les communautés isolées. En plus de l'instabilité du personnel, cette situation peut causer des problèmes d'identité communautaire, car ces personnes doivent apprendre à gérer l'isolement social et à vivre avec le statut d'étranger (MacLeod, 1999; Lazure et St-Laurent, 2002). Finalement, les régions couvertes par le Conseil de la santé et des services sociaux de la Côte-nord, le Conseil régional Kativik de la Santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ), sont considérées comme insuffisamment pourvues de professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2004). Cependant, malgré l'isolement géographique, le manque chronique de main d'œuvre qualifiée, la quasi-absence de services spécialisés, l'instabilité des ressources humaines et le fait que les populations y soit en moins bonne santé, le personnel de santé de ces milieux mentionne un haut niveau de satisfaction relativement à leur travail, soulignant qu'il est difficile de retrouver des conditions aussi stimulantes ailleurs (Hegney, McCarthy *et al.*, 2002).

1.5. Pertinence de la recherche

Cette recherche, qui porte sur l'analyse de la structuration de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants de la santé des régions isolées et des éléments contextuels y étant associés, apparaît pertinente à la fois sur le plan scientifique et sur le plan clinique.

D'abord, la pertinence scientifique se fonde sur le besoin d'identifier des modèles d'organisation des services adaptés à la réalité des régions rurales, éloignées et isolées, confirmant le caractère particulier des services de santé offerts dans ces régions (INSPQ, 2003). De plus, l'analyse de la collaboration interdisciplinaire en milieu autochtone

permettra d'aborder une réalité souvent ignorée des grandes politiques de santé nationales. En effet, les politiques sont souvent établies en référence à des situations urbaines et ne conviennent pas aux régions rurales et éloignées (MacLeod, 1999).

Il faut examiner les pratiques novatrices développées sur le terrain pour faire face à des impératifs de service. La plupart du temps, ces nouvelles pratiques se situent en marge des conventions, dans des zones grises qu'il convient d'éclairer pour mieux profiter de ces innovations.

Rapport de la Commission Clair (2000 : 128)

Du point de vue clinique, l'information recueillie peut servir à guider les intervenants et les gestionnaires du milieu dans l'instauration de mécanismes favorables à la collaboration interdisciplinaire. Les résultats de cette recherche contribueront donc à améliorer les assises des pratiques professionnelles en région isolée. En connaissant les facteurs nuisant ou contribuant à la collaboration, les acteurs du milieu pourront proposer des plans d'action mieux adaptés à leur réalité.

CHAPITRE 2. REVUE DES ÉCRITS

Ce chapitre porte sur la présentation des écrits concernant la collaboration interdisciplinaire. Sont abordés dans l'ordre : la définition, les fondements théoriques, les processus, les effets de la collaboration interdisciplinaire et les éléments qui l'influencent. Par la suite, une revue des écrits concernant la situation de la collaboration interdisciplinaire dans les régions isolées est présentée. Ce chapitre se termine par la formulation du but et des objectifs de la recherche.

2.1. Stratégies de repérage des écrits

Afin de vérifier l'état actuel des connaissances portant sur la collaboration interdisciplinaire en région isolée, une recherche documentaire a été effectuée à partir des banques de données informatisées telles Cinahl, Medline, Repères, Current Contents et Google Scholar. Les mots-clés suivants ont été utilisés: *collaboration, interprofessional relations, health team, interdisciplinarity, joint practice, remote area, rural area, rural context, rural health services, rural health personnel, indigenous health services*. Une exploration a également été réalisée avec l'aide du moteur de recherche ARIANE de la bibliothèque de l'Université Laval. Finalement, plusieurs ressources électroniques ont été consultées, comme les sites électroniques du MSSS, de Santé Canada, de Statistique Canada ainsi que d'autres sites d'intérêts portant sur l'organisation de services de santé, la santé rurale et les peuples autochtones du Canada. Suite à ce repérage, une soixantaine d'articles scientifiques, d'avis, de textes officiels, de livres et de documents de la littérature "grise" ont été retenus. Les articles de recherche et articles de fond portant sur la collaboration interdisciplinaire au Québec et au Canada, ainsi que ceux mettant en lumière des éléments contextuels, ont été privilégiés. De plus, les sources d'information nous apparaissant comme manquant de fondements scientifiques ou de fondements objectifs, n'ont pas été retenues. En effet, beaucoup d'écrits portant sur la collaboration dans les soins de santé ont été rédigés par des infirmières ou des médecins en réponse à des frustrations issues de conflits qu'ils ont expérimentés. (McMahan *et al.*, 1994 dans Corser, 1998 : 333)

Cet exercice a permis de constater que la littérature abonde en travaux de recherche portant sur la collaboration interdisciplinaire. Les documents retenus pour leur rigueur et leurs liens explicites avec ce concept central ont été regroupés sous quatre grandes thématiques qui serviront de sections analytiques. Ces thématiques se rapportent : (1) à la définition du concept de collaboration interdisciplinaire, (2) aux différents modèles théoriques, (3) aux conditions concernant cette collaboration et finalement, (4) à la collaboration interdisciplinaire dans les services de santé en région isolée.

2.2. Définition de la collaboration interdisciplinaire

Dans la littérature, il existe un foisonnement de définitions et d'expressions plus ou moins équivalentes pour définir les relations au sein d'un groupe de travail. Par exemple, les expressions *interdisciplinarité*, *multidisciplinarité*, *pluridisciplinarité*, *travail d'équipe*, *travail interdisciplinaire*, *pratique de collaboration*, *collaboration interprofessionnelle* ou *collaboration interdisciplinaire*, ont été retracées et semble parfois utilisées sans distinction. En conséquence, Corser (1998) rappelle de demeurer prudent puisque plusieurs auteurs proposent des définitions non scientifiques ou incomplètes pour parler du travail en collaboration. Ceci incite à revoir les termes à la base de cette locution.

Tout d'abord, il est important de s'interroger sur la différence entre les mots 'discipline' et 'profession'. Dans une réflexion philosophique portant sur l'interdisciplinarité, Gusdorf (1990) dit que la discipline est un éclat né de la fragmentation de la science. D'une façon plus pragmatique, la discipline est aussi décrite comme un ensemble de doctrines, de techniques et de connaissances pour lesquelles sont reconnues des caractéristiques propres, devant être maîtrisées avant d'être pratiquées (Ste-Marie-Morin, 1993; Morrow-Lettre, 1999). Pour ce qui est de la profession, trois éléments y sont inclus dans la plupart des définitions, soit : une spécialisation des savoirs, qui suppose une détermination précise et autonome des règles de l'activité, une formation intellectuelle reconnue de niveau supérieure et un idéal de services menant à l'adoption d'un code de déontologie et d'un contrôle des pairs (Boudon, Besnard *et al.*, 2003). Malgré les distinctions entre les vocables 'discipline' et 'profession', une fois utilisés comme suffixes, ils seraient plutôt équivalents³ (Ray, 1998). Ce sont plutôt les préfixes qui déterminent le niveau des interactions entre les

³ Le suffixe «disciplinaire» est adopté dans cette étude dans un but d'uniformisation.

professionnels ou membres disciplinaires d'une équipe. Les préfixes retracés dans les écrits sont: *Uni, Intra, Pluri, Multi, Inter* et *Trans*. Ces différences sémantiques peuvent être placées sur un continuum basé sur divers niveaux d'intensité d'interactions. Ce continuum qui émerge de notre analyse des écrits est présenté dans la première partie de la figure 2.

La notion d'unidisciplinarité, qui réfère à l'isolement disciplinaire, et celle d'intradisciplinarité, qui se définit comme la contribution de plusieurs visions au sein d'une même discipline, présentent peu d'intérêt dans l'étude de la collaboration, puisqu'elles réfèrent toutes deux à la présence d'une seule discipline (Ray, 1998). La pluridisciplinarité, quant à elle, qualifie les groupes ou les institutions à l'intérieur desquelles se trouvent différentes professions (Ste-Marie-Morin, 1993). À ce niveau, les interactions sont encore faibles puisque la pluridisciplinarité ne suppose que la présence concomitante de deux ou plusieurs groupes disciplinaires ou professionnels pouvant demeurer étrangers l'un à l'autre (Gusdorf, 1990; Ray, 1998). Au cours d'un colloque tenu au Québec intitulé « *De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité* », Hébert (1997) présentait la notion de multidisciplinarité comme étant une juxtaposition de plusieurs disciplines. Cette juxtaposition permet l'addition des expertises provenant de diverses professions autour d'une problématique commune (Morrow-Lettre, 1999). Cependant, le modèle multidisciplinaire est critiqué depuis, puisqu'il contribue aussi à la fragmentation des soins (Mullins, Balderson *et al.*, 1999). Ste-Marie-Morin (1993) explicite davantage ce qui paraît être un consensus sur la définition de la multidisciplinarité :

La multidisciplinarité est la présence de plusieurs disciplines rassemblées autour de l'analyse d'un objet commun mais pour lequel, l'établissement d'objectifs communs n'est pas nécessaire. La multidisciplinarité permet aux professionnels de consulter des collègues d'autres disciplines, sans nécessairement établir avec eux un objectif ou plan conjoint d'intervention.

Ste-Marie-Morin (1993 : 4)

En contraste, l'interdisciplinarité implique, quant à elle, la mise en relation de deux ou plusieurs disciplines ou professions et non seulement leur présence concomitante. L'interdisciplinarité peut donc se définir comme :

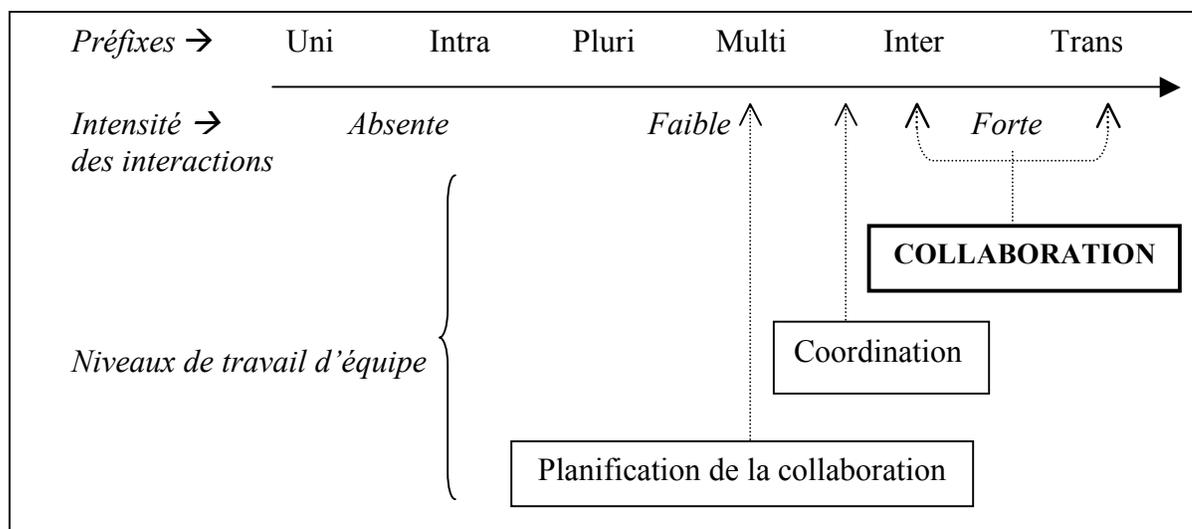
...le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches...

Hébert (1997 : 2)

Toujours selon Hébert (1997), il existerait deux types d'interdisciplinarité : le type officieux, qui n'exige pas de règles strictes et survient lorsque le besoin se fait sentir et le type officiel, qui repose quant à lui, sur des règles précises. Enfin, au bout de ce continuum, se retrouve la transdisciplinarité, qui réfère à un groupe dans lequel les professionnels acceptent de partager non seulement des décisions mais également des rôles et des responsabilités professionnelles. La transdisciplinarité concerne les rôles exclusifs mais surtout les zones grises et confirme la possibilité de chevauchement professionnel consenti (Mullins, Balderson *et al.*, 1999). Gusdorf (1990 : 876) présente la visée transdisciplinaire comme « *le renoncement à tout impérialisme totalitaire de la connaissance* ».

La typologie des approches disciplinaires permet, à partir de la description des éléments qui la compose, de comprendre ce qu'est la collaboration. Elle peut se définir comme un processus de décision commun entre des acteurs professionnels interdépendants, impliquant des consensus dans la prise de décisions et la responsabilité des résultats (Wood et Gray 1991). Constituant un but à atteindre pour l'équipe de travail, la collaboration se retrouve obligatoirement au sein de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité (Hébert, 1997; Mullins, Balderson *et al.*, 1999). Quant à elle, la multidisciplinarité fait plutôt référence à la planification pour la pratique en collaboration. Finalement, située à mi-chemin entre la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité, se situerait la coordination qui est plutôt vue comme la modélisation et l'harmonisation des actions des membres d'un groupe (Hébert, 1997). Il est entendu que ces deux niveaux de travail d'équipe sont préalables à l'établissement de la collaboration. Ces niveaux de travail d'équipe complète la figure 2.

Figure 2 : Niveaux de travail d'équipe en fonction des approches disciplinaires



2.3. Fondements théoriques de la collaboration

Pour faire suite aux définitions sémantiques exposées précédemment, il est maintenant congruent de s'intéresser aux différents modèles ou cadres théoriques qui ont été développés pour conceptualiser la collaboration. D'Amour, Ferrada-Videla *et al.* (2005) ont très récemment effectué une vaste recension des écrits dans le but d'identifier les meilleurs modèles théoriques pouvant permettre d'accroître la compréhension de la collaboration. Les critères d'évaluation étaient basés sur la disponibilité de données empiriques, l'utilisation explicite de la théorie et la réalisation d'une revue de la littérature circonspecte. Trois modèles ont été jugés plus performants du point de vue des données de la littérature. Ils s'intéressent tous à la structure et au processus de la collaboration. Deux sont issus de travaux provenant de chercheurs du Québec. En ordre chronologique, ces modèles sont ceux de West, Borill et Unsworth (1998) de Grande-Bretagne, de D'Amour, Sicotte *et al.* (1999) bonifié par D'Amour, Goulet *et al.* (2003) et de Sicotte, D'Amour et Moreault (2002). Un quatrième modèle, celui de Corser (1998), porte aussi sur la structure et le processus de la collaboration. Quoique jugé moins solide que les trois premiers du point de vue théorique ou empirique, il s'est néanmoins distingué par une revue de la littérature exhaustive.

Le modèle de l'efficacité de l'équipe West, Borill *et al.* (1998) repose sur une approche *Input-Process-Output* où les intrants sont reliés à la tâche, à la composition du groupe, au contexte culturel et organisationnel. Dans ce modèle, les intrants influencent des variables rattachées aux processus d'efficacité. Ces variables sont le leadership, la communication et les processus de décisions. Les résultats concernent la performance, l'innovation, le bien-être et la viabilité. Ce modèle a fait l'objet de recherches auprès de centaines d'équipe de santé en Grande-Bretagne. Ensuite, le modèle de D'Amour, Sicotte *et al.* (1999) est inspiré de l'approche organisationnelle de l'action collective de Friedberg (1993) qui suppose que l'action collective répond à trois prémisses organisationnelles. La première, la notion *d'acteurs stratégiques*, présume que les comportements des acteurs sont dictés par des intérêts personnels ou professionnels. Cette notion réfère à la rationalité limitée des acteurs (Amblard, Bernoux *et al.*, 1996). La deuxième, la *contingence des acteurs*, prévoit qu'il existe un système local d'action comprenant des contraintes, telles que des règles permettant l'établissement d'un certain ordre nécessaire pour contrer l'éventuel chaos causé

par les acteurs stratégiques. La troisième correspond au *pouvoir vu comme capacité d'action* et réfère à l'échange inégal entre les ressources conduisant à la négociation. Ainsi, pour ces auteurs, la notion de collaboration vue comme une action collective implique «...*la présence d'acteurs stratégiques qui développent un ordre local à l'intérieur de contrainte de l'organisation et qui utilisent leur pouvoir pour négocier et stabiliser leurs interactions...* » (D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999 : 77) Ainsi, selon cette approche, dans un contexte organisationnel, la structuration d'une action collective, repose sur quatre dimensions mutuellement reliées. Ces dimensions sont :

la gouverne qui permet de gérer l'action collective, par des moyens associés à la centralité, au leadership, à l'expertise et à la connectivité entre les acteurs;

la formalisation qui vise l'établissement d'ententes formelles et des moyens d'échange d'informations servant à régulariser l'action collective;

la finalisation qui réfère au partage des mêmes buts et allégeances par les acteurs;

l'intériorisation de la collaboration à laquelle sont associées la connaissance mutuelle des acteurs et la confiance.

Sicotte, D'Amour et Moreault (2002), dans des travaux empiriques visant à mesurer l'intensité de la collaboration interdisciplinaire dans les CLSC du Québec, ont reposé les fondements théoriques du cadre d'analyse de la collaboration sur les théories organisationnelles des groupes de travail et des équipes auto administrées. L'utilisation d'un modèle *Input-Process-Output* a également été privilégiée. Ainsi, à l'exemple du modèle de West, Borill *et al.* (1998), celui de Sicotte, D'Amour *et al.* (2002) suppose que l'intensité de la collaboration interdisciplinaire est déterminée par un effet conjugué des variables contextuelles sur des processus intragroupes. Les variables contextuelles retenues sont les caractéristiques des gestionnaires de programmes « Soins à domicile », « Jeunesse-Enfance-Famille » ou « Soins ambulatoires et soins spécialisés à l'adulte » de 157 CLSC des régions rurales et urbaines de la province ayant pris part à l'étude. Quant aux variables associées au processus intragroupes, ce sont : les croyances reliées aux bénéfices associés à la collaboration interdisciplinaire, l'intégration sociale à l'intérieur des groupes, le niveau de conflit associé avec la collaboration interdisciplinaire, l'accord avec la logique disciplinaire, l'accord avec la logique interdisciplinaire et les caractéristiques du groupe de travail. Les résultats de l'effet de ces variables sur les processus se mesurent en terme de

coordination interdisciplinaire et d'activités de soins partagées qui permettent d'évaluer l'intensité de la collaboration interdisciplinaire au sein d'un groupe. De plus, les chercheurs identifient une variable intermédiaire intitulée 'la nature de la tâche des professionnels'. Ils suggèrent que cette variable peut aussi influencer l'intensité de cette collaboration. Finalement, Corser (1998) a développé un modèle conceptuel à partir d'une revue de littérature exhaustive portant sur la collaboration entre médecins et infirmières. À partir de 69 articles datant de 1982 à 1998 repérés grâce aux banques de données Cinahl, Dissertation Abstracts et Medline, l'auteur a identifié des variables influençant le niveau de collaboration. Utilisant également un modèle *Input-Process-Output*, il postule que les unités fondamentales des interactions entre les deux professions sont : la confiance et le respect mutuels, la symétrie du pouvoir, les processus efficaces de prise de décision, les buts communs, la compatibilité dans la perception des rôles et la gestion complémentaire des différentes influences. Ces unités, vues comme processus, seraient influencées par des variables caractérisant l'environnement de travail qui sont d'ordres personnel, interpersonnel, organisationnel et professionnel. Ces influences sur les interactions à la base du processus de collaboration se feraient sentir en terme de niveau de satisfaction au travail, de productivité pour le personnel de santé, de taux de mortalité et de nombre d'événements indésirables pour la clientèle. Ce modèle n'a toutefois pas fait l'objet d'expérimentation empirique sur le terrain (D'Amour, Ferrada-Videla *et al.*, 2005).

Ces assises théoriques permettent de retracer certaines constantes dans la théorisation de la collaboration interdisciplinaire. Tout d'abord, l'étude des différents modèles théoriques suggère qu'elle n'est pas figée puisqu'elle subit l'effet de nombreuses influences internes et externes aux organisations de santé. Le modèle *Input-Process-Output* a été adopté dans trois des quatre travaux retenus. De plus, il existe certaines analogies dans les processus proposés par les auteurs comme : la nécessité d'avoir un objectif commun, l'importance de connaître et reconnaître la contribution de chaque discipline, l'adoption de modes de communication efficaces et la symétrie des pouvoirs. Donc, suivant la présentation de ces quelques modèles théoriques, il paraît pertinent d'aborder, dans les prochaines sections, leur composante de façon plus détaillée. Dans un premier temps sont présentés les éléments liés aux processus de la collaboration. Ensuite, des sections ont été réservées pour discuter des effets (*output*) de la collaboration et des éléments l'influençant (*input*). Finalement,

tous ces éléments sont réunis pour discuter de la collaboration interdisciplinaire dans le contexte spécifique des régions isolées.

2.4. Processus de la collaboration interdisciplinaire

L'analyse des fondements théoriques de la collaboration a permis de mettre en relief certains processus semblant se présenter comme des conditions *sine qua non* à la structuration de la collaboration dans le domaine de la santé. Ces conditions sont l'existence d'objectifs communs, la reconnaissance mutuelle, les modes de communication efficace et la notion de pouvoir.

2.4.1. L'existence d'objectifs communs

Par définition, la collaboration interdisciplinaire suggère l'adoption, par ses acteurs, d'objectifs communs. Toutefois, la littérature indique que les groupes de professionnels ont toujours des perceptions différentes face à la collaboration (Corser, 1998; Liedtka et Whitten, 1998; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002; Hojat, Gonnella *et al.*, 2003). Parmi les raisons de ces divergences, la confusion dans le concept même de collaboration interdisciplinaire et les guerres de clochers occasionnées par l'expression des différentes cultures professionnelles prédominent. Ces divergences font souvent obstacle à l'adoption d'une vision commune. (Nugent et Lambert, 1996; Corser, 1998; Lymbery et Millward, 2001; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). Dans une étude de cas exploratoire visant à connaître les facteurs influençant la collaboration entre les membres d'une équipe de professionnels de trois établissements universitaires de santé aux États-Unis, Liedtka et Whitten (1998) ont dénoté qu'il existe une corrélation entre la perception positive des acteurs face à la collaboration et leur degré de collaboration au sein des équipes interdisciplinaires. De plus, ces auteurs mentionnent que les professionnels seront plus disposés à collaborer avec d'autres si les effets positifs de cette collaboration, comme la qualité et l'efficacité des services de santé, la satisfaction des usagers et l'amélioration de l'environnement de travail, sont documentés. Cette corrélation souligne donc l'importance d'évaluer les résultats de la collaboration conjointement aux efforts pour son instauration (Maas, 1998; Irvine Doran, Baker *et al.*, 2002). La dialectique autonomie - collaboration représente aussi un obstacle important. En effet, les groupes de professionnels semblent avoir tendance à satisfaire leurs aspirations personnelles et professionnelles et à maintenir leur autonomie plutôt que de

travailler en collaboration (Friedberg, 1993; D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). Quelquefois, c'est la participation de certains groupes de professionnels dans l'équipe interdisciplinaire de santé qui peut être perçue négativement par d'autres groupes. Il semble que ce soit alors par peur de voir leurs voix diluées au profit des nouveaux acteurs (Liedtka et Whitten, 1998). Donc, l'expression spontanée de l'autonomie professionnelle peut conduire au parallélisme disciplinaire. Ce parallélisme se traduit en juxtaposition des services plutôt qu'à leur intégration en vue de répondre aux besoins réels des populations. Ainsi, la collaboration serait issue d'un choix raisonné et non d'une orientation spontanée.

2.4.2. La reconnaissance mutuelle

La reconnaissance mutuelle des rôles et de la contribution de chacun est identifiée par plusieurs auteurs comme une condition essentielle à la collaboration interdisciplinaire (Nugent et Lambert, 1996; Hébert, 1997; Lymbery et Millward, 2001; McNair, Brown *et al.*, 2001). Présument de l'interdépendance professionnelle consentie entre des acteurs, elle leur permet de prendre leur place au sein de l'équipe interdisciplinaire (Morrow-Lettere, 1999). La reconnaissance, qui est à la base de la confiance mutuelle, doit également s'étendre à la clientèle qui est appelée à prendre sa place dans l'équipe. Toutefois, malgré le discours largement répandu soutenant que la clientèle se retrouve au centre des décisions, cette place reste souvent à établir (Hébert, 1997; D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Torrie, Moir *et al.*, 2003; Oandasan, D'Amour *et al.*, 2004). Plusieurs auteurs signalent que les relations professionnelles, qui relèvent encore de la compétition, du compromis et de l'accommodation plutôt que de la confiance mutuelle, sont en opposition à la logique interdisciplinaire (Liedtka et Whitten, 1998; D'Amour, 2001; Sicotte, D'Amour *et al.* 2002). Par exemple, Lymbery et Millward (2001) soulignent que c'est le manque de confiance envers les autres professionnels qui amène les médecins à croire qu'ils doivent assumer la responsabilité de tous les intervenants de l'équipe interdisciplinaire. L'éducation interprofessionnelle est souvent proposée pour répondre à ce manque de confiance mutuelle. McNair, Brown *et al.* (2001), dans une étude portant sur l'éducation interprofessionnelle dans les soins de santé primaire dans les milieux ruraux d'Australie, font remarquer que la reconnaissance du statut et de l'expertise de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire n'est pas innée mais s'acquiert. D'autres auteurs s'accordent

pour dire que l'éducation interprofessionnelle est plus efficace si elle est inhérente à la formation de base des futurs professionnels, puisqu'elle permet de les initier précocement à des modes de résolution de problèmes efficaces et au travail d'équipe (D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Lymbery et Millward, 2001; McNair, Brown *et al.*, 2001; Oandasan, D'Amour *et al.*, 2004). Mais en pratique, l'éducation interprofessionnelle rencontre toujours des obstacles qui font perdurer la prédominance du professionnalisme monolithique dans l'éducation en sciences de la santé. Ces obstacles sont : le manque de temps, les différences entre les priorités des professeurs, les opinions divergentes concernant les méthodes d'enseignement, le financement différent des écoles et facultés, les inégalités entre les niveaux académiques, le manque d'historique de collaboration et de liens entre et au sein des écoles, facultés et universités, les compromis dans l'apprentissage de la discipline individuelle et la perte d'identité professionnelle (Nugent et Lambert, 1996; McNair, Brown *et al.*, 2001).

2.4.3. Les modes de communication

Les modes de communication bilatéraux, où l'information partagée est exacte, complète et opportune, sont également essentiels à la collaboration (Hébert, 1997; Lymbery et Millward, 2001; Birmingham, 2002). Ces modes de communication supposent l'adoption de méthodes de résolution de conflits puisque la collaboration interdisciplinaire exige la synthèse et l'harmonisation entre des points de vue parfois très divergents, voire même contradictoires. En conséquence, les équipes les plus efficaces à résoudre les problèmes sont celles pour qui les interactions à l'intérieur du groupe seront les plus fonctionnelles (Morrow-Lettre, 1999; McNair, Brown *et al.*, 2001; Irvine Doran, Baker *et al.*, 2002). De plus, malgré l'idée généralisée que les conflits dans un groupe de travail sont des obstacles à la collaboration, certains auteurs soutiennent qu'au contraire, ils peuvent contribuer à améliorer l'efficacité d'un groupe. En effet, la résolution des conflits requiert un haut degré de coopération. C'est donc à travers un processus de négociation que les partenaires parviendront à s'entendre et à construire la collaboration (Sessa, 1994 dans Liedtka et Whitten, 1998; D'Amour, 2001, Friedberg, 1993).

2.4.4. La notion de pouvoir

À partir d'une revue de la littérature, Nugent et Lambert (1996) ont identifié certaines conditions favorisant le travail d'équipe entre médecins et infirmières. Selon eux, la pratique en collaboration sous-entend que ces professionnels de la santé doivent agir comme des collègues et des partenaires à l'intérieur d'une hiérarchie horizontale caractérisée par la confiance mutuelle, plutôt que verticale, basée sur les jeux de pouvoir. La hiérarchie horizontale réfère aussi à la collégialité qui, vécue au sein d'une équipe de travail, conduit à l'harmonisation des objectifs de chaque groupe, à la parité des statuts, à l'égalité dans les interactions personnelles, à un partage des connaissances scientifiques et personnelles ainsi qu'à la confiance mutuelle (Baldwin et Williamson-Isukuda, 1984; Nugent et Lambert, 1996; Hébert, 1997; D'Amour, 2001). Toutefois, les exemples de déséquilibre dans les relations de pouvoir sont nombreux dans la littérature. L'équipe de Lymbery et Millward (2001), dans une étude visant à déterminer la place des travailleurs sociaux au sein de l'équipe de soins de santé primaire, ont observé que les médecins s'expriment souvent plus aisément au sein d'une équipe, s'inscrivant ainsi dans une position de pouvoir. Patronis-Jones (1994) va dans le même sens dans une étude visant à décrire la relation médecin infirmière, mentionnant que plusieurs infirmières demeurent cachées derrière la notion passive d'*advocacy*. L'auteure mentionne que cette notion ne fait pas le poids devant le pouvoir exercé par les médecins dans le cadre hiérarchique traditionnel. Pour Nugent et Lambert (1996), les inégalités des pouvoirs entre les médecins et les infirmières ne sont pas seulement imputables à la profession mais aussi au genre. Pour ces chercheurs, il subsiste un problème dans l'exercice des rôles qui serait historiquement relié à la dominance masculine et à la 'soumission' féminine. Toutefois, l'équipe de Hojat, Gonnella *et al.* (2003) a infirmé cette allégation au cours d'une étude mesurant la positivité de la perception de la collaboration interdisciplinaire entre des membres de la profession médicale et infirmière. Dans leur étude, ils ont observé qu'il n'existe aucune différence significative entre les genres. Néanmoins, malgré cette divergence, les auteurs s'entendent généralement pour dire que les inégalités de pouvoir entraînent un risque de développer une relation de subordination et encouragent le parallélisme disciplinaire (D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Lymbery et Millward, 2001).

2.5. Contribution de la collaboration interdisciplinaire aux services de santé

La collaboration interdisciplinaire constitue un scénario souhaitable dans le domaine de la santé puisqu'elle permet une réponse mieux adaptée aux besoins des populations. Par exemple, l'approche communautaire et les services de santé intégrés reposent de facto sur une vision multidimensionnelle de la santé, rehaussant l'intérêt pour une offre de services interdisciplinaires (Nugent et Lambert, 1996; D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Lymbery et Millward, 2001; Sicotte, D'Amour *et al.* 2002).

L'intervention interdisciplinaire constitue spécialement en milieu communautaire, un modèle incontournable dans les situations complexes de soins et en faveur duquel, il existe un large consensus, malgré ses difficultés de mise en œuvre.

D'Amour (2001 : 137)

Un autre constat est à l'effet que la collaboration interdisciplinaire produit des résultats positifs sur la santé des usagers puisque plusieurs recherches démontrent que la collaboration interdisciplinaire améliore la qualité des soins, en plus d'assurer un meilleur rendement du personnel, de participer à l'efficience des services de santé, de rehausser la satisfaction des usagers qui voient leurs besoins mieux répondus, de diminuer la fragmentation des soins, d'améliorer l'environnement de travail et d'augmenter la satisfaction des membres de l'équipe interdisciplinaire face à leur travail (Nugent et Lambert, 1996; Liedtka et Whitten, 1998; Maas, 1998; Mansourimoaied, Boman *et al.*, 2000; Pronovost, 2000; McNair, Brown *et al.*, 2001; Taylor, Blue *et al.*, 2001). Néanmoins, Hébert (1997) incite à demeurer prudent car la collaboration n'est pas une panacée à tous les maux puisqu'elle comporte certaines limites. Notamment, il rappelle que tout ne peut se décider en équipe, que l'équipe ne doit pas se substituer au client ou à sa famille, qu'elle n'est pas infaillible et que les responsabilités professionnelles du groupe ne doivent pas se substituer aux responsabilités professionnelles et individuelles de chaque membre.

2.6. Éléments influençant la collaboration interdisciplinaire

Il existe dans la littérature une multitude d'éléments pouvant influencer la collaboration interdisciplinaire. Notamment, certains sont liés à des aspects personnels des membres, des caractéristiques du groupe de travail ou de l'organisation de santé.

Des auteurs présentent quelques valeurs personnelles qui influenceraient positivement la collaboration. Ces valeurs sont : la sécurité personnelle et professionnelle, l'ouverture à

l'inconnu, la valorisation des différences, l'attitude systémique, la confiance, la maturité, la tolérance et l'humilité (Hébert, 1997; Liedtka et Whitten, 1998; Morrow-Lette, 1999). Du point de vue de l'équipe de travail, certaines caractéristiques qui lui sont inhérentes peuvent aussi influencer la collaboration, dont le degré de maturité et la taille du groupe. Ainsi, la maturité au sein d'une équipe interdisciplinaire, qui constitue un gage d'efficacité, est caractérisée par six critères : le leadership partagé, la capacité de résolution de conflits portant sur des contenus importants, la perception et l'acceptation des différences, la cohésion et la conscience du rôle, le consensus et la créativité (Hébert, 1997). Ensuite, la taille du groupe influence le degré de collaboration interdisciplinaire. Donc, comme stipulé dans les théories générales du travail en équipe (St-Arnaud, 1978), les organisations de petites tailles réussissent plus facilement à instaurer des processus de collaboration efficaces (Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). Enfin, plusieurs auteurs conviennent qu'il est essentiel que les structures organisationnelles favorisent un environnement de travail propice à la collaboration interdisciplinaire (Liedtka et Whitten, 1998; Irvine Doran, Baker *et al.*, 2002; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). Des exemples de structures facilitantes sont la présence de normes régulatrices de comportements au sein d'un groupe, le contexte institutionnel favorisant l'accès à l'information et à la formation, le décloisonnement professionnel, la rémunération à salaire des médecins, l'organisation par programme et l'approche communautaire.

La collaboration ne peut pas se traduire en terme d'amélioration des performances sans le support provenant du développement de la culture organisationnelle, des récompenses et du système d'information.

Liedtka et Whitten (1998 : 198) [Traduction libre]

Au sujet du cloisonnement professionnel, Liedtka et Whitten (1998) mentionnent que l'essence de la collaboration implique nécessairement de travailler au-delà des frontières imposées par les cadres professionnels et fonctionnels et donc, elle nécessite l'acceptation d'un certain chevauchement professionnel. D'un point de vue économique, Nugent et Lambert (1996) ajoutent que les disparités salariales entre les différentes professions constituent aussi un obstacle à la pratique en collaboration. Lorsqu'ils sont payés à l'acte, les médecins accordent moins de temps aux rencontres interdisciplinaires car cela se traduit pour eux en terme de perte d'honoraires (Taylor, Blue *et al.*, 2001). Dans une logique entrepreneuriale et devant les tentations corporatistes auxquelles sont soumises les

médecins, les chances d'interventions communautaires diminuent. Cela nuit à leur implication réelle dans la continuité, la coordination et l'intégration des soins et des services (Morrow-Lettre, 1999; D'Amour, 2001). À sujet, Romanow (2002 :137) mentionne *qu'il faudrait délaissier la rémunération à l'acte au profit de l'octroi d'un salaire.*

L'organisation par programme, qui s'adresse à des clientèles spécifiques et qui propose des plans de soins formalisés, ainsi que l'approche communautaire, semblent promouvoir les interventions interprofessionnelles concertées et intégrées (Lymbery et Millward, 2001; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). Par contre, les changements faits en vue d'implanter cette forme d'organisation des services de santé doivent s'opérer prudemment. En effet, la littérature soutient que les changements importants dans les structures organisationnelles, comme la restructuration des plans de services et l'instauration des soins axés vers le client, contribuent à augmenter l'anxiété de certains groupes face à la nécessité de collaborer (Liedtka et Whitten, 1998; Maas, 1998; McNair, Brown *et al.*, 2001). Ceci semble imputable au fait que ces changements sèment parfois la confusion dans les rôles et responsabilités des membres d'un groupe.

Ces quelques éléments ne couvrent évidemment pas l'ensemble de toutes les influences qui s'appliquent. Des résultats discordants révélés dans la littérature incitent à être prudent dans la définition des éléments contextuels. Par exemple, les résultats des travaux des équipes de Sicotte, D'Amour *et al.*, (2002) concluent à la faible influence du contexte. Ces résultats contredisent ceux de Hojat, Gonella *et al.*, (2003) qui au contraire, démontrent une très forte influence du contexte sur la collaboration interdisciplinaire. Pour l'équipe de Sicotte, D'Amour *et al.*, (2002), c'est essentiellement la dynamique interne des groupes de travail qui influence la collaboration interdisciplinaire et non les variables contextuelles. Pour l'équipe de Hojat, Gonnella *et al.* (2003), les facteurs contextuels dans lesquels se trouvent les professionnels de la santé, modifient significativement leur perception de la collaboration. En effet, dans leur étude qui visait à évaluer la positivité de l'attitude face à la collaboration entre 2522 infirmières et médecins provenant d'Israël, des États-Unis, du Mexique et d'Italie, les chercheurs ont tenté de vérifier, à l'aide de l'*Échelle Jefferson d'évaluation des attitudes face à la collaboration entre médecins et infirmières*, s'il existe une variation dans la perception de la collaboration en fonction de la profession, du sexe ou du contexte culturel où évoluent les participants. Leurs résultats n'ont démontré aucune

différence relativement au genre. Toutefois, ils ont observé qu'il existe une différence significative d'attitudes entre les professions et surtout entre les différents contextes culturels. Ce sont les participants du Mexique qui ont été les moins positifs (M=47.1 sur l'échelle Jefferson) alors que ceux provenant d'Israël étaient les plus positifs (M=52.3). Cette différence interculturelle a été jugée statistiquement significative ($p < 0.01$) et serait imputable, selon les auteurs, au fait que les individus travaillant dans un modèle professionnel complémentaire (États-Unis, Israël) sont beaucoup plus positifs à la collaboration que ceux des milieux où la hiérarchie verticale vaut toujours (Mexique, Italie). Ainsi, ces deux études utilisant des méthodes semblables sont arrivées à des résultats très différents. Ceci semble explicable par le fait que dans les deux équipes, les variables contextuelles exposées étaient insuffisamment documentées. Dans l'étude menée par l'équipe de Hojat, Gonnella *et al.*, (2000), la différence de perception face à la collaboration est associée au mode d'organisation dans lequel les acteurs se trouvent. Toutefois, les auteurs n'ont décrit aucune autre variable contextuelle. Pour Sicotte, D'Amour *et al.*, (2002), qui concluent à un effet négligeable du contexte, seules les caractéristiques des questionnaires et des programmes ont été considérées.

2.7. Collaboration interdisciplinaire en région isolée

Il existe peu d'études qui se sont penchées sur la collaboration interdisciplinaire dans le contexte des services de santé en régions isolées. En fait, la plupart des articles retenus effleurent le sujet sans s'y consacrer entièrement. Ceci semble en partie explicable par le fait que « *...la plupart des études portant sur la santé dans les régions rurales, isolées et éloignées (au Canada) sont internes et non publiées. Il est donc difficile de documenter la nature et la portée de ces activités de recherche ainsi que la quantité de ressources allouées pour les supporter...* » (Pong, 1999: 8, traduction libre). Plusieurs des articles repérés proviennent de l'Australie qui se distingue en général pour le nombre de publications dans le domaine des services de santé en région isolée. Parmi ces articles, une étude de cas quantitative de Taylor, Blue *et al.*, (2001), visant à décrire la nature de la pratique multidisciplinaire et des modèles de soins des régions rurales et éloignées australiennes, a dénoté qu'il existe un haut degré d'informalité dans le développement des relations interdisciplinaires. Leur étude effectuée auprès du personnel, d'étudiants et de

clients dans quatre centres de santé australiens –situés en milieu rural agricole (n=2), en milieu éloigné (n=1) et dans un centre régional (n=1)– qui offrent une pratique clinique intégrée, a démontré que les frontières professionnelles sont beaucoup plus flexibles en milieu rural qu'en milieu urbain. Pour eux, cette flexibilité permet au personnel de travailler en collaboration interdisciplinaire en comprenant mieux le rôle de chacun, en partageant les connaissances, les habiletés, les responsabilités ainsi que la charge de travail entre les différentes professions et en diminuant l'isolement professionnel. Cependant, plusieurs auteurs signalent que des équipements de communication doivent être disponibles pour contrer les effets de l'éloignement géographique et encourager la collaboration à distance (Hébert, 1997; D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Taylor, Blue *et al.*, 2001). En ce sens, la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) signale l'importance de supporter des approches novatrices comme la télé santé. Néanmoins, l'absence des connexions haute vitesse dans plusieurs régions limite actuellement l'accès à ce type de technologie de l'information. En tout, c'est près de 5000 collectivités canadiennes soit 79% des agglomérations du pays appartenant principalement au monde rural et isolé qui sont jugées technologiquement difficiles à desservir (Romanow, 2002).

...la collaboration dans les soins de santé peut produire des retombées positives à condition de favoriser le personnel le plus approprié à fournir des services aux usagers de la façon la plus efficiente et la plus efficace...

Taylor, Blue *et al.*, (2001 : 309) [Traduction libre]

Une étude canadienne menée par Macleod (1999) a cherché à comprendre le vécu de la pratique infirmière au quotidien dans les petites communautés rurales et les hôpitaux éloignés de Colombie-Britannique et à cibler les stratégies efficaces pour développer l'expertise infirmière dans ce contexte particulier. Pour ce faire, l'auteure a utilisé l'approche phénoménologique, cherchant à connaître cette réalité à partir de la vision des infirmières. Ses travaux ont permis de mettre en lumière certains éléments de la relation interprofessionnelle. Tout d'abord, les infirmières interrogées ont caractérisé leur situation au sein d'une équipe de santé de «*being in the middle*» en faisant référence au fait qu'elles se retrouvent souvent comme intermédiaires entre la clientèle et les médecins. Ensuite, ces infirmières mentionnent que même s'il existe une certaine collégialité dans les relations médecin infirmière, elles demeurent problématiques. À cet effet, elles rapportent que les médecins respectent peu leurs connaissances et que ce sont elles qui doivent constamment

s'adapter au style des médecins. Finalement, malgré le fait qu'elles doivent assumer une plus grande responsabilité en raison de la disponibilité limitée des médecins et du peu de support local, elles affirment détenir peu d'autorité auprès des membres de la profession médicale et de la clientèle. Cette situation est identifiée comme une source de frustration. Encore plus près, l'équipe de Lazure et St-Laurent (2002) a conduit, au Québec, une autre étude phénoménologique de type herméneutique auprès d'infirmières pratiquant dans les régions du Nunavik, de la Basse-Côte-nord, de Charlevoix ou du Bas-St-Laurent, sur la nature de la pratique infirmière dans ces régions. S'enchâssant dans une étude nationale s'intitulant « La nature de la pratique infirmière dans les régions rurales et lointaines du Canada » (McLeod, Kulig *et al.*, 2004), elles abordent les thèmes du travail d'équipe et de la collaboration interdisciplinaire du point de vue des infirmières. Les infirmières interrogées ont d'abord signalé l'importance du travail d'équipe en raison de l'isolement et disent travailler en étroite collaboration avec les médecins, même s'ils ne sont pas toujours directement sur place. Cette collaboration semble être nécessaire pour elles à la survenue d'un problème urgent, complexe ou requérant une évacuation médicale. Cette situation soulève une particularité des milieux isolés comparativement aux milieux urbains et ruraux où il est généralement convenu que la collaboration interdisciplinaire est moins bien comprise dans un contexte de soins aigus que dans les services de longue durée, de réadaptation ou de santé mentale (Morrow-Lettere, 1999; Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002). Lazure et St-Laurent (2002) identifient également des obstacles au travail en collaboration en région isolée ou éloignée, tels que l'insuffisance de ressources humaines et matérielles et la grande mobilité du personnel. Ces situations entraînent la présence de nombreux professionnels itinérants communément appelés 'dépanneurs' qui connaissent peu la réalité contextuelle et qui peuvent utiliser des approches thérapeutiques inappropriées. À titre d'exemple, les approches en *Evidence Based Medicine* qui énoncent les lignes de conduite dans la pratique médicale actuelle, tiennent rarement compte du contexte de certains milieux comme les distances importantes à parcourir, le temps, le coût ou la disponibilité des ressources ou des transports (Pong, 2000; Parsons, Merlin *et al.*, 2003). La connaissance des réalités locales est donc essentielle à la collaboration. En ce sens, Lazure et St-Laurent (2002 : 32) soulignent « *l'importance d'entretenir de bonnes relations avec les autochtones, les Inuits ou les insulaires pour faciliter l'implication de la communauté*

dans divers projets » faisant ainsi référence aux populations ainsi qu'aux ressources paraprofessionnelles locales. Ces ressources paraprofessionnelles sont généralement une réponse au manque de personnel chronique des milieux isolés et au désir d'offrir des soins culturellement adaptés (Minore et Boone, 2002). Par exemple, les infirmières du Nunavik disent que les interprètes sont essentiels à leur travail considérant qu'une partie de la clientèle ne parlent qu'Inuktitut et que peu d'infirmières le maîtrisent. Toutefois, une étude qualitative tentant d'identifier les facteurs limitant l'efficacité de la communication entre les patients aborigènes d'Australie en stade terminal d'une maladie rénale et les travailleurs de la santé allochtones, a démontré que les interprètes ne forment qu'une partie de la solution. Ils suggèrent que des mécanismes, comme l'éducation interculturelle, soit instaurés pour faciliter la compréhension mutuelle des dimensions sociales, culturelles et économique de la maladie (Cass, Lowell *et al.*, 2002). Pour McGrath (2000) qui, dans sa revue des écrits, a tenté d'identifier les problèmes gênant la distribution des soins palliatifs auprès des aborigènes des régions éloignées du *Northern Territory* en Australie, le partenariat entre les membres d'une équipe de soins transculturelle est bénéfique pour chaque partie qui y voit sa notoriété rehaussée auprès des autres groupes et de la clientèle. Une étude conduite dans le nord de l'Ontario par Minore et Boone (2002) a permis d'identifier des facteurs considérés comme fondamentaux au succès de l'équipe interdisciplinaire constituée de professionnels et de paraprofessionnels autochtones et allochtones. Ces facteurs sont : la clarté dans la définition des rôles, l'appréciation mutuelle de leurs connaissances 'égales mais différentes' et la confiance de la compétence de l'autre (Minore et Boone, 2002).

2.8. En bref

Cette revue des écrits portant sur la collaboration interdisciplinaire permet de mettre en relief certains éléments essentiels à son étude. Tout d'abord, les écrits suggèrent l'adoption d'une définition scientifiquement fondée de la collaboration interdisciplinaire et d'un cadre d'analyse appuyé sur des théories organisationnelles reconnues. Ces théories présentent la collaboration interdisciplinaire comme un construit multidimensionnel où des processus entre les membres d'une équipe sont mis en relation. Les processus identifiés dans les écrits peuvent être regroupés sous quatre dimensions soit: l'existence d'objectifs communs, la

reconnaissance mutuelle, les modes de communication et le pouvoir. Les écrits soutiennent également que ces processus sont influencés par des éléments contextuels qui peuvent être internes ou externes au groupe de travail. L'importance de ces influences incite à adopter un modèle *Input-Process-Output* et encourage à recourir à une description très explicite du contexte (*input*). Finalement, l'étude de la collaboration interdisciplinaire dans le contexte des régions isolées laisse présager l'importance des influences sociales et culturelles.

2.9. But et objectifs de l'étude

Le but de cette recherche est de comprendre comment les éléments contextuels influencent la structuration de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants des services de santé de première ligne travaillant en région isolée. Les objectifs poursuivis sont:

- 1) Caractériser la structuration et le maintien de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants du milieu étudié.
- 2) Identifier les éléments contextuels qui exercent une influence sur les dimensions de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants du milieu étudié.

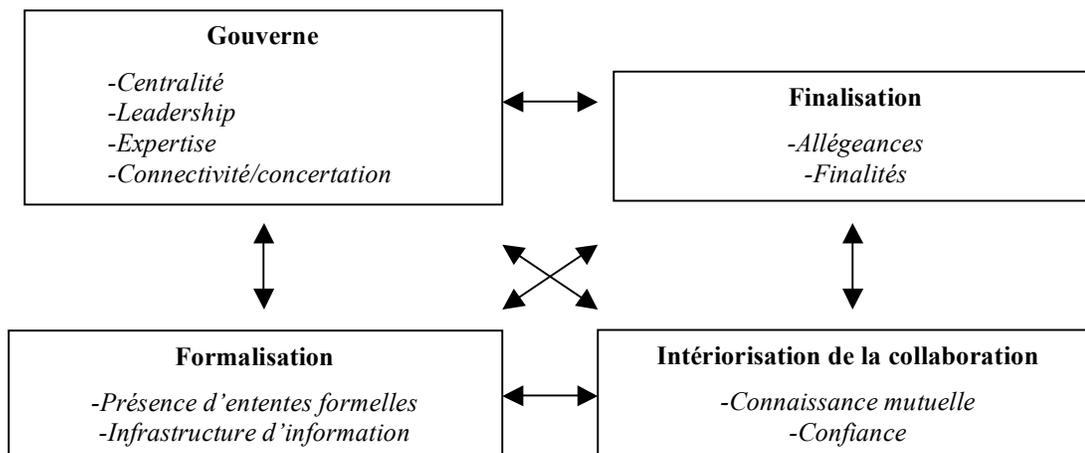
CHAPITRE 3. CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre porte sur la définition des deux concepts centraux de cette étude. Ce sont : la collaboration interdisciplinaire et le contexte des services de santé dans la région retenue. Ce chapitre se termine par l'opérationnalisation des deux concepts à l'étude.

3.1. Définition de la collaboration interdisciplinaire

Le modèle de D'Amour, Sicotte *et al.*, (1999), qui a été bonifié par D'Amour, Goulet *et al.*, (2003), a été retenu afin de caractériser la collaboration interdisciplinaire. Plusieurs raisons justifient ce choix. Tout d'abord ce modèle est appuyé du point de vue théorique par l'approche organisationnelle de l'acteur collectif, provenant de la sociologie des professions et des théories des organisations, développée par Friedberg (1993). Dans cette approche, on tente de « *comprendre comment localement, c'est-à-dire grâce à quels arrangements et à quels mécanismes particuliers se construit et se maintient la coopération entre des acteurs empiriques situés dans un contexte d'action aux caractéristiques également spécifiques* » (Friedberg, 1993 : 303). Ce modèle, qui prévoit quatre dimensions mutuellement reliées, a été privilégié puisqu'il permet de voir la nature multifacettaire de la collaboration interdisciplinaire, ce à quoi un outil unidimensionnel n'aurait pu contribuer (Hojat, Gonnella *et al.*, 2003). Ainsi, ces dimensions sont : (1) la délégation explicite de la régulation ou la gouverne, (2) la formalisation de la régulation, (3) la finalisation de la régulation et (4) l'intériorisation de la collaboration. Ces dimensions permettent d'obtenir une vision d'ensemble de la collaboration interdisciplinaire en faisant référence non seulement aux structures organisationnelles, mais également aux stratégies des acteurs et aux négociations se déroulant entre eux. À ce sujet, D'Amour, Sicotte *et al.*, (1999 :87) signalent que « *la compréhension de la collaboration interprofessionnelle passe par la compréhension de la façon dont un groupe d'individus construit son action, du contexte dans lequel se construit cette action et de l'interaction entre les deux* ». Finalement, il s'agit d'un modèle qui a déjà fait l'objet d'expérimentation auprès d'équipes des services de santé québécois. Les dimensions composant ce modèle sont présentées à la figure 3. Les attributs qui caractérisent chacune de ces dimensions y sont également indiqués.

Figure 3 : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour *et al.* (1999, 2003)



3.2. Définition du contexte

La définition du contexte est présentée en deux temps. Tout d'abord, de façon générale où l'on s'intéresse à la définition opérationnelle d'un contexte et ensuite avec une présentation sommaire du contexte à l'étude, soit celui de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James. Toutefois, il ne s'agit que d'une entrée en matière et le concept du contexte sera enrichi par les informations recueillies sur le terrain.

3.2.1. Définition opérationnelle d'un contexte

Avant d'aborder spécifiquement les éléments contextuels des régions isolées québécoises et plus particulièrement ceux de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James, il paraît essentiel de s'intéresser au concept central de contexte. Ainsi, dans les écrits, le contexte est souvent présenté comme un construit reposant sur un ensemble d'éléments tangibles (Fortin, Côté *et al.*, 1996; Corser, 1998; Hatch, 2000). Hatch (2000) présente l'environnement général comme une série de forces sociales, culturelles, légales, politiques, économiques et technologiques auxquelles sont soumis les acteurs et les organisations d'un milieu donné. Les éléments de l'environnement général ajoutés à ceux des environnements interorganisationnels ou internationaux (ces environnements sont moins pertinents dans le cadre de la présente étude), permettent de caractériser le contexte dans lequel évolue une organisation. Ensuite, Corser (1998) divise les éléments contextuels en catégorie d'influences, d'ordre personnel, professionnel, interprofessionnel ou organisationnel,

permettant de fournir une description détaillée et écologique du contexte. Quant à elle, Pronovost (2000) propose une catégorisation différente des éléments contextuels influençant la collaboration. Dans la foulée des travaux de St-Arnaud (1992), elle les lie spécifiquement au développement du système groupe dans lequel la connaissance de l'histoire du milieu implique la connaissance des liens entre les individus, du climat habituel et des leaders informels. Selon elle, la culture se présente sous trois formes, soit la culture du milieu de soins, la culture professionnelle et la culture de société. Finalement elle lie l'organisation des services à la mission de l'établissement, aux structures organisationnelles et aux modalités de gestion. Sur le terrain, Osmond (2004), dans ses travaux portant sur les barrières au recrutement et à la rétention des professionnels de la santé dans les régions rurales de Nouvelle-Écosse, a fait émerger à travers des données d'entrevues réalisées auprès de 19 informateurs-clés, cinq types d'environnements influençant le personnel de santé en milieu rural, soit les environnements physique, administratif, éducationnel, économique et social. L'analyse des écrits incite donc à opter pour une vision écologique du milieu. En s'inspirant des travaux de Hatch (2000), Corser (1998), Pronovost (2000) et Osmond (2004), il est possible d'identifier quatre environnements pour en faire un construit unifié. Ces environnements sont (1) l'environnement physique, (2) l'environnement organisationnel et politique, (3) l'environnement économique et (4) l'environnement socioculturel. Ce construit unifié sera utilisé dans la présente étude.

3.2.2. Les Terres-Cries-de-la-Baie-James

3.2.2.1. Le territoire

La région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James (Région 18), est formée d'un ensemble d'îlots correspondant aux territoires occupés par les neuf communautés Cries du Québec. Ces communautés sont: Waswanipi, Ougé-Bougoumou, Mistissini, Némaska, Waskaganish, Eastmain, Wemindji, Chissassibi et Whapmagoostui. Ces îlots sont incrustés dans les régions sociosanitaires Nord-du-Québec (Région 10) et Nunavik (Région 17). Ainsi, le territoire morcelé de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James diffère de celui octroyé au peuple cri en 1975 par la Convention de la Baie James et du nord Québécois (CBJNQ). La figure 4 de la page 34 présente ce territoire appelé *Eeyou Istchee*

en cri. Il s'étend du 49^e au 55^e parallèles nord. Toutes ces communautés, sauf Whapmagoostui, sont accessibles par la route. L'accès à Whapmagoostui se fait principalement par avion. Les communautés crie les plus méridionales, soit Waswanipi, Ougé-Bougoumou et Mistissini, sont reliées au réseau routier par une route pavée, la route #113. La route asphaltée de la Baie-James, reliant l'Abitibi à Radisson, permet aussi de rejoindre les communautés de Waskaganish, Némaska, Eastmain, Wemindji et Chissassibi via des ramifications d'une centaine de kilomètre en gravier. La route du nord en gravier, permet d'atteindre la communauté de Némaska.

3.2.2.2. Le portrait politique

En 1847, une commission royale d'enquête sur la situation des autochtones recommande la création des réserves pour compenser la perte de leur territoire. Toutefois, à l'époque, le gouvernement canadien s'intéresse peu aux régions subarctiques et arctiques (Dickason, 1996). Donc, la sédentarisation de la population crie s'est faite graduellement, sur des dizaines voire des centaines d'années, d'abord autour des postes de traite des comptoirs de la compagnie de la Baie d'Hudson. Par exemple, des endroits tels que Wapmagoostui (Poste-à-la-Baleine), ont servi de terrain d'échange pendant plus de 250 ans, tandis que d'autres communautés, comme Ougé-Bougoumou, ont été fondées à la fin du XX^{ième} siècle. La CBJNQ, signée en 1975 entre le Gouvernement du Québec, le Gouvernement du Canada, Hydro-Québec, la Société de Développement de la Baie-James (SDBJ), la Société d'Énergie de la Baie-James (SEBJ) et les peuples cri et inuit, accorde, notamment le contrôle politique, économique et social du territoire, aux peuples autochtones signataires. Elle accorde l'octroi d'un montant totalisant 225 millions de dollars en indemnités pour l'utilisation de leur territoire (Ministère des affaires indiennes et nord du Canada, 2004). Cette entente s'est étendue, en 1978, au peuple naskapis au nord de Schefferville (Dickason, 1996). En 2002, un second accord intitulé « La Paix des Braves » et signé cette fois-ci par le Gouvernement du Québec et la nation crie du Québec, est venu clarifier des aspects contestés dans la CBJNQ, notamment ceux relatifs à l'exploitation du territoire, à la veille de la reprise des grands travaux hydroélectriques dans la Baie-James, tels que les projets de réfection des rivières Rupert et Eastmain.

Figure 4 : Carte de l'Eeyou Istchee⁴

Source : Société de Développement de la Baie-James <http://www.sdbj.gouv.qc.ca>. 2004-09-27

⁴ L'Eeyou Istchee correspond aux terres de catégorie 1, 2 et 3 tel que conféré par la CBJNQ de 1975. Les terres de catégorie 1 (rose) correspondent aux villages cris, celles de catégorie 2 (violet), aux territoires de chasse exclusifs aux autochtones et celles de catégorie 3 (vert foncé), aux terres publiques.

3.2.2.3. Portrait organisationnel des services de santé

Jusqu'à la signature de la CBJNQ, l'éducation et les services de santé «classiques» étaient principalement offerts par des missionnaires anglicans et catholiques (CCSSSBJ, 2004). La population de l'époque consultait également les guérisseurs traditionnels, en plus d'utiliser les vertus des plantes médicinales. Le Conseil régional de la Santé et des services sociaux de la Baie-James (CRSSSBJ) a été créé en 1978. Ce douzième conseil régional qui allait devenir le CCSSSBJ, rejoignait les autres CRSSS du réseau de la santé québécois qui ont été constitués à la suite de l'adoption de la Loi sur les Services de santé et services sociaux le 24 décembre 1971 (Rochon, 1988). Mais, contrairement aux autres CRSSS qui agissent à titre consultatif et bénéficient de peu de pouvoirs administratifs au profit du Ministère des Affaires sociales –qui est devenu plus tard le MSSS–, le CRSSSBJ reçoit le mandat de l'entière gestion des services de santé et des services sociaux sur l'ensemble de son territoire (Rochon, 1988; Torrie, Moir *et al.*, 2003; Turgeon, Anctil *et al.*, 2003). De nos jours, des services de santé de première ligne⁵ universellement accessibles s'adressent aux individus comme aux familles et aux collectivités. Ils incluent des services médicaux et infirmiers, des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et de soins palliatifs, ainsi que des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie (Romanow, 2002; Lamarche, Beaulieu *et al.*, 2003). Ils sont disponibles 24 heures sur 24, 365 jours par année. Ces services sont offerts dans les points de services CLSC qui forment la porte d'entrée du réseau de la santé et sont situés dans chaque communauté. Chissassibi compte également un hôpital régional de 32 lits de longue et de courte durées. Y sont offerts des services de première et de deuxième ligne. Les points de services CLSC sont regroupés sous les services administratifs régionaux de deux CLSC. Le CLSC de la Côte, situé à Chissassibi assure la gestion des points de services de Chissassibi, de Waskaganish, d'Eastmain, de Wemindji et de Whapmagoostui. La gestion régionale des points de services CLSC de Waswanipi, Ougé-Bougoumou, Mistissini et Nemaska est liée au CLSC de l'Intérieur situé à Mistissini. Les services de santé de première ligne sont généralement offerts par du personnel infirmier et des *Community Workers* (CW), qui sont les intervenants sociaux de la région. Ils peuvent orienter au besoin la clientèle, vers des ressources de deuxième ligne comme le médecin, le psychologue ou les travailleurs de la

⁵ Au Québec, les services de santé de première ligne incluent les services sociaux de première ligne tandis que ces deux secteurs sont généralement dissociés ailleurs au Canada.

Protection de la Jeunesse (TPJ). Ces intervenants de la deuxième ligne ont le mandat de soutenir ceux de la première ligne en offrant un soutien professionnel téléphonique ou directement sur place.

3.2.2.4. L'économie de la région

L'industrie du transport (aérien et terrestre) ainsi que les exploitations forestière et minière constituent des fleurons importants de l'économie régionale. De plus, la reprise des projets hydroélectriques d'envergure sur le territoire offre l'opportunité à plusieurs autochtones d'y travailler. Le secteur tertiaire tel que les entités administratives comme les Conseils de bande ou les milieux de l'éducation et de la santé, fournit plusieurs emplois aux habitants du territoire. Cependant, il est important de noter que plusieurs employés des secteurs de la santé et de l'éducation sont allochtones et proviennent d'autres régions du Québec et du Canada. Les activités traditionnelles telles que la chasse, la pêche et le piégeage sont toujours pratiquées et demeurent un secteur d'activités important ; 30% des Cris du territoire en vivent. L'*Eeyou Istchee* est divisé en territoires gérés par des maîtres de trappes (*tallymen*). Le calendrier scolaire inclut d'ailleurs l'apprentissage des activités traditionnelles telles que la chasse, la pêche, la vie au camp, la survie en forêt, l'apprentissage des plantes médicinales, la fabrication des raquettes et l'artisanat.

3.2.2.5. Le portrait social et culturel

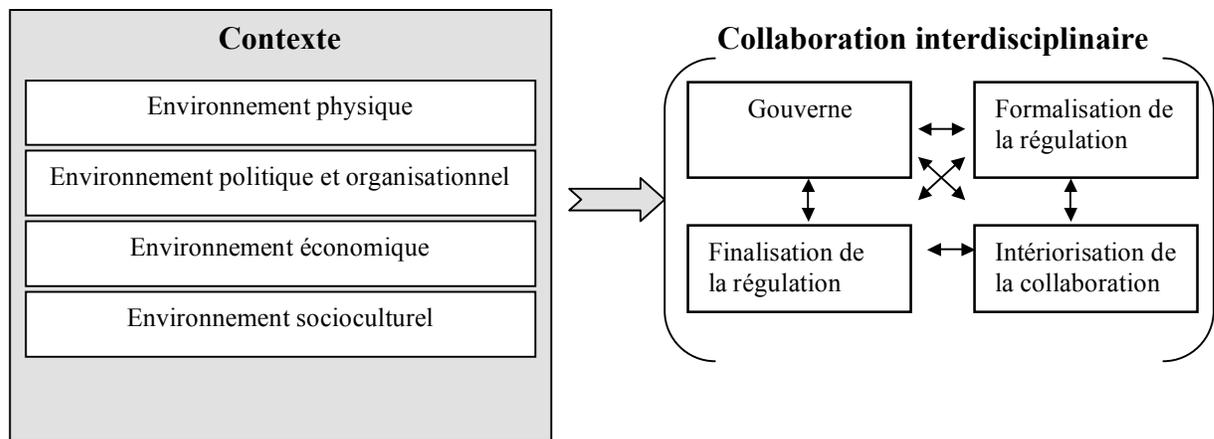
Au Québec, la population autochtone globale incluant les Inuits, était de 76 419 personnes en 2003 (Ministère des affaires indiennes et nord du Canada, 2004). De ce nombre, 14 276 personnes appartiennent à la nation crie et la grande majorité, soit 12 436 de ceux-ci, habitent le territoire de l'*Eeyou Istchee*. Les Cris forment, au Québec, le second groupe autochtone en nombre après les Innus Montagnais et Naskapis. On retrouve également des communautés cries d'importance en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan. Les Cris font partie de la grande famille algonquienne qui regroupe également les Attikamekws et les Innus. La langue crie s'écrit au moyen de caractères syllabiques et est encore communément utilisée par les autochtones du territoire. La langue anglaise est généralement adoptée comme langue de travail avec les allochtones, mais le français compte de plus en plus d'adeptes. À l'école, l'enseignement se fait principalement dans la langue crie jusqu'en 3^{ième} année du primaire. Par la suite, les parents choisissent entre le

français ou l'anglais. Encore de nos jours, il n'est pas rare de rencontrer des aînés unilingues cris.

3.3. Opérationnalisation des concepts

Les définitions opérationnelles des concepts à l'étude permettent de créer un cadre opératoire de la recherche (Fortin, 1996). Ainsi le défi est d'examiner les liens entre les indicateurs empiriques appartenant aux dimensions du concept unifié 'contexte des services de santé en région isolée', vu comme un construit d'éléments tangibles et les domaines d'indicateurs empiriques du concept 'collaboration interdisciplinaire', vu comme la structuration d'une action collective. La figure 5 présente ce cadre dont l'opérationnalisation s'effectuera en deux temps.

Figure 5 : Cadre opératoire des concepts à l'étude



Premièrement, les indicateurs empiriques issus du modèle de la structuration de la collaboration interdisciplinaire et ceux du construit unifié de contexte serviront à élaborer le guide d'entrevue. Par la suite, le cadre opératoire servira à l'analyse des données recueillies lors des entrevues. Cependant, les données empiriques qualifiant chacun des environnements contextuels émergeront des entrevues. Du côté de la collaboration, les données empiriques recherchées correspondent aux attributs du concept central de collaboration proposés par D'Amour *et al.*, (1999, 2003). Le guide d'entrevue et les méthodes d'analyse font l'objet d'une présentation plus détaillée au chapitre 4 et l'arborescence issue de ce cadre opératoire est présentée au chapitre 5.

CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre est essentiellement consacré à la présentation du devis de la recherche et des choix méthodologiques.

4.1. Devis

Il s'agit d'une étude de cas qualitative combinant des démarches inductives et déductives. Le choix de cette combinaison est justifié par le fait que l'utilisation d'une démarche purement inductive pourrait être inappropriée considérant la situation où l'étudiante chercheuse possède une expérience professionnelle en région isolée. À ce sujet, Deslauriers (1991 : 85-86) mentionne que pour le chercheur qui « *étudie un domaine qui se trouve dans la même culture que la sienne, l'induction à l'état pur risque de lui faire perdre du temps et il est préférable de structurer le sujet de façon sommaire* ». Cette connaissance du milieu permet de partir d'une construction sommaire du contexte, d'où la partie déductive de cette recherche. Toutefois, l'utilisation l'induction demeure justifiée par le fait qu'il existe peu de travaux portant sur la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé, qui tiennent compte du contexte particulier des milieux isolés. Rappelons que même si certains auteurs soutiennent que la collaboration interdisciplinaire en milieu isolé est favorisée comparativement aux milieux urbains, les raisons de cette distinction demeurent obscures (Lazure et St-Laurent, 2002; Glasser, Holt *et al.*, 2003). De plus, l'utilisation d'une méthode inductive pour décrire le contexte permet de considérer des éléments qui auraient pu ne pas figurer dans la revue de littérature. Dans un deuxième temps, puisque que cette recherche s'intéresse au processus de structuration de la collaboration interdisciplinaire au sein d'un groupe particulier, le devis qualitatif semble le plus appropriée. En effet, ce devis est généralement utilisé pour décrire un phénomène sociale, une situation ou un processus permettant une compréhension approfondie (Marshall et Rossman, 1989). Finalement, l'utilisation de la formule 'étude de cas' permet une analyse plus en profondeur du contexte de la recherche. Elle est dictée en considération des grandes disparités entre les différentes régions du Québec isolé (Duhaime et Godmaire 2002). De plus, elle s'avère utile dans « *l'investigation d'un phénomène contemporain à l'intérieur d'un contexte de la vie réelle*

spécialement lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas toujours clairement établies » (Yin, 2003 : 13, traduction libre).

4.2. Choix méthodologiques

4.2.1. Le site de la recherche

Comme il a été mentionné précédemment, le terrain retenu pour réaliser cette recherche est la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). Ce choix est motivé par plusieurs raisons. Tout d'abord, ce territoire est identifié comme faisant partie du Québec isolé (Santé Canada, 1999; Duhaime et Godmaire, 2002). Par exemple, le village de Chissassibi où se trouve l'hôpital régional, est situé à 1600 km au nord de Montréal. Ensuite, le territoire offre une diversité intéressante puisqu'il existe neuf points de services CLSC offrant tous des services de première ligne sous l'égide de la même organisation soit, le CCSSSBJ. De plus, cette organisation dispose de ressources qualifiées dans le domaine de la recherche en milieu autochtone. Le fait que les professionnels de la santé et des services sociaux du territoire y travaillent en rôle élargi, c'est-à-dire qu'ils empruntent des techniques et exécutent des activités généralement réservées à d'autres groupes de professionnels de la santé, est également un facteur qui explique le choix de la région. Aussi, plusieurs des professionnels et paraprofessionnels de la santé et des services sociaux qui oeuvrent dans ce milieu appartiennent à la nation crie, ce qui reflète une réalité du Québec isolé et constitue une opportunité d'intégrer une dimension culturelle à la notion de collaboration interdisciplinaire. Finalement, étant donné l'expérience professionnelle de l'étudiante chercheuse, dans un souci d'objectivité et principalement pour minimiser l'effet « Hawthorne » induisant des biais d'information, la recherche est effectuée dans une région où ni elle ni ses superviseuses n'ont eu, jusqu'à maintenant, des activités professionnelles.

4.2.2. La population et l'échantillon

La population ciblée est constituée de l'ensemble des intervenants de la santé travaillant au sein des établissements offrant des services de santé dans les points de services CLSC régis par le CCSSSBJ. Ces intervenants de la santé sont : les auxiliaires familiales, les CW, les *Community Health Representatives* (CHR) qui sont les agents de formation sociosanitaire, les infirmières, les interprètes, les médecins, les TPJ ainsi que toutes les autres ressources professionnelles et paraprofessionnelles gravitant autour de ces intervenants.

L'échantillon est constitué de participants provenant de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James. Ces participants sont principalement des intervenants des services de santé de première ligne des points de services CLSC de la région, mais aussi certains intervenants de la deuxième ligne qui travaillent étroitement auprès de ceux de la première ligne⁶. En raison des petites équipes de travail dans chaque point de service, la formule «*Embedded Case Study Design*» a été retenue afin d'obtenir un échantillon théoriquement satisfaisant. Cette formule suppose que même si les informateurs-clés proviennent de points de services différents, l'unité principale d'observation demeure l'ensemble des services de santé de première ligne de la région (Yin, 2003). De plus, dans le but de se soustraire aux critiques relatives à la non sélectivité de l'échantillon, les entrevues se sont déroulées au retour du congé des fêtes où plusieurs travailleurs réguliers se trouvaient en poste, soit du début février à la fin mars 2005. En effet, effectuées à l'été ou à l'approche des grands congés (période des fêtes, semaine de relâche, semaines culturelles), l'échantillon aurait pu être moins représentatif. L'échantillonnage en vue des entrevues individuelles s'est réalisé en trois temps. Dans un premier temps, des participants potentiels ont été identifiés par une méthode non probabiliste par choix raisonné par les membres du Comité de Direction de cette recherche issus du Département de Santé publique du CCSSSBJ. Un échantillon théorique de 12 participants a été ainsi identifié en considération de leur expérience, de leur profession d'appartenance, de leur ethnie et de leur probable ouverture à participer à cette recherche. Par la suite, cette matrice a été présentée aux deux coordonnateurs des CLSC de la région (de la Côte et de l'Intérieur) dans un but de validation. Quelques ajustements ont été suggérés en raison de la disponibilité du personnel et d'un souci de représentativité. Neuf participants ont été sollicités directement et trois ont été recrutés par la technique 'boule-de-neige' sur le terrain, pour compléter l'échantillon après avoir obtenu la permission du comité.

4.2.3. Les techniques de collectes de données

La collecte d'information obéit à une démarche de type phénoménologique puisque la perception tirée de l'expérience des participants est privilégiée pour décrire comment se

⁶ Les intervenants de l'hôpital de Chissassibi ne font volontairement pas partie de l'échantillon puisque leur situation semble assez différentes que celle des intervenants dans les points de services CLSC de la région. Nous avons donc choisi de travailler avec des milieux assez similaires afin d'améliorer l'échantillon.

construit et se vit la collaboration interdisciplinaire sur le terrain (Bachelor et Puruchottam, 1986). Elle s'est faite au moyen d'entrevues individuelles qui ont été enregistrées sur audiocassettes. Des transcriptions *verbatim* ont ensuite été effectuées et codées selon une arborescence issue du cadre opératoire qui est présentée au chapitre 5. Toutefois, même si les données recueillies ont fait l'objet d'une première catégorisation à l'aide des indicateurs empiriques du modèle multidimensionnel du contexte, cette démarche est également demeurée inductive car elle a valorisée l'émergence d'autres catégories en cours d'analyse (Bachelor et Purushottam, 1986). Le logiciel d'analyse qualitative NVivo 2.0© a été utilisé pour les étapes de codage, catégorisation et analyse.

Le type d'entrevue qui a été retenu est l'entrevue individuelle semi structurée qui combine l'entrevue centrée et les questions ouvertes. En effet, l'entrevue semi structurée serait l'un des meilleurs moyens de recueillir les perceptions des acteurs (Miles et Huberman, 1984). L'entrevue centrée permet de bien couvrir l'ensemble des éléments tandis que les questions ouvertes permettent l'obtention d'éléments qui ne figurent pas dans les catégories de départ (Mayer, 2000). Les entrevues individuelles possèdent l'avantage d'aller plus en profondeur et de permettre d'effectuer plus facilement des clarifications auprès des participants. Elles sont aussi plus confidentielles que celles de groupe, diminuant ainsi les risques de biais d'information. En effet, certains participants pourraient hésiter à parler en présence des autres (Hrowitz, Camp *et al.*, 2000). Ces entrevues ont été effectuées en anglais ou en français, à la convenance de la personne interrogée, et ont duré entre 45 minutes et 2 heures.

Considérant l'éloignement du milieu étudié et le dispersement des ressources sur un vaste territoire, il était à prévoir que le niveau de saturation de l'information puisse être difficile à atteindre avec la seule réalisation d'entrevues individuelles. Aussi, les observations faites sur le terrain tout au long de la collecte de données ont été consignées dans un journal de bord. Ces notes sont également l'objet de l'exercice de classification et d'analyse.

4.2.4. Les instruments de collecte de données

Le guide d'entrevue a principalement été élaboré en référence aux domaines, indicateurs et données empiriques provenant du concept unifié de contexte et du modèle de la structuration de la collaboration interdisciplinaire de D'Amour, Sicotte *et al.*, (1999). Les

questions ont permis de faire transcender les éléments de la réalité contextuelle regroupant, d'un côté, les éléments structurels des environnements physique, organisationnel et économique et de l'autre les éléments socioculturels. Il est à noter qu'aucun champ particulier des services de santé n'a été privilégié, le soin a plutôt été laissé aux participants d'identifier les secteurs les plus propices à la collaboration interdisciplinaire. En plus des questions du guide d'entrevue, quelques questions générales portant sur le nombre d'années d'expérience, le nombre d'années de pratique dans le milieu étudié et les motivations à travailler dans le milieu étudié ont été formulées. Des informations concernant la profession, le sexe, l'ethnie ont également été consignées. Cet instrument a été préalablement testé auprès d'une intervenante de la santé d'un milieu de pratique semblable (Nunavik), afin d'apporter les modifications pour assurer la bonne compréhension et d'assurer la validité avant l'arrivée sur le terrain. Le guide d'entrevue et un tableau permettant de visualiser les liens entre les questions, le modèle de la structuration de la collaboration et les éléments contextuels sont présentés à l'annexe 2.

4.2.5. Le plan d'analyse

Le cadre d'analyse consiste en une arborescence détaillée qui complète l'opérationnalisation des concepts du chapitre 3 en y ajoutant les données empiriques liées au contexte. Elles sont issues des entrevues, de l'observation sur le terrain et de la revue de la littérature. Toutefois, il est important de signaler que les indicateurs et données empiriques issus de chaque concept ne sont pas mutuellement exclusifs. Ainsi, un certain remaniement a dû s'opérer dans un souci de représentativité régionale et dans le but de faciliter le travail de présentation et d'analyse des données. Donc, plusieurs éléments appartenant aux environnements organisationnel et social, sont traités du point de vue de la structuration de la collaboration. De plus, les environnements culturel et social ont été fusionnés pour devenir l'environnement socioculturel tandis que l'environnement économique s'est vu ajouté la désignation 'et lié aux conditions de travail'. La présentation des données suit le cadre d'analyse de la recherche. Il est illustré à la figure 6 de la page 44.

4.2.6. La conformité éthique

Ce projet a reçu l'autorisation # 2004-143 du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval en juin 2004. Il a également obtenu l'appui de la Direction du

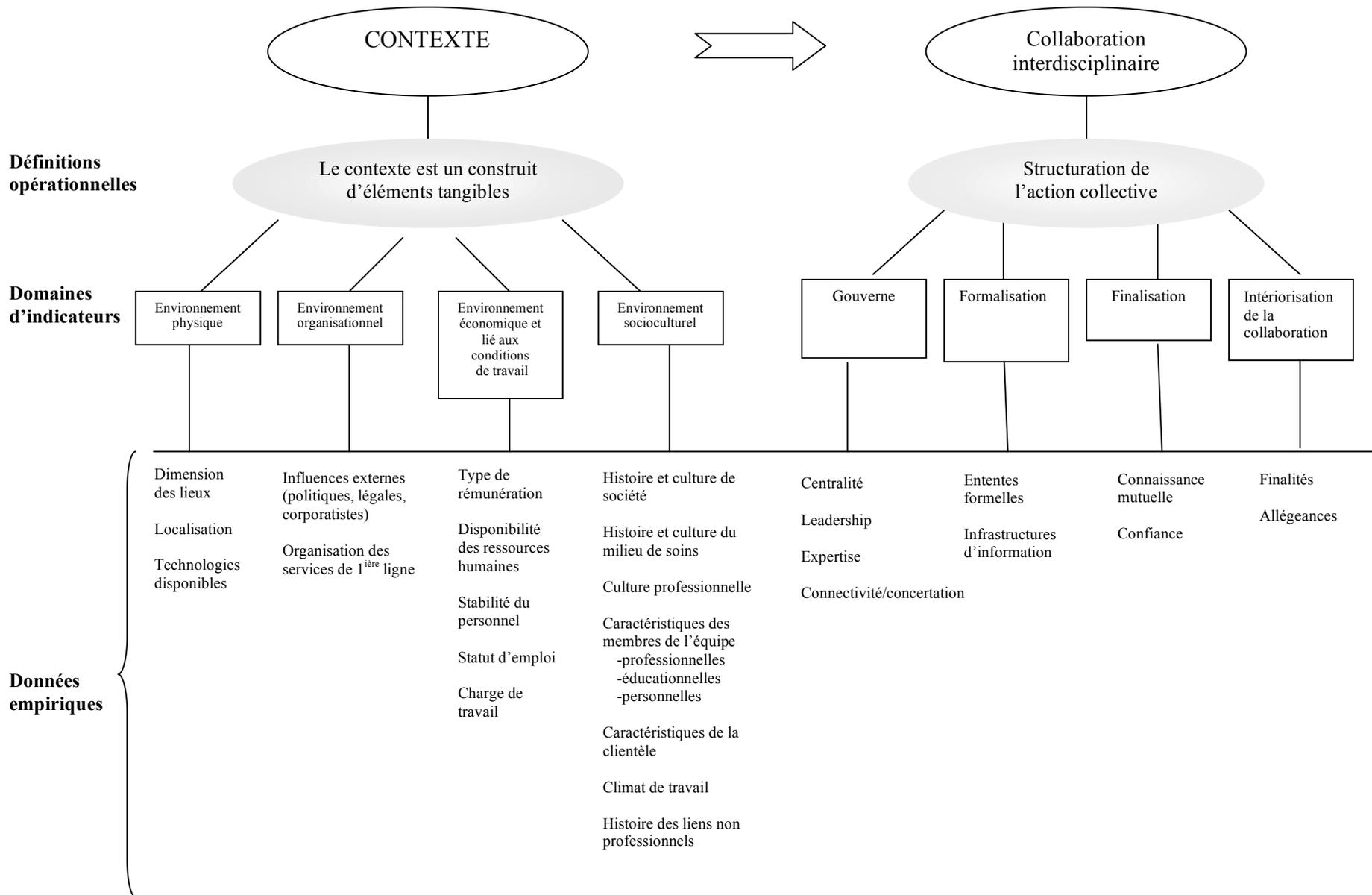
programme de maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval et celle du Comité de la recherche du CCSSSBJ. Les lettres d'autorisation se trouvent à l'annexe 3. Les participants ont donc pris part volontairement à cette recherche. Ils ont reçu un feuillet d'informations expliquant la recherche et le déroulement des entrevues, ainsi qu'une formule de consentement à participer à la recherche. Ce feuillet a été rendu disponible en français ou en anglais, à la convenance des participants. De plus, des explications verbales portant sur les procédures de la recherche et les moyens pris afin de préserver la confidentialité des informations recueillies leur ont été fournies dans l'une des deux langues officielles. Un formulaire de consentement à participer à la recherche (également rendu disponible en français ou en anglais) a été signé par chacun des participants. Les feuillets d'informations et les formulaires de consentement se trouvent à l'annexe 4.

4.2.7. Le partenariat

Cette recherche s'est déroulée en partenariat avec des membres du Département de Santé publique du CCSSSBJ et a été effectuée en respect des politiques de recherche de cet organisme. Elle s'ancre au sein d'une étude plus large dirigée par Morin et Sylvain (en cours, 2005) à l'intérieur du programme de recherche en régions rurales, éloignées et isolées du Québec, mené par Gauthier, Haggerty *et al.*, (2005)⁷.

⁷ Ce programme de recherche est le suivant : Gauthier J., Haggerty J., Pineault R., Lamarche P. & Morin D., Sylvain H., Lévesque J.-F. (2003-2006) Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du nord-est québécois. FCRSS-FRSQ-INSPQ

Figure 6 : Cadre d'analyse de la recherche



CHAPITRE 5. RÉSULTATS

Ce chapitre débute par la présentation des participants à la recherche. Par la suite, les résultats issus des entrevues individuelles sont présentés de façon à répondre aux objectifs de la recherche qui sont : 1) de caractériser la structuration de la collaboration interdisciplinaire dans la région à l'étude à l'aide du modèle de D'Amour *et al.* (1999, 2003) 2) d'identifier les éléments contextuels influençant la collaboration. La mise en relation des deux concepts à l'étude fait partie intégrante de la section consacrée à l'identification des éléments contextuels afin de rencontrer le but de l'étude qui est d'évaluer l'effet de ces variables contextuelles sur la structuration de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants de la région étudiée. Chacune de ces parties contient des extraits verbatims et des commentaires en lien avec ceux-ci.

5.1. Profil des participants

Au total, 12 participants, soit cinq hommes et sept femmes ont été rencontrés en entrevues individuelles. Ils comptent entre une et 25 années d'expérience dans les services de santé cris et ont en moyenne 45 ans. Parmi ces participants, on compte cinq infirmières, deux médecins, un CHR, un CW, deux TPJ et un psychologue. Cinq sont autochtones Cris et les autres sont des allochtones provenant de différentes régions du Québec. Quatre des neuf communautés du territoire cri ont été visitées. Cependant, le fait que plusieurs des participants aient exercé des activités professionnelles dans d'autres communautés du territoire permet une vue sur l'ensemble.

5.2. La structuration de la collaboration interdisciplinaire

La structuration de la collaboration interdisciplinaire est présentée pour chacune des dimensions proposées par le modèle de D'Amour *et al.*, (1999, 2003) que sont la gouverne, l'intériorisation, la finalisation et la formalisation.

5.2.1. La gouverne

Rappelons brièvement que, selon D'Amour, Goulet *et al.*, (2003), la gouverne réfère à la centralité, au leadership, à l'expertise et à la connectivité ou concertation. Toutefois, la

centralité, qui suppose la présence d'une instance centrale forte permettant à une organisation de se positionner par rapport à une autre, ne fait pas l'objet de cette étude qui s'intéresse davantage aux comportements intragroupes. Donc, les attributs principaux explorés dans les prochaines sections des résultats concernent strictement le leadership, l'expertise et la connectivité.

5.2.1.1. Le leadership

L'analyse du leadership requiert d'identifier des personnes qui exercent le pouvoir et de comprendre de la façon dont il s'exerce au sein d'un groupe. Au niveau régional, même si des participants dénoncent l'alourdissement de la structure organisationnelle au fil des ans, les participants arrivent à identifier leur supérieur immédiat. Par exemple, les membres du personnel infirmier identifient unanimement les coordonnateurs CLSC, qui sont situés à Mistissini pour les CLSC de l'Intérieur et à Chissassibi pour ceux de la Côte, comme supérieurs hiérarchiques immédiats au niveau régional. Du côté des services sociaux, ce sont les HRO et les directeurs de la protection de la jeunesse qui assurent ce leadership.

Puis, je dirais au bout de la ligne, nos supérieurs immédiats, nos coordonnateurs, ça beaucoup changé avec les années. Je te dirais qu'avant ça il y avait peut-être moins de chefs, et puis maintenant on a de plus en plus de chefs et bon, ça dilué certaines choses au niveau du support. Là, c'est sûr qu'il y a beaucoup de structures en haut de nous autres. À un moment donné j'ai rencontré un directeur de CLSC, il a dit : « Est-ce que tu connais l'organigramme? » J'ai dit : « Oui, l'organigramme c'est telle personne-là, telle personne... » Il a dit : « Ça a tout changé. T'es pas au courant de ton organigramme. » J'ai dit : « Non, c'est drôle, ce n'est pas mon intérêt de connaître l'organigramme, en autant que je sache qui appeler si j'ai un problème ». (IC-IW1)

Si tout semble assez clair au niveau régional, il en est tout autre au niveau local. En effet, il est difficile d'établir un consensus entre les participants. De plus, il semble exister deux types de chefs : les officiels et les officieux. La structure officielle propose que le coordonnateur local assure la coordination locale. Toutefois, du côté des services de santé, son leadership est quelquefois remis en question par le personnel infirmier et médical. Les postes de coordonnateurs locaux (un par points de services CLSC) sont relativement nouveaux dans l'organisation. Ils sont essentiellement assurés par des personnes autochtones. Auparavant, cette fonction de coordination revenait au *head nurse*. Encore aujourd'hui, une certaine gestion parallèle s'effectue par le personnel infirmier via le chef d'équipe, encore communément appelée *head nurse*, qui se substitue à l'occasion au coordonnateur local créant ainsi une confusion dans les rôles. Cette personne conserve une

notoriété sans toutefois exercer une autorité légitime sur ses collègues et autres intervenants. De plus, malgré l'exercice du rôle élargi pour le personnel infirmier, les médecins conservent encore beaucoup de pouvoir et de responsabilités au sein de l'équipe. Ce leadership, quoique absent de la structure officielle, semble toutefois entériné par les autres professionnels. Le leadership des médecins est plus important dans les communautés où ils y sont permanents. Dans les autres communautés, le leadership dans les services de santé est habituellement exercé de façon observable mais officieuse par le ou la *head nurse*.

Je ne suis pas l'infirmière en chef, je suis la *team leader*, un chef d'équipe. Je ne suis pas la mère de personne, je suis là comme référence. [...] Ce qu'on m'a dit que j'avais comme rôle c'est... je ne suis pas la boss de personne, j'ai à superviser pour voir si tout le monde est correct. Je me suis déjà fait dire : « Bien là, regarde, est-ce que tu vas te mêler de tes affaires, tu n'es pas ma boss ». (IC-IN5)

C'est correct qu'il y est quelqu'un pour encadrer le monde, c'est ça que je réalise dans les communautés. Mais dans certaines communautés, il manque d'encadrement. Ce n'est pas généralisé partout, mais il y a une tendance dans plusieurs dispensaires, d'un manque d'encadrement. (IC-IW1)

Par contre, il existe une distinction à faire dans la reconnaissance du leadership du coordonnateur local puisque les participants autochtones semblent lui accorder plus de légitimité que les travailleurs allochtones. Du côté des services sociaux, le leadership semble plutôt nébuleux. Les communautés où l'on retrouve un HRO identifient cette personne comme leader des services sociaux, tandis que dans les plus petites communautés, il s'agirait plutôt du coordonnateur local, même si le HRO doit jouer ce rôle au niveau régional.

I was more like isolated in my thought before. From the others, from my co-workers. Cause the job was like... (hésitation) I don't like it too much. It was more like I heard myself and my work. Try to get everything done. The head nurse was like my supervisor, at that time. But now, that we have a local coordinator, I feel more light. I'm able to communicate with more people. Like I'm able to reach out and ask for help. I don't stay stuck somewhere (IC-CN6)

First, when I came here as HRO, they didn't really want to come, they speak directly to the local coordinator (IC-SG11 en parlant des intervenants sociaux)

Malgré ces dissensions dans l'identification d'un leader local, tous les participants déplorent les absences fréquentes des leaders locaux et régionaux dues à des obligations professionnelles ou personnelles. Ceci amène les intervenants à se débrouiller seuls avec des problèmes de logistique qui ne sont normalement pas de leur ressort. Les difficultés à rejoindre le supérieur immédiat peuvent aussi entraîner des conflits dans l'équipe où

l'autorégulation n'est pas toujours facile. Les participants disent que le support des pairs est alors essentiel.

C'est sur moi que ça retombait parce que j'étais la seule qui était engagée ici et même si ça faisait juste un mois que j'étais ici. Puis, ce qui est arrivé c'est que la coordonnatrice locale était en vacances, puis mon coordonnateur était en vacances. Donc, toutes mes références tombaient à l'eau.[...] J'appelle le remplaçant de mon supérieur dans le mois de juillet, mi-juillet, puis il m'a rappelée au début septembre. (IC-IN5)

It's not complicated doing it by phone. But in the time that DYP is not there, we do have an assistant-DYP and sometimes, both of them are in holidays or in a business trip or...so it's hard to reach them. So we have to wait, to try to contact them again. That could be a problem. (IC-JM2)

When you talk to each other of the team, you're not isolated. There is somebody beside you and that person has to deal with similar things that you're dealing with. You always have somebody to find even though HRO is there for support. But not all of time your able to get that person. So there is somebody else, yours colleagues are there. That it's what teamwork it's all about I think, it's to work together. Not only isolate yourself from the other persons. (IC-JG12)

Un autre élément qui est reproché aux leaders locaux est le fait qu'ils effectuent peu d'évaluations du personnel. Selon certains participants, l'absence d'évaluation fait que des personnes qui n'ont pas les compétences sont laissées en poste, ce qui nuit au reste de l'équipe.

C'est important de faire les évaluations pour voir si nos gens sont efficaces. Il ne s'en fait pas. On remet ça au coordonnateur local et lui n'est jamais là ou il n'en fait pas. À un moment donné, on laisse les pommes pourrîtes en place, puis nous autres on est obligé de vivre avec ça. (IC-IW1)

Les leaders étant difficilement identifiables autant du côté des services de santé que de celui des services sociaux, on peut se demander à qui tient la responsabilité de réunir les membres des deux services. De ce côté, il n'y a pas de consensus car pour les uns, c'est le médecin et pour les autres ça peut être une infirmière, un autre intervenant ou encore le coordonnateur local. Des participants précisent que c'est souvent l'initiateur d'une activité qui en devient l'intervenant pivot. Toutefois, cette ambiguïté fait en sorte que certains cas tombent entre deux chaises et, faute de porteurs de dossier clairement identifiés, certaines initiatives développées en groupes de travail tombent à l'eau.

Anciennement, l'intervenant pivot c'était l'infirmière en charge, maintenant, c'est le coordonnateur local. Par contre, si on parle de travail nursing ou ce qui se passe au niveau médical ou nursing dans la clinique, ça ne regarde par nécessairement le coordonnateur local. Mais le coordonnateur local, on peut l'inviter dans le cas où nos problèmes de travail débordent de la clinique. On a besoin de son support. Ou bien le coordonnateur local a une plainte du village concernant nos services de santé. Là, c'est

sûr que le coordonnateur local peut demander un *meeting* puis s'asseoir avec nous autres. (IC-IW1)

I would like to see in the future with the Cree Health Board is to have a monthly meeting with social and local, if it's possible. I don't know. Maybe the local coordinator can arrange something with the nurses or with the Head Nurse. They can figure out something to how to have this kind of meetings. (IC-CN6)

Donc, le leadership et, par extension, l'identification d'un intervenant pivot, paraît problématique puisqu'aucun ne jouit d'une légitimité absolue au niveau local.

5.2.1.2. L'expertise

Les experts au sein de l'équipe peuvent être n'importe quel membre de cette équipe ou encore une personne externe qui apporte ses connaissances et son support ponctuellement. Les domaines d'expertise sont variés comme le sont les voies pour l'acquérir. Ainsi, la voie de l'expérience a souvent plus de crédibilité pour les participants que celle des compétences acquises académiquement. Par exemple, il est indéniable que le médecin spécialiste dispose d'expertise au sein d'un groupe. Mais ces médecins peuvent reconnaître aussi au personnel régulier des points de services CLSC une expertise liée à leur connaissance de la clientèle. Les tribunes pour l'exercice de cette expertise sont variables selon les milieux. Les personnes peuvent être consultées ponctuellement ou encore invitées à participer à des rencontres multi- et interdisciplinaires pour exposer leurs points de vue. De plus, une participante mentionnait que l'expertise qu'elle a développée au sujet du diabète l'a amenée à faire de l'enseignement auprès du personnel des points de services CLSC de tout le territoire. Plusieurs participants conviennent qu'un avantage à travailler en équipe est de bénéficier des compétences et connaissances des autres. Aussi, le rôle de l'expert dépasse le cadre de la simple référence des cas. L'expertise des uns est donc vue par les participants comme une occasion d'apprentissage et d'améliorer les attributs d'une équipe de travail afin d'offrir de meilleurs services. Cependant, quelques participants ont dit manquer de temps pour les activités d'enseignement. Une façon de pallier ce manque de temps est d'encourager la consultation entre collègues.

Depuis une dizaine d'année mais peut-être encore plus depuis les cinq dernières années, je suis *mindé* diabète, je suis un petit peu la personne-ressource dans les infirmières. [...] L'équipe c'est bien puisqu'on a chacun des forces dans différents champs. (IC-IM4)

Souvent, on donne des « *cues* » : la personne est-elle suicidaire ou pas? Est-ce qu'on pense que l'enfant a subi des attouchements sexuels ou pas? Etc. Puis on peut essayer

de travailler en ce sens-là et donner des conseils aux intervenants sur place. Comme des pistes d'intervention. (IC-PN7)

Même s'ils s'accordent pour dire qu'il est important que l'expertise soit adaptée au contexte, des participants dénoncent la situation où certaines expertises venant d'ailleurs sont délaissées par l'organisation. Pour eux, l'organisation aurait avantage à considérer les expériences externes, quitte à les adapter. De plus, des participants autochtones mentionnent que l'expertise des travailleurs plus expérimentés est souvent perdue puisqu'ils ne participent pas à la formation des nouveaux employés.

Un autre problème est que le Conseil cri de la Santé se croit obligé de réinventer la roue. [...] Ici, on a la chance d'avoir une infirmière avec beaucoup d'expérience au sud en soins à domicile, pour s'occuper du programme Home Care. Ce qu'on fait, c'est qu'on a seulement à adapter ce qui a déjà fait ses preuves et qui fonctionne bien au sud. (IC-IG10)

When they make a change, I think they need to include the experienced workers to not break the bond that we have between the workers. (IC-SG11)

En définitive, l'expertise semble se développer et s'exercer sans trop d'embûches dans le milieu.

5.2.1.3. La connectivité et la concertation

La connectivité et la concertation renvoient aux circonstances dans lesquelles les intervenants doivent collaborer et aux processus de décisions qui sont alors enclenchés. À l'intérieur de chacun des services, la collaboration interdisciplinaire s'effectue au quotidien et est généralement bien intégrée aux activités de chaque groupe. Pour la collaboration entre intervenants des services de santé et des services sociaux, le programme de soins à domicile (*Home Care Program*) offre, selon les participants, l'occasion au médecin, à l'infirmière en soins à domicile, aux autres intervenants de la santé comme les ergothérapeutes ou physiothérapeutes et aux intervenants sociaux, de se rencontrer et de planifier des actions concertées entre les membres du groupe.

On a des comités multidisciplinaires qui sont faits, des rencontres, surtout au niveau soins à domicile actuellement. C'est sûr qu'on est pas si disponible pour les rencontres multi. Pour les patients des soins à domicile, c'est une fois par mois. Ergo, physio, c'est la même chose. Avec l'équipe diabète, on essaie d'instaurer ça, mais c'est pas encore possible. (IC-MM3)

With the clinic staff, we have meetings with people on cases under Home and Community Care program, with the team. Like it is mostly with elders that we have this kind of meetings with the medical. What I mean is like medical things or for somebody who have a medical problem and we want to help them, so it's when we

have meetings with the nurses or the doctors. [...] Sometimes the nurse with the doctor, we talk about a case. It's good to be able to work together, to communicate with each other, to get an update. And even with the psychologist too. You know, when sometimes when there are things that the psychologist doesn't know and we share the information. It's just a follow-up of what we do. (IC-SG11)

Par contre, en dehors de ce programme, les collaborations entre intervenants de la santé et sociaux ont plutôt lieu lorsque le besoin se fait sentir ou encore lorsque le groupe doit exercer des actions communes pour influencer les autorités ou leurs supérieurs. Une autre circonstance qui nécessiterait une meilleure connectivité entre les groupes est le besoin d'intervention dans les cas complexes de santé mentale. À ce sujet, les intervenants de la santé disent qu'il est essentiel qu'ils se réunissent pour discuter de ces cas, pour convenir d'un plan d'action, prévenir les crises et surtout pour cultiver un sentiment de solidarité face à des situations difficiles. Toutefois, dans les faits, certains participants croient que ces rencontres ne sont pas suffisamment fréquentes et déplorent que la collaboration s'orchestre seulement après la survenue d'événements traumatisants ou lorsque la soupape saute parce que les intervenants en ont assez.

Ce qui des fois force les sociaux à s'asseoir avec nous pour discuter des cas, c'est les suicides et les tentatives de suicide. [...] Il faut qu'il y ait des crises pour réunir les gens en interdisciplinaire, en réunion interdisciplinaire. Des fois, ça prend des crises. Souvent, il y a certaines régions, certaines communautés où l'on se réunit pour discuter de cas et puis prévenir des crises. Mais, c'est pas dans toutes les communautés. (IC-IW1)

Une fois réunis, les processus de décisions semblent être partagés. Par exemple, du côté des services de santé, la décision de référer un client ou d'entreprendre un plan de traitement particulier est généralement prise entre les membres de l'équipe impliquée dans les soins. Même chose du côté des sociaux où la concertation entre les membres semble plutôt facile. Aucun problème majeur dans le processus de décision n'a été signalé entre les intervenants des services sociaux et de la santé une fois que les gens sont assis ensemble pour discuter. À ce sujet, un participant a dit que tout est possible à la condition que les membres de l'équipe fassent preuve de patience et de tolérance.

I think the best thing that we can do, like be able to work together, is to sit down together and talk and to listen to each other. And then, come up with a final decision. We know that we can't always please everybody. We have to look at the needs of the people that we are helping and what we are able to do and what we are able to provide. But how I look at it, it is come to make a decision. (IC-SG10)

Il faut être adaptable et peut-être une autre chose qui est particulière, c'est qu'il ne faut pas être pressé. Les choses changent très lentement, et souvent quand on force, on force, on force pour mettre des choses en place, les gens s'épuisent, ils s'en vont et puis leur projet tombe à l'eau. (IC-PN7)

Donc, les occasions de collaborer sont jugées insuffisantes par les participants entre les membres des services de santé et ceux des services sociaux. Par contre, une fois réunis, les participants ne signalent pas de problème dans les processus de décision qui sont entrepris.

En résumé l'analyse de la dimension de la gouvernance permet de constater que les participants sont presque unanimes à dire que le pouvoir est partagé et s'exerce symétriquement entre les intervenants. Le problème semble plutôt résider dans l'absence de consensus pour l'identification des leaders, marquant un problème de légitimité de ces derniers. Pour les participants, ce problème, qui est plus perceptible au niveau local que régional, s'explique par la complexification de la structure organisationnelle et la trop grande flexibilité dans la gestion du personnel. Aussi, la création de nombreux nouveaux postes en un court laps de temps semble entraîner une confusion sur le terrain dans l'identification des leaders. Cette confusion se traduit en dédoublement du travail, en dossiers qui traînent ou qui tombent entre deux chaises et en manque de support. De plus, le manque de consensus dans l'identification des leaders locaux fait que personne n'est responsable de la collaboration entre les services. D'un autre côté, le cadre hiérarchique offre beaucoup de souplesse, ce qui permet pour certains, une plus grande expression de leur autonomie personnelle et professionnelle. Néanmoins, d'autres voient ce mode de gestion décontractée comme une invitation au relâchement et aux comportements délinquants au sein de l'équipe. Pour ce qui est de l'expertise, elle est valorisée dans le groupe puisqu'elle permet la diversification des services offerts à la population. Elle est également vue comme une source d'apprentissage et de partage de connaissances entre les membres de l'équipe au sein d'échanges bilatéraux. Les participants ont même formulé le désir de profiter davantage du savoir des plus expérimentés et des expertises développées en référence à d'autres milieux. L'ouverture que démontrent les participants à l'arrivée de nouvelles personnes est une preuve de la valorisation de l'expertise même s'ils se disent conscients du défi qu'incarne l'intégration de nouveaux acteurs dans l'équipe. Enfin, du point de vue de la connectivité et de la concertation, les participants ressentent le besoin de se côtoyer et de se rencontrer afin de profiter du support de l'équipe. Le besoin de support

se fait surtout sentir à la survenue d'événements traumatisants, pour la gestion de cas plus complexes comme les personnes présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistants, pour consolider certaines revendications du groupe ou encore dans certaines activités professionnelles quotidiennes. La consultation entre pairs et la réunion interdisciplinaire sont identifiées par les participants comme des lieux de rencontre où s'orchestrent les processus décisionnels entre les différents intervenants.

5.2.2. L'intériorisation de la collaboration interdisciplinaire

L'intériorisation de la collaboration interdisciplinaire réfère essentiellement à la connaissance mutuelle et à la confiance entre les intervenants.

5.2.2.1. La connaissance mutuelle

La connaissance mutuelle, c'est l'interconnaissance tant personnelle que professionnelle, où la compréhension des rôles de chacun est indispensable à la prise de conscience de leur interdépendance. À l'intérieur de chaque service et pour les disciplines établies depuis longtemps sur le territoire, les participants disent que les rôles de chacun sont généralement clairs pour eux. La preuve est que certains se substituent à d'autres groupes quand le besoin se fait sentir.

Teamwork means to me to getting involved with all the workers allotted here. What is related to my cases or has a matter to do with my cases or just getting to know each other. Being able... being able to backup somebody. (IC-JG12)

Toutefois, la méconnaissance de l'autre et de son rôle paraît plus flagrante entre les intervenants des services de santé et ceux des services sociaux. Aussi, l'arrivée de membres de nouvelles professions et la création de nouveaux postes ont contribué à créer certaines confusions dans la perception des rôles de chacun. Tous s'entendent donc pour dire que la connaissance de l'autre est essentielle à la continuité dans les services de santé. Pour eux, la méconnaissance mutuelle peut conduire à l'isolement personnel et professionnel.

C'est que la communication n'est pas établie au point de départ, donc quand tu es dans un gros problème, c'est dur parce que là tu vas dire : « Qui fait quoi? Est-ce que je vais déranger la mauvaise personne? ». (IC-IW1)

Je ne sais même pas ce qu'ils font comme travail. Je ne sais même pas combien de dossiers qu'ils ont. Je ne peux pas parler de ça car je suis sûre de le faire à travers mon chapeau. Ils me disent qu'ils sont très occupés. Ça doit être vrai. (IC-IN5 en parlant des services sociaux)

Il serait intéressant que le nombre de consultations sociales soit connu. Les services sociaux, c'est une chasse gardée crie. Nous, on les appelle la mafia parce qu'on ne sait pas ce qu'ils font. Leur rôle n'est pas clair et demeure sous gestion crie à 100%. (IC-IG10)

I don't know sometimes to who I can go to. And I just ask to the nurses: "Who's doing this? And who's doing that? ". (IC-CN6)

Des participants ont également souligné que l'arrivée de nouveaux professionnels comme des ergothérapeutes ou des nutritionnistes ne doit pas être vue comme une occasion pour les membres de l'équipe en place de se délester de leur travail. Ainsi, un minimum de travail est requis avant de référer les clients et la connaissance des rôles de chacun est essentielle à la concertation de leurs actions.

D'apprendre à travailler ensemble aussi ça ne se fait pas du jour au lendemain, c'est sûr. Il faut commencer par s'approcher et puis de se connaître et des liens se font. Et puis de penser que ces gens-là sont présents, comme là ça fait un an que les gens sont là mais on n'y pense pas toujours de les intégrer à nous. Il faut avoir des réflexes de les intégrer. (IC-MM3 en parlant de la nouvelle équipe-diabète)

Moi je disais à la nutritionniste: « Je peux défaire en cinq minutes ce que ça t'a pris deux ans à faire » Par exemple, si elle dit : « Ne bois pas de jus » et elle ça ne fait que quelques semaines qu'elle est là et que moi je dis : « Oui, oui, tu peux en boire. Prends-en du jus! » et que moi j'y suis depuis dix ans. Qui ils vont écouter? (IC-IM4)

Malgré les problèmes de connaissance, la plupart des participants disent être conscients de leur interdépendance. Aussi, si tous les participants mentionnent que leur propre description de tâche est généralement claire pour eux, plusieurs mettent en doute que ce soit le cas pour tout le monde. En effet, ils allèguent que certains travailleurs connaissent mal leur propre définition de tâche. Ceci est plus fréquent chez le personnel remplaçant et le personnel de soutien. Si quelqu'un ne fait pas son travail, c'est toute l'équipe et les services à la population qui s'en ressentent.

Dans certaines communautés, à un moment donné quand j'étais en charge, j'ai eu à confronter une réceptionniste et un *driver*. J'ai dit : « Regarde ta description de tâches. Elle dit que tu dois faire ci, faire ça et ci et ça. » Il a dit : « Je ne le savais pas. » J'ai alors dit : « Regarde, je vais t'en donner une copie. Tu peux cocher ce qui est fait. Si c'est une question de ne pas se souvenir de tes tâches dans les premières semaines, bien coche et après 2 ou 3 semaines, tu vas le savoir. » [...] L'important c'est qu'on puisse travailler en équipe, puis qu'on se supporte tout le monde ensemble. Quand il y a du monde qui ne veut pas se supporter et qui disent : « *I don't care, it's not my job.* », bien là, tu commences déjà à avoir de la rouille dans ta roue. La roue va commencer à mal tourner. Donc, quand on travaille en équipe, quand je dis équipe, il faut que tout le monde s'implique et mette leur *input* et ne pas juste dire : « J'attends ma paye jeudi prochain. » (IC-IW1)

Pour résoudre ce problème, certains participants proposent de se réunir une ou deux fois par année pour démystifier le rôle de chacun. La connaissance mutuelle peut aussi être facilitée en introduisant les nouveaux travailleurs auprès de l'équipe par des travailleurs plus expérimentés. Ainsi, les contacts souvent patiemment créés ne sont pas perdus.

I suggest like meeting with the clinic side for telling our roles, not only once, maybe twice a year or something like that. And meeting together all the nurses and then each of us will tell our role. So when the nurse shows up here, she's not going to talk about scabies. (IC-JG12)

Des réunions régulières pour qu'on puisse se voir et savoir qui tu es toi. Qu'est-ce que tu fais exactement. On s'assoit tout le monde autour d'une table puis on va dire : « Bon, explique- moi ce que tu fais? Tu es nouvelle ici, c'est quoi que tu vas faire? Comment nous autres on peut s'intégrer ou toi t'intégrer dans notre travail » Puis, même si c'est du monde que ça fait longtemps qu'ils sont là, moi comme ici, je travaille. Je ne suis plus sûr qui fait quoi du côté des sociaux. [...] Ça pourrait être intéressant qu'à un moment donné, comme deux fois par année, on réunit tout le monde ensemble. Il y a beaucoup de changement de staff régulièrement et à un moment donné tu ne sais plus qui est responsable de quoi. (IC-IW1)

Et finalement, un participant a émis certaines réserves relativement à la connaissance de l'autre. En effet, de « trop » connaître pourrait nuire à la collaboration. Par exemple, s'il doit voir un ou une collègue en consultation professionnelle, il peut se rendre compte que certains éléments de sa vie privée peuvent l'empêcher de gérer certaines situations professionnelles. Ailleurs, par exemple au sud, ces éléments très personnels ne seraient pas connus des autres collègues.

C'est sûr que si je vois le conjoint d'une intervenante sociale avec laquelle je travaille, je ne parlerais pas avec elle du cas de son conjoint. (IC-PN7)

5.2.2.2. La confiance

Tous les participants s'accordent pour dire que la confiance et le respect sont essentiels, non seulement au bon climat dans l'équipe, mais aussi à l'efficacité des services et à l'autonomie professionnelle. Par exemple, un médecin qui reçoit l'appel d'une infirmière doit nécessairement lui faire confiance lorsqu'elle lui fera part de l'état de santé du client. Sinon, il serait tenté de transférer tous les cas ou de reprendre l'examen physique fait par l'infirmière s'il est sur place.

C'est de donner la latitude aux infirmières cliniciennes de vraiment faire leur travail parce que ce n'est pas ce qu'elles souhaitent que tu arrives pis que tu recommences tout et reprenant le patient en charge à ce moment-là. (IC-MM3)

C'est pour cette raison que les participants disent préférer faire affaire avec les mêmes personnes. Cependant, une distinction est à faire entre la façon d'instaurer ce climat pour les intervenants les plus expérimentés et ceux qui le sont moins. Par exemple, pour les nouveaux arrivants, la formation académique et les compétences professionnelles revêtent une grande importance dans l'instauration de la confiance. Pour les plus anciens employés, c'est principalement la connaissance mutuelle qui doit être à la base de cette confiance, alléguant plutôt que le respect se mérite et n'est nullement attribuable à un quelconque titre professionnel. Pour eux, l'établissement d'une relation de confiance prend nécessairement du temps. Donc pour les participants, le manque de confiance s'explique par le manque d'interconnaissance entre les deux groupes.

Ce que les intervenants sociaux nous disaient, c'est qu'avec toi on est à l'aise parce que tu nous écoutes. Mais souvent, je pense que le contact n'était pas si facile avec les confrères. C'est pas un reproche mais un constat qui était verbalisé. Ce sont des gens timides aussi. Dans les cas culturels, moi j'ai toujours eu une approche assez respectueuse et non jugeante, sans trop de préjugés. (IC-MM3)

Et si la confiance prend du temps à s'instaurer, elle peut néanmoins se perdre rapidement. Certains participants ont formulé des inquiétudes relativement à la fragilité de certaines relations de confiance, notamment celles que l'intervenant crée avec la clientèle. Pour eux, le respect et le support des autres intervenants sont indispensables et la discréditation dont peuvent être victimes certains intervenants de la part de collègues, doit être évitée à tout prix. Par exemple, un participant racontait avoir été confronté devant un client par un autre intervenant.

Donc, les participants reconnaissent des forces et des faiblesses à leurs groupes, face à 'l'intériorisation de la collaboration interdisciplinaire'. Du côté des forces, l'interdépendance entre les membres de l'équipe semble reconnue par tous les participants. De plus, ils disent se côtoyer régulièrement et entretenir des liens collégiaux avec les intervenants du même service. Ils connaissent généralement bien leurs collègues et du même coup, les rôles réciproques à l'intérieur de l'équipe sont démystifiés. Toujours à l'intérieur de chaque service, les participants disent se faire confiance, même si la base de cette confiance diffère d'un individu à l'autre. Pour certains participants, ce sont les compétences professionnelles et la formation académique qui contribuent fortement à instaurer des liens de confiance entre les intervenants. Pour d'autres, c'est plutôt la

connaissance mutuelle qui permet réellement d'établir ces liens de confiance. Encore une fois, les participants avouent que les choses sont différentes lorsque l'équipe s'étend aux intervenants des services de santé et des services sociaux. À ce niveau, les participants rapportent plus d'ambiguïté dans la perception des rôles de chacun. Cette situation semble expliquer en partie le fait que ces deux services ont tendance à fonctionner en parallèle.

5.2.3. La finalisation

La finalisation concerne les finalités et les allégeances des acteurs de la collaboration.

5.2.3.1. Les finalités

Les finalités réfèrent aux objectifs de la collaboration et aux terrains d'entente entre les intervenants. Lorsque interrogés sur les avantages de la collaboration, tous les participants ont mentionné que les bénéfiques sont d'abord pour la clientèle et ensuite pour les intervenants. Peu de bienfaits du point de vue institutionnel ont été relevés. Parmi les avantages pour la clientèle, ils ont cité : le développement d'une vision holistique du client, l'offre de meilleurs services et traitements, l'accès plus rapide à des services d'urgences médicales et à des services sociaux efficaces, le bien-être en général de la population, l'intégration de la famille aux soins et la prévention des situations indésirables. Pour les travailleurs, les avantages de la collaboration sont de ne pas dédoubler le travail, de profiter des compétences et connaissances des autres, de faire profiter les autres de ses compétences et connaissances, de combattre l'isolement professionnel, de trouver des solutions plus efficaces, de bénéficier de l'appui d'autres intervenants, d'atteindre plus facilement ses objectifs professionnels, de diminuer la frustration des intervenants, d'avoir accès à un milieu de travail plus sain, d'être plus heureux, de sauver du temps, de contribuer à rendre son travail plus intéressant, de rehausser la confiance entre les intervenants, d'adapter les interventions professionnelles aux réalités contextuelles, d'enrichir son point de vue en intégrant celui des autres et d'apprendre des autres pour pouvoir les substituer au besoin.

La collaboration, ça diminue les frustrations du monde, des gens qui donnent les services. Si tu n'as pas de collaboration de tes confrères et consoeurs de travail, tu as l'impression d'être abandonné dans ta tâche, puis tu vis des frustrations et tu sors avec de la rage ou de la haine. Regarde, j'ai fait ça, mais je n'ai pas eu de collaboration et ça prit toutes mes énergies. C'est ça, la collaboration. C'est un milieu de travail qui est plus sain, puis les gens sont plus heureux dans une collaboration. Le personnel comme la population. Un personnel heureux, c'est sûr qu'il va donner du meilleur service à la

population que du personnel qui est malheureux et qui est tout le temps en beau fusil. (IC-IW1)

La collaboration interdisciplinaire c'est par exemple, l'infirmière ou la travailleuse sociale qui connaît tout le milieu familial et qui va me dire ce qu'elle sait. Je comprends mieux l'ensemble du patient. S'il y a de la collaboration interdisciplinaire, je vais traiter dix fois mieux le patient. C'est le bien-être du patient. (IC-MN9)

La collaboration interdisciplinaire c'est des professionnels qui [s'entraident] pour amener une décision finale ou pour arriver à un but par rapport à un patient. En fait, c'est de demander l'avis de plusieurs professionnels pour se rendre au but visé. (IC-IN5)

Il faut collaborer si on veut donner de bons traitements, si on ne veut décupler les affaires, il faut travailler ensemble. (IC-IM4)

5.2.3.2. Les allégeances

Les allégeances réfèrent aux personnes ou groupes visés par les activités de collaboration. Les allégeances exposées par les participants sont clairement orientées vers l'équipe et le client plutôt que vers les besoins individuels des intervenants. Certains mentionnent également que parfois, des individus peuvent faire prévaloir leurs intérêts personnels sur ceux de la clientèle, mais en général, les participants font plutôt l'éloge du dévouement de plusieurs intervenants.

Moi, je me considère comme un altruiste, je donne mon 120, 130%, mais j'ai vu des infirmières se donner à 150, 175%. C'est plus, à un moment donné, elles s'en rendent presque malade, mais c'est comme en dedans d'eux autres. C'est comme si c'était un désir, et puis je ne sais pas aussi. (IC-IW1)

Un exemple de ces allégeances est que la plupart des participants du domaine de la santé disent qu'ils n'hésiteraient pas à dépasser certaines limites légales si le bien-être d'un client en dépendait. Et ce, même avec l'ombre des poursuites judiciaires au-dessus de leur tête. D'autres confient faire preuve d'indolence, à l'occasion, dans l'application de certaines règles quand ils croient que le client pourrait être pénalisé. Par exemple, un infirmier racontait qu'il intervient parfois avec le TPJ auprès des parents ne respectant pas le plan de traitement pour leurs enfants. La règle, suggérant l'ouverture systématique d'un dossier de protection de la jeunesse pour chaque cas référé est parfois ignorée, jugeant qu'une intervention trop drastique n'est pas nécessairement la meilleure façon pour que l'enfant reçoive adéquatement ses traitements. Donc, de concert avec le TPJ, ils peuvent opter pour une première approche plus douce, visant la compréhension du parent, plutôt que pour la menace du signalement. Si le partage des allégeances entre la plupart des intervenants du

territoire est plutôt manifeste, certains participants disent qu'il en est tout autre en ce qui concerne les autres ressources en dehors du territoire. Par exemple, une participante mentionnait qu'elle s'est sentie incomprise par des intervenants de Montréal. Voulant référer un patient décompensé mentalement, elle a eu l'impression que les intervenants en ville croyaient qu'elle voulait s'en débarrasser pour avoir la paix. Finalement, des participants s'entendent pour dénoncer le protectionnisme professionnel identifié comme un obstacle, non seulement à la collaboration, mais pouvant compromettre la santé de la clientèle. La collaboration n'est pas un luxe, mais revêt une importance capitale.

Il en est du bien-être du client. Par exemple, il est important de savoir qu'un enfant est suivi par la DYP (Protection de la Jeunesse) au moment de le faire escorter pour un rendez-vous médical. Si les parents ont des problèmes de consommation, ça serait important pour nous de le savoir. (IC-IG10)

Ainsi, pour la dimension de la 'finalisation' les participants placent clairement le bien-être de l'utilisateur et de la population comme objectif ultime de la collaboration. Leur propre bien-être et celui des autres membres de l'équipe viennent ensuite avec les objectifs d'apprendre des autres, d'être efficaces et d'éprouver du plaisir et de la satisfaction à travailler. De plus, les participants semblent être conscients du fait que la majorité des intervenants partagent ces mêmes objectifs et allégeances. Toutefois, cette analogie semble moins observable dans les contacts avec certains intervenants de l'extérieur de la région.

5.2.4. La formalisation

La formalisation réfère principalement à l'existence d'ententes formelles et d'infrastructures d'information entre les acteurs de la collaboration.

5.2.4.1. L'existence d'ententes

Du côté des intervenants de la santé, l'existence de protocoles locaux à l'attention du personnel infirmier semble avoir un effet positif sur leur collaboration avec les médecins. Toutefois, les occasions de collaborer sont plutôt rares entre les intervenants sociaux et les CHR. En fait, il semble exister peu de structures formelles telles que des règles de conduite ou des programmes qui régissent et facilitent la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants des services de santé et ceux des services sociaux.

C'est un peu obligatoire parce que l'infirmier, de par les protocoles d'actes délégués, doit communiquer avec nous pour compléter ses soins. Mais on s'est toujours dit, on fait de notre mieux ici. (IC-MM3)

With the social workers, we don't have any program. About sometimes, if they need an advice or something about certain topic... but I hardly receive any referrals from them, but if there is for something teaching, they tell me a verbal referral. (IC-CN6)

Par contre, la situation se complique dans les cas de crises graves ou d'autres situations traumatiques où une intervention de groupe urgente est jugée nécessaire. Des participants mentionnent que l'organisation de l'intervention lors d'un tel événement découle trop souvent de l'improvisation. Il existerait des protocoles en intervention de crise du côté des services sociaux, mais ceux-ci ne sont pas toujours connus ou appliqués. De plus, la situation est compliquée par le fait que les services sociaux doivent souvent collaborer avec d'autres secteurs à l'extérieur des points de services CLSC, comme le personnel des écoles ou les policiers.

Dans certaines communautés, ils ont mis en place des structures puis des protocoles, mais c'est encore dans certaines communautés assez embryonnaires et des fois, il y a tellement de rotation de personnel. Comme dans les plus petites communautés, tu as deux travailleurs sociaux ou plutôt des intervenants sociaux, alors c'est limité. Parfois aussi, la communication... parce que dans les cas de crise, la police peut être impliquée, le directeur d'école. La collaboration ne fonctionne pas très bien en général. (IC-PN7)

5.2.4.2. Les infrastructures d'information

Les infrastructures d'information réfèrent aux lieux de rencontre et aux façons consenties par les membres d'une équipe pour communiquer entre eux. Les principaux lieux de transmission de l'information identifiés par les participants sont la discussion de cas, la réunion disciplinaire, la rencontre interdisciplinaire et les dossiers des usagers.

La discussion de cas est très courante entre les intervenants à l'intérieur des services et entre les différents services. Par exemple, un spécialiste peut, après avoir rencontré un client qui lui a été référé, effectuer un retour verbal sur les éléments importants à considérer pour le plan de traitement et le suivi de la clientèle. Cependant, certains mentionnent qu'encore beaucoup de discussions se font dans le corridor. La transmission d'information demeure alors verbale, ce qui compromet la continuité des soins.

On peut faire venir la CHR avec nous autres, on peut faire venir même les services sociaux, parce que si c'est un problème de *compliance*, des fois les services sociaux ils peuvent voir les gens, les rencontrer, faire une supervision. Le CHR peut le faire aussi. C'est sûr qu'on va faire venir des gens qu'on sait qu'ils vont nous être d'un support dans une problématique spécifique. (ICIW-1)

Ensuite, les réunions à l'intérieur même des services semblent aussi être chose courante. Dans certains points de services, elles sont organisées chaque semaine ou encore elles s'effectuent ponctuellement selon les besoins de l'équipe. Pour ce qui est des rencontres entre les intervenants des deux services, mis à part le programme de *Home Care*, les occasions de se rencontrer sont plus rares et semblent plus difficiles à orchestrer. Toutefois, les participants s'accordent pour dire que la tenue de rencontres interdisciplinaires regroupant des intervenants des deux services est essentielle. De plus, il importe pour eux qu'elles soient organisées sur une base régulière.

But when the nurses have time, I think they would have the time to have this weekly meeting. Especially, we would have this meeting on Friday because the clinic is closed for the administration. At the same, maybe we could have this short meeting every two weeks. This way, we will have a short update on what's going in each secret box. (IC-CN6)

Ce qui facilite la collaboration, je pense que c'est d'avoir des réunions formelles, cédulées. On a la chance d'être dans des petites communautés, puis on est encore des petites à moyennes équipes. Donc, pourquoi ne pas mettre ça à profit puis s'asseoir de temps en temps. C'est sûr que des fois les gens sont fatigués après une journée de travail, puis on ne trouve pas toujours le temps de le faire mais, je pense qu'il faudrait prendre le temps de le faire. Ne serait-ce qu'une demi-heure dans une journée. De dire, le vendredi, on bloque cette demi-heure-là puis on s'assoit une heure, une fois par trois mois, je ne sais pas. (IC-IW1)

That could be important to have interdisciplinary meeting. At least monthly, if we can do it because I know in the city, we have nurses meetings, so it was just nurses. But I find if there is only nurses that do their meeting and the others teams are not there. And if you want that things be done, they're never done. I would find that the other team members to go at least once a month. Not every week. (IC-IN8)

Le fait que les intervenants ne soient pas directement sur place, de devoir les rejoindre par téléphone, ne semble pas constituer un obstacle au déroulement des réunions interdisciplinaires. Toutefois, tous les participants s'entendent pour dire qu'ils préfèrent les contacts en face à face. Quels que soient les modes de communication adoptés, plusieurs participants soulignent qu'ils doivent être simples. Ainsi l'emprunt de structures d'information très rigides ne convient pas à tout le monde et peut compromettre la collaboration entre les intervenants. Ceci semble particulièrement rebuter le personnel autochtone. Par exemple, la présence des psychologues n'étant pas permanente sur le territoire, un soutien à distance est disponible. Toutefois, cette relation à distance est décrite comme difficile par les participants des services sociaux, vue la complexité des procédures à respecter pour les contacter lorsqu'ils sont à l'extérieur du territoire.

When we have to contact the psychologist by phone, it's hardly possible cause we have to go through some procedures to do that. We have to go through our supervisors, especially when it's a youth, we have to go through the director of Youth Protection and we have to go through other people and you have to do that... (sourir) It's complicated. (IC-JM2)

Les dossiers des usagers sont également des vecteurs d'informations entre les différentes disciplines. Par exemple, le fait que le personnel infirmier, le médecin et le CHR consignent leurs notes dans le même dossier médical, est vu comme un élément favorisant le contact entre ces groupes. Ceci permet entre autres de ne pas multiplier les tâches. Néanmoins, ces intervenants n'ont pas accès aux dossiers de la protection de la jeunesse et des services sociaux. Même chose pour les intervenants sociaux qui n'ont pas accès aux dossiers de santé. Les dossiers des psychologues, quant à eux, ne sont accessibles à aucun des intervenants des deux services pour des raisons de confidentialité. Selon certains participants, l'absence d'un dossier commun complique le suivi de la clientèle.

On n'a pas accès aux dossiers sociaux comme eux n'ont pas accès aux dossiers médicaux. On manque ainsi des *data* essentielles dans l'histoire du patient. (IC-IG10)

Tous les participants reconnaissent que la communication dans une équipe est essentielle et que la transmission de l'information est garante de l'efficacité des services. Mais il existe d'importants conflits dans les infrastructures d'information à prioriser. D'un côté, les participants autochtones et les allochtones cumulant plusieurs années d'expérience favorisent le fait de prendre le temps de s'asseoir et surtout de s'écouter. Ces participants disent préférer le contact plus humain de la communication orale en face à face car pour eux, c'est aussi un moyen de connaître les membres de l'équipe. De l'autre, les participants plus récemment arrivés donnent plutôt la priorité à l'instauration de modes de communication plus formels comme le résumé de consultation ou la note au dossier afin d'assurer la continuité et l'efficacité des services.

When you don't want to listen to somebody, you won't be able to understand or to know what the person is speaking. You don't listen to that person and you just do in your own way. Listen the opinion of each other. If you don't want to listen to somebody talking, and then you won't know what this person thinks or what is the goal of that person. So I think it's the most important thing to work with each other's. And then, to be able to have a better communication cause when you feel that nobody wants to listen to you, you know, it creates that the person feels bad and frustrated or less motivated to do the work (IC-SG11)

Notre porte d'entrée pour les services sociaux, c'est le *CW*. Mais, une fois le cas référé, on perd la trace. C'est rare qu'il y ait des retours de consultations papier. Il y a une

communication, mais beaucoup d'informel. On discute dans un coin de corridor, rien n'est écrit et l'information finit par se perdre. La solution c'est le retour des consultations papier en plus de l'organisation de réunions par la HRO et le *Head-Nurse* qui chacun de leur côté peuvent réunir leur équipe. (IC-IG10)

De plus, la rétention volontaire d'information est aussi considérée comme un abus de pouvoir par plusieurs participants. Pour eux, le fait de conserver intentionnellement ou non l'information affecte la clientèle et les relations de travail.

Pis on a l'avantage que les gens sont peut-être plus prêts à partager leurs informations parce que c'est plus aidant de cette manière-là. (IC-IM4)

Si tu veux m'aider, ne me laisse pas patauger d'accord. J'ai une demi-heure avec le patient, aide moi un petit peu, on va mieux fonctionner. Il y a certaines fois que tu as l'impression que c'est comme du chacun pour soi. Il y a comme une compétition entre le médecin puis l'infirmière. (IC-MN9)

What I have seen previously, is when a worker will take the call and not their role to do. So sometimes it happened that the client was left out in the cold. And the client comes back again and I say, I don't really talk to this person. But then, we discussed this sometimes in a meeting like somebody gets the call and it's not suppose to and he has to refer the person to the right persons... (IC-SG11)

Finalement, des participants ont signalé que quelquefois, les modes de communication verticale ne sont pas très efficaces. Notamment, ils disent éprouver des difficultés à rejoindre leurs supérieurs hiérarchiques. De plus, ces problèmes de communication verticale occasionnent des problèmes pour les travailleurs occasionnels. Ils signalent qu'ils sont rarement informés des modifications apportées dans les services, aux procédures ou aux règles. Pour eux, la responsabilité de la communication doit revenir à l'organisation qui doit les informer des changements apportés. La suggestion est faite que le CCSSSBJ conserve un lien en tout temps avec tous les employés.

Parfois la formation est donnée aux infirmiers qui sont sur place et peut-être aux médecins réguliers, mais pour les dépanneurs des fois, c'est un peu du jello. La communication n'est pas toujours adéquate dans les villages. Le *Cree Health Board* n'est pas toujours efficace dans ses communications Chissassibi est comme coupé des villages. (IC-MN9)

Donc, pour la dimension de la 'formalisation de la collaboration', des protocoles de soins locaux sont dûment établis entre le personnel infirmier et médical. Toutefois, des médecins ont manifesté leur inquiétude quant à la portée légale de ces protocoles. En effet, cette situation constitue un exemple de chevauchement professionnel puisque l'utilisation de ces protocoles nécessite souvent pour le personnel infirmier de poser un diagnostic médical. Toutefois, en dehors de ces protocoles, il existe peu de structures formelles encadrant la

collaboration. Aussi, des réserves ont été soulevées quant à la nécessité de formaliser davantage la collaboration. Du point de vue des infrastructures d'information, même si tous les participants se montrent préoccupés par l'importance d'adopter des modes de communication efficaces au sein de leur groupe travail, il est possible de dénoter certaines faiblesses dans ceux-ci. En conséquence, s'il est généralement facile de se réunir en intradisciplinaire ou en interdisciplinaire au sein du même service, l'organisation de ces rencontres relève encore du défi quand vient le moment de réunir des intervenants des services de santé avec ceux des services sociaux. De plus, la voie de communication à prioriser n'est pas la même pour tous. Si, du côté des services de santé, certains suggèrent un retour aux consultations écrites afin d'assurer un suivi adéquat de la clientèle, du côté des services sociaux, ils proposent plutôt de prendre le temps de s'asseoir ensemble et d'écouter.

5.2.5. La collaboration interdisciplinaire dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James

La catégorisation des données à l'intérieur des quatre dimensions du modèle de D'Amour *et al.*, (1999, 2003) permet de caractériser les processus relationnels sur lesquels est fondée la collaboration interdisciplinaire. D'entrée de jeu, les participants ont rapporté être plutôt satisfaits de ce qu'ils décrivent comme la collaboration avec les autres intervenants. Toutefois il est essentiel de faire la distinction entre la collaboration vécue entre les intervenants à l'intérieur de chaque service et celle qui se vit entre les intervenants des services de santé et les intervenants des services sociaux. Cette deuxième situation s'est avérée beaucoup plus problématique.

Ainsi, l'analyse intraservice des dimensions de la collaboration, c'est-à-dire celle qui considère séparément la situation dans les services de santé et celle dans les services sociaux, permet de convenir que la collaboration interdisciplinaire est fortement établie entre les intervenants à l'intérieur de chaque service, puisque les quatre dimensions de la structuration de la collaboration y sont généralement bien intégrées et équilibrées. Par contre, la situation est différente dans l'analyse interservice. En effet, l'analyse de la collaboration entre les intervenants des services de santé et ceux des services sociaux, démontre des faiblesses dans deux des quatre dimensions. Donc, mis à part les problèmes décelés au niveau de la gouverne concernant spécifiquement l'identification d'un leader,

cette dimension et celle de la finalisation paraissent généralement très bien intégrées à l'ensemble du groupe. C'est plutôt au niveau des dimensions de la formalisation de la régulation et de l'intériorisation de la collaboration interdisciplinaire, que les terrains de dissensions sont plus nombreux. Du point de vue de la formalisation, il existe peu d'ententes formelles et de protocoles entre les deux services. L'apparent succès du programme de soins à domicile vient appuyer le fait qu'une certaine formalisation pourrait améliorer la collaboration entre les intervenants de la santé et ceux des services sociaux. De plus, les opinions diffèrent quant aux modes de communication à adopter entre les intervenants des deux services. Du côté de l'intériorisation de la collaboration, plusieurs participants, surtout les intervenants de la santé, ont mentionné méconnaître les intervenants de l'autre service. Cette méconnaissance entraîne nécessairement un plus faible niveau de confiance entre eux.

5.3. Les éléments contextuels influençant la collaboration

Suivant la caractérisation de la collaboration interdisciplinaire, cette section permet d'identifier les éléments contextuels liés à l'environnement physique, à l'environnement organisationnel et politique, à l'environnement économique et lié aux conditions de travail et à l'environnement socioculturel qui exercent des effets importants sur la collaboration entre les intervenants. Les effets de ces environnements sur les dimensions de la collaboration interdisciplinaire suivant la présentation des variables contextuelles pour chacun d'eux. Une modélisation permettant de visualiser ces influences conclut cette section et ce chapitre à la figure 8 de la page 108.

5.3.1. L'environnement physique

Les éléments retenus pour qualifier l'environnement physique sont la dimension des lieux physiques, la localisation et les ressources matérielles et technologiques disponibles.

5.3.1.1. La dimension des lieux

Pour la plupart des participants, la dimension des communautés influence l'organisation du travail. Par exemple, dans un village comme Mistissini qui compte plus de 3000 personnes, les périodes de clinique et de gardes sont généralement plus achalandées, les équipes plus grandes et la variété des intervenants plus étendue que dans des petites communautés

comme Némaska ou Eastmain, comptant chacune moins de 600 habitants. Pour ces petites communautés, les équipes de santé se limitent à quelques infirmières, à un CHR, à quelques intervenants sociaux. Les autres professionnels comme les médecins, les HRO, les nutritionnistes ou les physiothérapeutes sont en poste dans les plus grandes communautés et visitent régulièrement ou occasionnellement les équipes des petits villages. Une grande partie des contacts s'effectue donc à distance. Toutefois, si presque tous les participants conviennent que la dimension de l'équipe influence la nature des relations avec les autres, il demeure impossible d'identifier si cette relation est meilleure dans les petites ou les grandes équipes. En effet, il existe des divergences dans la façon de concevoir l'effet de la dimension du milieu sur l'organisation du travail. D'un côté les participants rapportent que les relations sont parfois plus difficiles dans les petites équipes, devant s'effectuer à distance puisque plusieurs intervenants ne sont pas sur place. De l'autre, ils dénoncent que la continuité des relations et de l'information prend des allures de défi dans les plus grandes. Néanmoins, plusieurs participants s'accordent pour dire que l'intégration au travail des nouveaux employés est parfois difficile dans les petits milieux puisqu'ils y sont rapidement laissés à eux-mêmes tandis que dans les plus grandes équipes, ils ont davantage de soutien de l'équipe.

I don't know why I feel that team work is not that much here, than I use to do in a larger community like Mistissini . (IC-IN8 en référence à un petit village)

When the psychologist is in Mistissini, we don't see him. Like we don't see him for some feedback after he see the client. (IC-IN8)

En dehors du travail, la petitesse des communautés encourage les contacts personnels entre les intervenants qui sont très souvent amis en plus d'être collègues. Chez les travailleurs autochtones, plusieurs sont même apparentés. Mais ceci amène également certains participants à mentionner que « petites communautés » rime parfois avec « manque d'anonymat » où le travail peut rapidement déborder sur la vie privée. De plus, lors de la survenue d'un drame, c'est tout le monde, incluant les intervenants de la santé et des services sociaux qui peut être affecté.

Par exemple, lors d'un suicide ou d'un accident d'auto où il y a trois, quatre personnes qui meurent dans une même communauté, alors tout le monde est affecté. Les intervenants sociaux eux sont là pour ramasser le monde 'magané' ou affecté par le traumatisme qui vient d'arriver, mais ils sont eux-mêmes affectés par ça, parce qu'ils sont apparentés. Ils connaissaient la personne ou ça réveille chez eux des expériences semblables, ils ont déjà perdu un fils par suicide ou *whatever*. (IC-PN7)

Le fait que l'offre de services de santé soit limitée dans les petites communautés peut facilement placer certains membres de l'équipe en conflit d'intérêt. Par exemple, un participant mentionnait qu'il se sent parfois inconfortable de partager des informations avec certains membres de l'équipe, sachant qu'ils peuvent être impliqués personnellement de près ou de loin dans certaines situations. Aussi, la sauvegarde de la confidentialité relève de la prouesse dans ces milieux. Il s'agit d'une préoccupation principalement soulevée par les participants allochtones.

Il peut même arriver que je vois du personnel médical aussi, comme ça. Il peut même arriver que je vois le conjoint ou la conjointe d'une personne avec qui je travaille ou le frère ou la sœur d'une personne avec qui je travaille et avec qui j'ai une relation professionnelle. Alors, ça c'est toutes des choses très particulières qui n'arriveraient jamais dans le sud. Puisque ici, on le fait parce que c'est le nord. (IC-PN7)

Outre la petitesse des communautés et des équipes de travail, plusieurs participants rapportent que l'exiguïté de certains milieux de travail influence leurs activités professionnelles. Si d'un côté, elle peut favoriser les contacts entre les membres de l'équipe, poussée à l'extrême, l'exiguïté de certains milieux de travail a entraîné la scission physique de certains services qui se retrouvent dans des bâtiments différents. À ce sujet, tous les participants s'accordent pour dénoncer cette situation, disant qu'il est beaucoup plus facile de créer des liens significatifs avec les autres membres de l'équipe lorsque tous partagent le même espace physique. Ce point de vue semble également partagé par la direction puisque plusieurs projets de réaménagements et de constructions neuves sont prévus ou en cours pour corriger la situation.

On travaille ensemble, on est tout dans la même bâtisse, on est quasiment tous dans la même pièce aussi. Veut, veut pas, on sait comment les autres travaillent aussi et il y a une confiance qui s'installe. Pas juste des médecins par rapport aux infirmières, mais les infirmières par rapport aux médecins aussi. [...] Mais, y'a pas de place dans la clinique. C'est sûr qu'on penserait peut-être plus aux services sociaux s'ils étaient dans la même bâtisse. Ils seraient plus facile d'accès. (IC-IM4)

Here, I think it's very good compare to Mistissini where the social services are far away. You don't know what they're doing. If you do a consult, you don't see it again. It's the problem there. And they never come (IC-IN8)

C'est sûr que si on est très loin, puis qu'on n'est pas dans les mêmes lieux, ça ne facilite pas la collaboration. Je ne dis pas qu'il n'y en aura pas, mais c'est sûr que d'être une équipe multidisciplinaire dans le même bâtiment, c'est plus facile. (IC-IW1)

Finalement, la dimension du milieu pourrait également avoir un certain effet sur l'exercice du pouvoir d'un groupe par rapport à un autre. Cette allégation demeure anecdotique,

n'ayant été soulevée que par un seul participant. Pour lui, le pouvoir exercé par les infirmières sur les médecins est inversement proportionnel à la dimension de la communauté et donc de l'équipe sur place. Ainsi, les infirmières disposeraient de plus de pouvoir dans des petits milieux de travail.

5.3.1.2. La localisation

La localisation des communautés réfère surtout à l'isolement géographique. Toutefois, l'étendue de la région fait que cet isolement ne se vit pas de la même façon sur l'ensemble du territoire. Par exemple, les communautés de Waswanipi, Oujé-Bougoumou et Mistissini peuvent être assez aisément rejointes par les routes et sont situées à un temps raisonnable de la ville la plus près, Chibougamau (de 40 minutes à 2 heures de route pavée). Certains participants disent que cette situation présente des avantages. Tout d'abord, pour les intervenants allochtones, l'accès routier leur permet une plus grande liberté comparativement à d'autres milieux où ils se considèrent plus confinés et plus dépendants du transport aérien.

On peut circuler par la route ici, ce qui permet d'avoir une pratique encore à temps plein tout en pouvant profiter des avantages de la ville » (IC-MM3)

Ensuite, le principal avantage pour la clientèle est que l'accès routier la rend moins vulnérable aux variations climatiques. En effet, l'isolement géographique des communautés du territoire et l'offre de services de santé réduite, impliquent de nombreux transferts vers des services plus spécialisés généralement situés à Val D'Or, Chibougamau, Chissassibi ou Montréal. Aussi, bien que les communautés du territoire, sauf Waswanipi, Ougé-Bougoumou et Mistissini, soient desservies quotidiennement par le transport aérien, les conditions météorologiques peuvent rapidement se détériorer et compromettre le service. Les répercussions peuvent se traduire pour les équipes locales en termes de stress supplémentaire et de surplus de travail. Dans l'impossibilité de procéder aux transferts des clients nécessitant des soins aigus, les équipes restreintes doivent assurer leurs soins dans les points de services. Ceci peut conduire à l'épuisement des plus petites équipes. Le transport aérien servant également pour le transport des patients devant rencontrer des spécialistes, les équipes doivent faire le suivi pour tous les rendez-vous médicaux manqués. Aussi, l'itinérance de certains spécialistes est décrite positivement pour pallier ces

situations indésirables tout en offrant un service sur place à la clientèle et contribue à réduire les coûts de transports et d'hébergement des usagers.

On est des gens qui sont laissés à nous autres même à cause qu'on est dans des régions éloignées, puis on est dépendant des transports pour les évacuations de nos patients.
(IC-IW1)

L'isolement géographique justifierait parfois le surpassement des limites professionnelles pour certains intervenants. Les participants, surtout les membres du personnel infirmier et les médecins, disent que l'appui de leurs collègues est alors essentiel pour gérer ces cas extrêmes.

Quand je suis à un endroit, puis que je suis éloigné, puis que le mauvais temps est là, puis qu'il y a des choses que je n'ai pas le choix de faire, la loi 90 ne m'autorise même pas de faire encore. Si j'ai un médecin au bout qui me dit: "*La loi du bon samaritain.*"
(IC-IW1)

Dans un autre ordre d'idée, l'isolement géographique, à l'instar de la petitesse des communautés, contribue à la création des liens sociaux entre les intervenants allochtones. Ceci est un peu différent pour les intervenants autochtones qui sont généralement dans leur milieu de vie. Finalement, deux participants allochtones rapportent que l'isolement géographique constitue, pour eux, un élément d'attraction et de rétention dans la région puisqu'il leur permet un contact privilégié avec la nature.

5.3.1.3. La disponibilité de la technologie

La disponibilité de la technologie est un autre élément de l'environnement physique qui peut influencer les relations entre les intervenants. Les participants font notamment allusion aux moyens de communication et aux équipements diagnostiques et thérapeutiques disponibles. Beaucoup de contacts interprofessionnels s'effectuent par téléphone et un système de conférence téléphonique est également disponible pour la tenue de rencontres multidisciplinaires. Ces moyens de communication sont décrits comme simples et efficaces par les participants. Deux infirmières et un médecin ont par contre déploré que, même si des ordinateurs sont disponibles dans tous les points de services, l'informatique soit encore peu utilisée pour les contacts interprofessionnels, à l'exception du programme informatique de laboratoire qui permet la gestion des spécimens et la consultation des résultats. Ce programme a facilité le travail du personnel de la santé en permettant de diminuer la paperasse et en rendant les résultats plus rapidement disponibles. De plus, une utilisation

plus répandue de la télémédecine pourrait contribuer à améliorer les services à la clientèle, notamment en permettant aux intervenants de sauver du temps, en diminuant le nombre de rendez-vous extérieurs et en réduisant le temps d'attente pour la clientèle.

Certains hôpitaux sont équipés d'ordinateurs, puis les dossiers s'est rendus sur des *chips*, ce n'est plus autant papier. Nous autres, on est papier encore pas mal. Donc, on en traite de la paperasse. (IC-IW1)

Si j'avais un dermatologue qui passe deux heures par jour à faire de la télémédecine. À un moment donné, il reçoit mon appel, je connecte et je lui envoie la photo ou je regarde les lésions de peau avec une caméra, puis il les regarde. Puis, il me donne un diagnostic, il me dit : " C'est ça que tu devrais donner!" On évite un transport, un coût énorme, puis on évite une consultation au sud, sans savoir quand il va l'avoir, et puis le plus important, c'est qu'on soigne notre patient plus rapidement. (IC-IW1)

Les participants s'entendent généralement pour dire que les conditions matérielles se sont améliorées dans les dernières années du point de vue thérapeutique. Ce matériel est généralement jugé suffisant pour offrir les premiers soins d'urgence et les services courants. Mais certains participants ont signalé que le peu d'équipement disponible amène les intervenants de la santé à miser sur leur sens clinique, le questionnaire et l'examen physique et encourage la consultation entre pairs ou collègues. De plus, le manque de matériel ou de technologie sur place fait quelquefois naître des collaborations inusitées.

Les conditions de pratique, les conditions d'équipement se sont beaucoup améliorées. On a souvent vécu des urgences assez extrêmes avec peu de moyens ou isolés avec pas de possibilité de transfert. Je pense qu'il y a ce stress-là de la pratique ici qui fait que ça resserre les gens, ça resserre les intervenants. Moi je me souviens de tout le travail par téléphone, les communications téléphoniques avec les infirmières en dispensaire. Le contact qui se fait est spécial de par l'isolement. [...] On fait comme on peut avec ce que l'on peut. On ne peut pas faire plus. (IC-MM3)

On n'a pas de rayon X ici et les dentistes, ils l'ont. Quand on suspecte une fracture du doigt...on fera pas un poumon là (rires)... mais ça arrive qu'on lui demande : « Ça te déranges-tu de me faire juste un petit doigt? » Parce qu'eux, ils le savent que ça nous aiderait de savoir, ce diagnostic-là. C'est sûr que dans le sud si j'allais voir mon dentiste pis que je lui demandais « By the way! Tu me ferais-tu un rayon X de mon doigt? (rires) » Je pense qu'il m'enverrait promener, mais ici non. Ils savent que les ressources sont limitées. (IC-IM4)

Pour les participants, l'ajout de matériel ou de moyens de communication n'est pas une panacée en soi tant que le support technique demeurera très limité dans certaines communautés.

5.3.1.4. Influences de l'environnement physique sur la CI

Les petits milieux de travail et les petits milieux de vie favorisent la socialisation en augmentant le nombre de contacts au travail. Ainsi, la multiplication des interactions professionnelles et personnelles permet aux intervenants de se connaître davantage, ce qui favorise l'établissement de la confiance. Les petits milieux augmentent également les interactions entre les travailleurs et la population. Il est donc difficile d'y conserver l'anonymat. De plus, à la survenue d'événements traumatisants dans un petit milieu, les intervenants connaissent souvent personnellement les individus et les familles affectés. Cette situation renforce leur besoin de support mutuel et de connectivité. Une autre conséquence des petits milieux est le conflit d'intérêt. Ainsi, la clientèle peut être tentée de rencontrer, pour préserver la confidentialité, des intervenants ne provenant pas de la région plutôt qu'un concitoyen ou même un membre de sa famille. Ceci peut se traduire par un déséquilibre de la charge de travail des services de santé vis-à-vis des services sociaux où la majorité des intervenants sont autochtones occasionnant des frustrations de part et d'autre et peut affecter la connectivité entre les intervenants. Mais de façon générale, la petitesse des équipes de travail semble être un facteur favorable à l'organisation de rencontres interdisciplinaires. Ensuite, l'exiguïté de plusieurs lieux de travail permet elle aussi d'accroître les contacts entre les intervenants et, par conséquent, favorise l'interconnaissance et la confiance mutuelle. Mais, c'est aussi la petitesse de certains lieux de travail qui a occasionné la scission des services dans certaines communautés. Une fois qu'ils sont physiquement séparés, les interactions diminuent et du même coup, l'interconnaissance. L'isolement géographique contribue, comme le petit milieu, à accroître le nombre de contacts interpersonnels entre les intervenants pour pallier l'isolement social. De plus, cet isolement oblige les intervenants du milieu à faire preuve d'initiatives et de solidarité dans la gestion des urgences. Ces situations les obligent quelquefois à dépasser leurs limites professionnelles et le support des collègues devient alors indispensable. De plus, l'isolement physique fait que l'étendue des services disponibles dans la communauté est restreinte. Cette situation implique, tout d'abord, des coûts élevés reliés aux transports des professionnels et des usagers, une augmentation substantielle de la charge de travail relativement à toute la gestion et aux suivis occasionnés par ces nombreux déplacements. Il s'ensuit une diminution du temps disponible pour la tenue d'activités comme les réunions

multidisciplinaires. Devant une offre de services restreinte et la difficulté de recourir à des services de santé de première ligne à l'extérieur de la région en raison des distances importantes séparant les communautés du territoire des centres urbains, il arrive que le collègue devienne l'utilisateur des services. Ceci peut ébranler la confiance d'un intervenant par rapport à un autre et nuire à la connectivité dans le groupe. Finalement, le manque de moyens de communication de pointe et le fait que l'informatique soit encore peu utilisée nuit aux communications interdisciplinaires ou à la communication verticale entre les niveaux régional et local. D'un autre côté, le manque d'appareils thérapeutiques et diagnostiques peut contribuer à consolider la solidarité entre les intervenants et donc, la connectivité entre eux.

En résumé, les trois variables contextuelles liées à l'environnement physique sont la taille du milieu, la localisation et les technologies disponibles. La taille du milieu et la localisation influencent surtout la dimension de l'intériorisation de la collaboration à travers l'interconnaissance et la confiance mutuelle. Elles influencent aussi, à un moindre niveau, la dimension de la gouverne relativement à la connectivité. Les technologies disponibles agissent, quant à elles, sur la dimension de la formalisation et plus particulièrement sur les infrastructures d'information et, comme les deux autres variables contextuelles, sur la connectivité de la dimension de la gouverne.

5.3.2. L'environnement politique et organisationnel

Les variables rattachées à l'environnement organisationnel et politique sont : les influences externes représentées par le contexte légal, les corporations professionnelles, syndicales et gouvernementales et l'organisation des services de première ligne. D'autres éléments portant sur les structures organisationnelles internes comme le leadership, les ententes et règlements locaux sont abordés plutôt dans la section 5.2.2., consacrée à l'analyse de la structuration de la collaboration interdisciplinaire.

5.3.2.1. Les influences externes (politiques, corporatistes, légales)

L'intérêt pour cette catégorie est principalement venu de la revue des écrits qui fait souvent référence aux intérêts corporatistes et protectionnistes de certains ordres professionnels. Ces éléments influencent la collaboration interprofessionnelle. De plus, les récents changements apportés au contexte légal de la pratique professionnelle en santé (Loi 90) ont

incité à y porter attention. Toutefois, les participants signalent que dans le milieu, il existe peu de protectionnisme professionnel entre les intervenants. Ceci ne signifie pas qu'il n'y ait pas de chevauchement professionnel, mais celui-ci semble mieux accepté qu'ailleurs en province.

Y'a peut-être moins de craintes qu'un autre corps de profession vienne et empiète sur ton champs de pratique. Ils empiètent, mais ce n'est pas menaçant. (IC-IN4)

Aussi, plusieurs d'entre eux, surtout des médecins et des infirmières, s'entendent pour dénoncer le corporatisme trop sévère pratiqué au sud. Ils considèrent que les intérêts corporatistes briment quelquefois la clientèle. Plusieurs d'entre eux dénoncent le fait que les lois et règlements développés par les ordres professionnels, syndicats et gouvernements, le sont en référence avec la pratique professionnelle du sud et sont souvent mal adaptés au contexte nordique. En effet, les réalités des milieux isolés et nordiques comme celles reliées à l'environnement physique (isolement géographique, petitesse des milieux et manque de ressources) font qu'il est parfois difficile de se conformer à certaines règles comme le prescrivent les différents codes de déontologie.

J'ai un code de déontologie, comme psychologue. Normalement, je ne devrais jamais voir en thérapie individuelle, une femme et son mari. Je ne devrais pas intervenir avec une personne avec laquelle j'ai un lien de travail. [...] Je pense que si on voulait être vraiment *clean*, légal, quant à moi ça ne fonctionnerait pas. On deviendrait fou, on ne voudrait plus travailler ici. Personnellement, je pense qu'on n'a pas avantage en milieu autochtone à mettre trop de structures trop rigides. Mais c'est mon avis personnel, très personnel. Je pense simplement qu'il faut être conscient quand on vient ici, c'est une autre réalité. C'est le nord. (IC-PN7)

Moi, j'ai toujours dit à l'Ordre des Infirmières, je ne comprends pas que le modèle du nord ne soit pas favorisé dans le sud, alors que l'Ordre est assez sur la défensive face aux cliniciennes qui n'ont pas de diplôme légal. Il faut penser, qu'il y a un corporatisme assez sévère encore face à chaque profession qui a son propre champ d'activités qui fait qu'on pense pas aux patients.[...] Mais, je regarde encore récemment, la corporation des médecins n'aidant pas du tout. Il n'y a pas beaucoup d'ouverture à déléguer des actes médicaux à d'autres professionnels de la santé (IC-MM3)

Les participants ont été interrogés sur les effets qu'ont eu les modifications au Code de professions (Loi 90) sur leur pratique professionnelle. Tous les participants professionnels en ont entendu parler mais peu semblent familiers avec celle-ci. Ils s'accordent plutôt pour dire qu'elle a peu influencé leur travail. Pour les infirmières et médecins, plusieurs craignent que les services de santé de première ligne de la région ne soient encore dispensés en tout illégalité. Ces derniers disent vivre encore la même insécurité quant à leur

responsabilité face aux actes posés par les autres intervenants. Ils s'interrogent toujours sur la légalité de ces activités même lorsqu'il y a des ententes locales et des protocoles. En référence à leur pratique dans la région, la plupart des participants qui possèdent un diplôme professionnel s'expriment encore en terme de 'zones grises' pour qualifier le contexte légal dans lequel ils se trouvent.

La loi 90, moi ça a peut-être confirmé des choses qu'on faisait déjà. Moi je connais mes limites. Je sais c'est quoi mon protocole, puis il y a des choses que je fais, mais que je fais juste quand j'ai l'autorisation du médecin, puis que je n'ai pas le choix de le faire. Que le médecin dise : « Vas-y, je te back! ». La loi 90 ça n'a rien changé à mon travail, parce que déjà on travaillait dans l'illégalité selon bien du monde, mais je veux dire quand il n'y a pas personne pour le faire le travail, qu'il n'y a pas de médecin sur place, qu'est-ce qu'on fait ? (IC-IW1)

On a tous la tête sur la bûche en disant « C'est illégal! » C'est toujours un *nowhere* légal (IC-MM3)

Parfois, on est dans des zones grises au niveau de la légalité. (IC-PN7)

L'étude de l'effet des variables politiques permet de mettre en relief deux particularités de la région étudiée. Tout d'abord, le peu d'enthousiasme exprimé par les participants à l'égard des variables contextuelles de l'environnement politique laisse présager que les instances locales doivent emprunter d'autres voies pour encourager la collaboration interdisciplinaire. Et ce, même si actuellement la voie politique semble priorisée ailleurs. Ensuite, ce manque d'enthousiasme mais surtout les incertitudes signifiées par les participants laissent entrevoir des lacunes, non seulement dans l'adaptation du contexte légal et corporatiste aux réalités locales, mais aussi dans la compréhension qu'en ont les participants.

5.3.2.2. L'organisation des services de première ligne

Il existe un point de services CLSC pour chacune des neuf communautés crie du territoire. Cinq de ces points de services sont situés sur les rives de la Baie-James et rattachés au CLSC de la Côte situé à Chissassibi où se trouve également le centre hospitalier. Les quatre autres, à l'intérieur des terres, sont rattachés au CLSC de l'*Inland* situé à Mistissini. Les services de santé et services sociaux sont offerts 24 heures sur 24, 365 jours par année. Pour pouvoir assurer ces services, les intervenants sociaux et le personnel infirmier en première ligne et les médecins en deuxième, doivent assurer des périodes de gardes en dehors des périodes de travail régulières de 9 à 17 heures du lundi au vendredi. Pendant ces

périodes de garde, ils répondent aux urgences par téléphone et ils se déplacent au besoin pour rencontrer la clientèle à la clinique ou à domicile. Cette fonction est assurée à tour de rôle par les membres de chaque discipline. Pour les autres professionnels venant de façon occasionnelle comme les médecins visiteurs, les spécialistes ou les psychologues, l'horaire est variable. Ils se disent généralement très occupés lors de leurs visites dans les communautés, quelques-uns travaillant même les soirs et fins de semaine pour optimiser leur passage.

Dans le fond, on est 24 heures sur 24, 365 jours par année, là pour les urgences. Et même si on est en plein milieu de nos *Well-Baby Clinics* et qu'il arrive quelqu'un qui a *crasher* et qui a besoin de services d'urgence rapidement, on est obligé de tout lâcher pis de sauter sur la personne pour s'en occuper. (IC-IW1)

En plus de la gestion des urgences, l'organisation par programme des services de santé est bien établie même si elle est relativement récente dans la région. Auparavant, les participants mentionnent que les services de santé n'étaient offerts que sous forme d'intervention individuelle et ponctuelle. L'avènement des programmes permettant le suivi systématique de certaines clientèles plus vulnérables, comme le programme de « *Maternal and Child Program* » pour les femmes enceintes et leurs nouveaux-nés, le « *Well-Baby Clinic* » qui assure le suivi des enfants de 6 semaines à 5 ans ou encore le « *Home Care Program* » pour la clientèle à domicile, amène les CHR, médecins, membres du personnel infirmier et autres intervenants à collaborer étroitement. Les participants s'entendent pour dire que ces programmes permettent l'adoption d'une vision holistique de l'individu. De plus, malgré la structure imposée par ces programmes, des participants soulignent que les suivis sont demeurés très personnalisés. Ainsi, peu de clients sont perdus de vue à moins qu'ils ne forment eux-mêmes le désir de ne pas être suivis. Ce mode d'organisation par programme adressé à certaines clientèles ne semble cependant pas avoir d'équivalent du côté des services sociaux, mis à part les soins à domicile.

Les soins à domicile, c'est un service qui n'existait pas. Ça fait un an que ça existe et pis là, on a deux infirmières. Le besoin était là et il était immense. (IC-MM3)

Malgré ces programmes, la consultation individuelle est encore très répandue. Les participants se disent préoccupés par le besoin d'adopter une approche plus communautaire et de miser sur la prévention afin de mieux répondre aux besoins en services de santé grandissant de la population. Ainsi, les équipes actuelles ne suffisent pas à la tâche, de

nouvelles équipes sont actuellement en développement. Par exemple, l'équipe diabète, composée d'une nutritionniste et d'agents de formation a été créée il y a 2 ans, en réponse à l'épidémie de diabète sévissant dans la population.

C'est sûr qu'il faut continuer à faire de l'éducation, puis c'est sûr qu'on a besoin de plus en plus de spécialistes là-dedans, de nutritionnistes, puis de gens qui vont nous supporter dans nos tâches, parce que c'est gros. (IC-IW1)

Maintenant, on ne peut plus travailler de façon individuelle. Mais, on n'est pas assez nombreux encore pour commencer des interventions de groupe. Qu'est-ce qui fait qu'ici on a pas de centre d'enseignement diabétique, on n'a pas de centre d'enseignement pour l'asthme, qu'on n'a pas de centre de crise en santé mentale, toutes ces ressources existent ailleurs. Et on ne fait pas encore d'intervention de groupe et je pense qu'on est en train de s'épuiser. On a une épidémie à la quantité de diabète. On s'épuise à essayer de voir les gens tous un par un, ça pu de bon sens. Les communautés sont trop...le *load* est trop important et il faut commencer à faire des interventions de groupe, à créer des liens entre les gens de ce côté-là. (IC-MM3)

Si le travail auprès de la clientèle se ressemble beaucoup d'un point de services CLSC à l'autre, les participants signalent l'existence de quelques différences dans l'organisation du travail, comme pour la gestion de la pharmacie ou pour les évacuations médicales. Donc, les personnes qui effectuent des déplacements d'une clinique à l'autre doivent faire preuve d'adaptabilité, puisque chaque clinique prend une couleur locale à l'image de la population, de la communauté et des gens qui y travaillent.

Il y a peut-être des petites différences au niveau des transferts de patients, au niveau de l'évacuation de patients, mais au niveau milieu de travail ça se ressemble beaucoup. On fait pratiquement tous la même chose. On a les mêmes programmes de santé communautaire, et puis on travaille avec le même protocole, et puis on a une clientèle qui est pas mal semblable que ce soit dans l'*Inland* ou sur la Côte, c'est une clientèle qui se ressemble beaucoup. (IC-IW1)

5.3.2.3. Influences de l'environnement politique et organisationnel sur la CI

La réglementation externe et le contexte légal semblent avoir peu d'effet sur la pratique des intervenants de la région et donc, sur les dimensions de la collaboration. Lorsque les participants ont abordé le contexte légal, c'était pour signifier leur insécurité toujours bien présente en considération des aspects légaux et éthiques de leur travail. Les influences externes se traduisent plutôt en termes de flou légal. L'insécurité, qui en résulte, nuit à la connectivité et la concertation entre les intervenants. Du point de vue de l'organisation des services, il faut souligner que l'approche par programmes dans les services de santé de première ligne prévoit des ententes plus formelles et des moyens d'échanges de l'information entre les intervenants. Le mode d'organisation des services de la région

prévoit également que les intervenants travaillent à tour de rôle, les soirs, les nuits et les fins de semaine, en plus des heures régulières de jour pour assurer l'accessibilité aux services de première et de deuxième ligne. En conséquence, la tâche des intervenants de première ligne, des médecins et des TPJ en deuxième ligne, est très prenante. Les intervenants disent que souvent, ils n'ont pas le temps ou ils sont trop fatigués pour se réunir. L'horaire chargée nuit donc à l'instauration de certaines modalités favorables au partage d'information comme la réunion interdisciplinaire.

En résumé, l'approche par programme de l'organisation des services de la région agit sur la dimension de la formalisation de la régulation par l'existence d'ententes formelles et de structures d'informations claires. Toutefois, il est important de mentionner que la formalisation des relations doit demeurer souple car les structures trop rigides sont mal perçues par les participants qui les considèrent mal adaptées au milieu.

5.3.3. L'environnement économique et liés aux conditions de travail

L'environnement économique réfère à la rémunération des intervenants mais aussi aux conditions de travail en général, comme la disponibilité des ressources humaines, la stabilité du personnel, le statut d'emploi et la charge de travail.

5.3.3.1. La rémunération

Les salaires des professionnels et paraprofessionnels sont généralement plus élevés au nord qu'au sud, étant bonifiés par les diverses primes, comme les primes d'éloignement ou les primes de responsabilités élargies et par les nombreuses heures supplémentaires principalement faites par les intervenants devant assurer les périodes de garde. Aussi, la différence entre le salaire gagné par les différents intervenants est moindre que dans d'autres milieux. Cependant, un seul des douze participants a mentionné que le revenu était sa principale source de motivation à travailler dans la région. Outre le salaire intéressant, la principale distinction à faire est que les médecins de la région sont rémunérés à salaire plutôt que rémunérés à l'acte. Ce type de rémunération aurait un effet sur la relation avec les autres professionnels et sur la propension des médecins à déléguer davantage d'activités aux autres intervenants.

Pour l'instant, la rémunération à l'acte des médecins au sud fait qu'ils veulent voir les cas les plus simples comme les otites pour compenser pour la vieille grand-mère qui leur prend 30 minutes. (IC-IG10)

Ici au nord, nos cliniciennes ont de bonnes conditions de travail, un peu comme nous. Mais le fait qu'on soit à salaire, je pense que c'est sûr que ça influence notre approche avec nos patients pis la façon dont la prise en charge du patient va être faite. Parce quand on parle de qualité de vie au travail, c'est justement ça, c'est d'avoir du temps. On est quand même dans des petits milieux où on a le temps vraiment de faire une médecine plus globale, de prendre en charge les patients. Je ne juge pas les gens qui travaillent à l'acte, mais c'est sûr que ça influence la pratique. (IC-MM3)

Ici on a, pour tant d'heures de travail, on a un salaire fixe, une rémunération à vacation. [...] Moi, je me dis on est bien rémunéré, mais si je ne m'expatriais pas pour une semaine je pourrais toujours dire je vais en faire plusieurs sans rendez-vous dans ma clinique (au sud), puis j'aurais le même salaire. Ce serait plus épuisant pour moi, mais je serais près de ma famille. Ça fait partie de la *game*. On est bien payé et c'est comme ça qu'on accepte de venir ici. (IC-MN9)

5.3.3.2. La disponibilité de ressources humaines

Le manque de ressources humaines est une situation chronique dans les régions isolées. Pour faire face à cette situation, le personnel des services de santé, procède à des consultations téléphoniques avec des spécialistes qui peuvent leur apporter un soutien professionnel. Ces ressources peuvent être situées dans d'autres communautés crie ou à l'extérieur du territoire. Il existe des ententes avec des centres hospitaliers avoisinants, généralement ceux de Val D'Or ou Chibougamau, ou encore à Montréal où les clients peuvent être référés, assurant ainsi un accès à des services de deuxième et troisième lignes à partir des points de services CLSC.

Psychologists come every 3 months. So, when you have a crisis situation, we have to send the clients if it's the adults or a youth, we have to send them out, down south. (IC-JM2)

Like if a woman is coming with family violence history, we don't really have the resources here sometimes. We have to place her into extended family to get out their home. So then, if the person decides that it is not correct to be here in the community, we have to send them out in a women shelter, two weeks sometimes...and the longest was three months. (IC-SG12)

Malgré ces ententes, le manque de ressources humaines sur place se traduit pour la plupart des participants en termes de manque de support professionnel et de manque de main-d'oeuvre qualifiée. Les participants oeuvrant autant dans les services de santé que dans les services sociaux soutiennent que le corridor de services est plus difficilement accessible pour les intervenants des services sociaux et pour la clientèle présentant des troubles de

santé mentale sévères et persistants que pour les intervenants de la santé et les autres types de clientèle.

Moi je regarde ici dans la communauté, la plus grave lacune actuelle c'est au niveau de la santé mentale. Aucun centre de crise, aucun consultant de psychologie facilement accessible. Ce que l'on sent souvent du côté social, c'est le peu de moyens qu'ils ont et le peu de ressources en périphérie. C'est encore plus difficile que nous. Nous, on va appeler des centres de référence ou des spécialistes qui vont nous conseiller. Mais autant avec eux des fois, on est un peu dépourvus face à leurs grands manques de ressources, surtout en santé mentale. Ça fait des années que je le répète partout. (IC-MM3)

There is a lack of a lot of resources for the community. And we don't have, certainly for training work with youth. There are some serious cases in the cases we have. There is lack of resources in our community, it is by example for a youth who have a lot of anger and doesn't know how to deal with it. (IN-JM2)

Nous avons une personne qui dérange énormément la communauté. On a des plaintes constamment, mais il n'y a personne qui peut faire rien pour lui dans la communauté, parce qu'on n'a pas les services. On a besoin d'aide, puis même si on envoie cette personne-là à Montréal, ils nous le retourne deux jours plus tard, en disant : « On ne peut rien faire pour lui ». Ce patient-là c'est un gros cas, c'est un gros problème. Il dérange toute la population, il nous dérange, il dérange les services sociaux et on ne peut rien faire pour lui. On n'a pas les ressources. (IC-IN5 au sujet d'un client psychiatisé)

Dans un autre ordre d'idée, certains participants stipulent que le mode d'organisation des services de santé de la région s'est historiquement développé dans un contexte de manque de ressources humaines. Ainsi, l'élargissement du champ d'intervention des infirmières de première ligne et de certains médecins et l'embauche d'effectifs locaux ne sont pas étrangers au manque de ressources humaines, surtout professionnelles. Quelques participants mentionnent également que cette lacune « oblige » un peu le travail d'équipe.

Alors c'est ce qu'on a appris au nord, à fonctionner avec des intervenants, en équipe multidisciplinaire et c'est ce qu'on voit de plus en plus qui se développe dans le sud. C'est aussi un peu obligatoire à cause de la pénurie de médecins. (IC-MM3)

Il y a des médecins au nord qui font des petites chirurgies. Nous autres, on n'en fait pas vraiment, mais on fait quand même des réparations de plaies. Il y a des médecins qui font des chirurgies, qui dans le sud s'ils étaient dans leur pratique privée, dans leur bureau, ils réfèreraient tout de suite aux chirurgiens ou en chirurgie plastique. (IC-IW1)

Toutefois, il est essentiel que les interventions soient faites en prenant en considération la limite d'accès à certaines ressources limitées.

C'est bien beau une évaluation en psychologie, mais qu'est-ce qu'on fait après? Souvent, il y a des évaluations qui ont été faites. D'abord les évaluations sont très difficiles à faire parce que nos instruments ne sont pas adaptés à la culture. Admettons

qu'ils nous demandent d'évaluer un enfant, il faudrait rencontrer les parents aussi. Des fois, on a de la misère à rencontrer les parents. Mettons qu'on réussit à faire une évaluation qui aurait à peu près de l'allure, on va recommander, par exemple, que cet enfant-là suive une psychothérapie. Il ne peut pas. Alors, personnellement je remettais beaucoup en cause l'énergie qu'on essayait de mettre à faire des évaluations. (IC-PN7)

5.3.3.3. La stabilité du personnel

Malgré le fait que les participants travaillant sur le territoire depuis plusieurs années sont d'avis que la qualité de vie s'est améliorée avec les années, faisant surtout référence aux conditions de logement, à l'accessibilité aux communautés nordiques par des routes pavées ou des liaisons aériennes quotidiennes, à la possibilité d'obtenir de longues périodes de congé ou encore d'accommoder leur famille au nord, tous les participants se disent préoccupés par l'instabilité des équipes de travail.

Moi j'ai toujours pratiqué aussi, c'était une chance à Chissassibi, en jeune famille. C'est un facteur qui fait que je suis resté ici plus longtemps. (IC-MM3)

Témoins impuissants de ces nombreux départs et arrivées, les participants disent devoir s'adapter constamment aux habitudes et particularités des gens de passage. Les raisons expliquant cette importante rotation de personnel sont variées : difficultés d'adaptation, famille au sud, retour aux études, manque de support ou trop grande pression du milieu et de la clientèle, conflits, maladies, etc. Néanmoins, peu d'éléments de solution pour réduire les mouvements de personnels ont été soulevés lors des entrevues. Les participants semblent plutôt faire preuve d'acclimatation face à cette situation souvent présentée comme inéluctable.

La stabilité du personnel, c'est un problème dans le nord. (IC-MN9)

Ensuite, certaines critiques sont formulées à l'effet que les nouveaux employés et les remplaçants ne profitent pas assez de l'expérience des plus anciens. Certains participants disent que les nouveaux employés ont tendance à tout changer lorsqu'ils arrivent.

You know, when somebody else has done the work before and they don't want to get the opinion of the previous workers [...] I guess, when they make the change, I think they need to include the experienced workers. You know, not to break that thing, the bond we have the between the workers. (IC-SG11)

Aussi, considérant que le travail en région isolée diffère de celui exercé ailleurs en province, l'encadrement du nouveau personnel doit être rigoureux et constituer une expérience positive, car quelqu'un qui est mal accueilli ou mal encadré peut rapidement se décourager et quitter. Toutefois, il s'agit d'un cercle vicieux car, selon certains participants,

la qualité de cet encadrement dépend de la stabilité de l'équipe en place. Ainsi certains participants se sont dit découragés d'avoir souvent à entraîner, encourager et former des personnes qui quitteront après quelques mois ou même quelques semaines. De plus, ils mentionnent que la rotation du personnel fait que l'organisation du travail et la prestation des soins peuvent souffrir du manque d'expérience des nouvelles équipes.

Habituellement, les gens sont bien encadrés. C'est sûr que quand il arrive une nouvelle infirmière dans l'équipe, on va la chouchouter, on va l'encadrer, on va l'emmener dans notre équipe. Mais ça peut arriver qu'il y ait des équipes qui sont froides ou bien tu te ramasses dans un dispensaire où les trois permanentes ont sacré le camp dans les quatre derniers mois. Puis là, tu as deux infirmières d'agences, puis tu as une remplaçante qui connaît le dispensaire, parce qu'elle y a travaillé souvent. Puis là, il arrive une nouvelle dans l'équipe. C'est sûr qu'elle n'aura pas la même réception que dans une équipe qui est déjà bien établie avec des gens qui sont là depuis plusieurs années. (IC-IW1)

Quand tu as une équipe nouvelle de jeunes qui n'ont pas d'expérience, ça fait une différence avec des gens qui ont de l'expérience sur le terrain. (IC-IW1)

5.3.3.4. Le statut d'emploi

Les participants mentionnent qu'il est relativement facile d'obtenir un poste et qu'une personne qui compte une ou deux années d'expérience sur le territoire acquiert déjà une certaine notoriété. Selon eux, cette situation fait que le protectionnisme est beaucoup moins important à l'intérieur d'un groupe de travail qu'ailleurs dans le reste du réseau où le climat leur paraît plus compétitif.

On n'a pas peur de se faire voler nos jobs. Mettons si la nutritionniste enseigne à quelqu'un comment se donner ses injections d'insuline, moi je ne serai pas frustrée. Ça ne me dira pas : « Ben là! Elle commence à prendre ma job! » (IC-IM4)

Je ne cherche pas à performer. J'veux dire, performer comme on pourrait performer avec des critères du sud entre guillemets. (IC-PN7)

Malgré l'apparente facilité à obtenir un poste, plusieurs choisissent de demeurer à temps partiel ou sur appel, conservant ainsi plus de liberté sur leur horaire de travail. Toutefois, les participants qui ne sont pas permanents dans les communautés, soulignent qu'il est parfois plus difficile pour eux de faire valoir leur point de vue au sein de l'équipe. Malgré tout, il est inimaginable, pour eux, de travailler en vase clos puisqu'ils sont dépendants du personnel régulier qui connaît généralement mieux le milieu de travail et la clientèle.

Tu t'habitues, puis tu t'adaptes un peu aussi parce que tu dis, je ne commencerais pas à me chicaner pour rien. Je suis là moi juste une semaine [...] Probablement que si j'étais

à temps plein, à un moment donné je ferais des mises au point. Je ferais des mises au point, puis-je dirais bien je pense que ça devrait être fait comme ça. (IC-MN9)

5.3.3.5. La charge de travail

Tous les participants ont mentionné que leur charge de travail est importante et plusieurs déplorent le fait de manquer de temps pour la réalisation des activités interdisciplinaires. Par exemple, pour le personnel infirmier, la tâche est de fournir les divers programmes de santé communautaire, les services courants, les services d'urgence, les commandes de pharmacie, de matériel médical et de papeterie en plus d'assurer la gestion du personnel d'entretien, la préparation des rendez-vous en ville et le suivi des retours de consultation. À tout ça, s'ajoute la tâche de veiller au bon fonctionnement des appareils d'urgence, d'effectuer les transferts médicaux et d'assurer les périodes de garde en dehors des heures d'ouverture. De plus, la multiplication des programmes, l'alourdissement du travail administratif, la chronicisation des états de santé, l'augmentation des services et l'accroissement de la population font que, selon les participants, cette charge de travail à tendance à augmenter avec les années.

Un côté de notre travail qui est quand même important, tout ce qui est paperasserie administrative ce qui ne finit plus d'augmenter, de nous embourber, de nous rajouter du travail. Ce qui fait que des fois, on passe trop de temps au niveau de la paperasserie et un petit peu moins avec de nos patients. On n'a pas le choix de faire, on est obligé de faire ça en surplus de notre travail. (IC-IW1)

When you have a high caseload, it's good to have meetings to know where is everybody. But when the caseload is too busy, you don't have time. I don't even have the time to do the paper work. There is too much paper work. (IC-JG12)

Le fait d'être de garde souvent, bien tu ne dors pas de la même façon. Tu es toujours stressé qu'il y ait un appel. Des fois, ils n'appellent pas, mais tu dors juste sur une oreille parce que tu as l'impression qu'ils vont t'appeler ou tu te fais réveiller pendant la nuit à deux ou trois heures du matin. Tu ne te rends pas avant quatre, cinq heures. Le lendemain tu es fatigué. Puis là, ça vient que ça te suit tout le temps et à un moment donné tu pognes une grosse garde et tu deviens très, très fatigué. (IC-IN5)

Quelle que soit la taille de la communauté, les responsabilités demeurent presque les mêmes. Les gardes sont généralement moins occupées dans les plus petites communautés, mais les équipes étant plus petites, les tours de garde sont plus fréquents.

5.3.3.6. Influence de l'environnement économique sur la CI

Tout d'abord, la rémunération à salaire des médecins amène moins de protectionnisme que chez leurs collègues du sud, qui eux, sont payés à l'acte. Par conséquent, ils sont

généralement plus favorables à déléguer des activités qui leur sont traditionnellement réservées. Ceci permet l'exercice de la pratique en rôle élargi pour les autres intervenants. De plus, les médecins disent accorder plus de temps à chaque client. L'adoption d'une vision holistique de la clientèle fait que les médecins peuvent difficilement travailler en vase clos. Pour ce qui est des autres intervenants, le fait que leur rémunération soit additionnée de primes substantielles diminue la disparité salariale entre eux, ceci pourrait favoriser des relations plus égalitaires et ainsi contribuer à améliorer la connectivité. Ensuite, le fait qu'il soit généralement facile d'obtenir un poste sur le territoire, contribue aussi à diminuer le protectionnisme professionnel. Ainsi, le fait que certains intervenants réalisent des activités normalement réservées à d'autres catégories d'intervenants, n'est pas nécessairement perçue négativement. Au contraire, le chevauchement des tâches permet de sauver du temps et de se concentrer sur des activités plus spécialisées. Ceci contribue à diversifier la pratique des uns et spécialiser celle des autres participant au développement d'expertises utiles à tout le groupe. Mais, malgré la facilité à obtenir un poste, plusieurs intervenants préfèrent conserver des statuts à temps partiel ou agir comme dépanneurs. Cette situation entraîne l'instabilité du personnel qui, à son tour, occasionne surtout des problèmes d'interconnaissance. Ainsi, les importants mouvements de personnel discontinuent des relations souvent difficilement établies et peut ébranler la confiance mutuelle en plus de créer de la confusion dans la perception des rôles de chacun. Elle est aussi responsable de l'échec de nombreuses initiatives lié au départ de l'initiateur d'une activité. Le manque de ressources humaines renforce les sentiments de se sentir utile, la solidarité et l'impression d'interdépendance entre les membres de l'équipe. La collaboration interdisciplinaire est vue comme nécessaire dans ces circonstances car les intervenants peuvent difficilement se permettre de s'isoler professionnellement. Ensuite, le manque de ressources humaines amène les intervenants à se substituer l'un à l'autre. Cette expérience transdisciplinaire encourage les intervenants à diversifier leurs champs de compétence, à démocratiser les expertises et à partager leurs connaissances, à se rapprocher et à mieux se connaître. Finalement, le manque de ressources humaines possède évidemment son lot de points sombres comme le risque accru d'épuisement professionnel et le manque de temps pour l'organisation et la participation à des activités interdisciplinaires. Dans le même sens, l'importance de la charge de travail occasionne des

imprévus et il devient difficile de se réunir en interdisciplinarité. La lourdeur de la tâche implique pour les intervenants d'orchestrer leurs activités afin de gagner du temps.

En résumé, les variables contextuelles appartenant à l'environnement économique ou lié aux conditions de travail sont le mode de rémunération, le statut d'emploi, la disponibilité des ressources humaines et la charge de travail. Le type de rémunération influence surtout la dimension de la gouverne, puisque la rétribution à salaire des médecins et la diminution des disparités salariales entre les intervenants favorisent la démocratisation du leadership et une meilleure connectivité entre les intervenants. Le statut d'emploi influence aussi cette dimension, mais surtout du point de vue de l'expertise. La disponibilité des ressources humaines agit aussi sur la dimension de la gouverne, puisqu'elle encourage la connectivité, ainsi que sur la dimension de l'intériorisation de la collaboration, parce que la visée transdisciplinaire aide au rapprochement et à la solidarité entre les intervenants, donc à l'interconnaissance. De plus, elle influence indirectement la dimension de la formalisation de la régulation puisque qu'elle dicte la charge de travail. En effet, la charge de travail permet ou non de se réunir. La charge de travail influence aussi la dimension de la gouverne, puisqu'elle requiert une bonne connectivité entre les acteurs.

5.3.4. L'environnement socioculturel

L'environnement socioculturel constitue un environnement plus complexe composé de nombreuses variables contextuelles. Ces variables sont : l'histoire et la culture de société, l'histoire et la culture du milieu de soins, les cultures professionnelles, les caractéristiques des membres de l'équipe et celles de la clientèle, le climat de travail et l'histoire des liens non-professionnels.

5.3.4.1. L'histoire et la culture de société

Tout au long des entrevues, les participants ont fait référence à des éléments appartenant à la culture dominante dans le territoire en l'occurrence la culture crie. Auparavant, des cours portant sur la culture crie étaient offerts aux nouveaux arrivants. Toutefois, cette formation a été abandonnée pour des raisons inconnues des participants. Certains participants autochtones soutiennent que le manque de préparation culturelle concourt à ce que plusieurs particularités et règles de conduites propres à la culture crie demeurent méconnues des « étrangers » venant travailler en région isolée. Ainsi, leur pratique est souvent ponctuée de

malentendus et occasionne des stress supplémentaires. Les participants ont formulé quelques exemples de ces malentendus. Un des plus itératifs est que les Cris vont rarement dire 'merci' après une consultation avec un intervenant. Un nouvel employé peut considérer cette réaction comme du stoïcisme. Par contre, dans la culture crie, les remerciements peuvent être considérés comme superflus puisque l'intervenant fait quelque chose qui le rend heureux.

On doit apprendre de nous-mêmes en plus d'apprendre une autre culture. Il arrive que les infirmières manquent de respect face à la culture crie. Ça prendrait une semaine d'intégration culturelle dans un milieu familial cri parce qu'il y a beaucoup de règles de conduite que les blancs, qui viennent travailler, connaissent pas. (IC-IG10)

On m'a demandé mes diplômes, ce que j'ai fait, mais on ne m'a jamais demandé quelle était mon attitude face à la culture crie. Jamais personne ne m'a demandé ce que j'en pensais. Un psychologue me disait, que parfois quand il va dans des endroits faire du remplacement, on l'avertit que le comportement était un peu différent chez les Amérindiens et que le climat était différent. J'étais agréablement surpris qu'on l'avise de ça. (IC-MN9)

Du côté des blancs, on pourrait donner des cours de psychologie autochtone, des cours de culture autochtone, ça, ça serait aidant beaucoup, beaucoup, beaucoup, parce qu'il y a des blancs qui ont de la difficulté à saisir certaines attitudes ou certains comportements des autochtones, qui perçoivent ça comme un refus de collaborer ou une incompétence. S'ils en connaissaient un peu plus sur la réalité des autochtones, sur la culture, sur la psychologie autochtone, c'est une bonne partie, pas tout, mais une partie de ce ressentiment-là qu'ils peuvent avoir, diminuerait un petit peu. Alors, ça, ça pourrait être des choses qui aideraient beaucoup. (IC-PN7)

Un autre exemple de cette incompréhension est la divergence de l'interprétation que font les participants de la notion d'*Indian time*. D'un côté, l'*Indian Time* est vue comme le résultat de l'irresponsabilité chronique des gens. Ainsi, on interprète qu'ils sont souvent en retard ou encore qu'ils prennent une éternité à réaliser une tâche qui leur est confiée. De l'autre, cette notion est décrite comme le 'temps opportun'. Pour eux, il existe un temps idéal pour la réalisation de toute chose. Par exemple, le chasseur chasse, pas parce que c'est samedi ou congé, mais parce qu'à ce temps-ci de l'année, les oies sont là. Le médecin spécialiste peut toujours attendre, les oies, non.

Ils n'ont pas les mêmes valeurs. Ils n'ont pas le même rythme. Nous autres, on est un petit peu... plus boum, boum, boum. Il faut que ça marche. Envoye! Il faut que ça *goal*. Ça c'est spécial. L'*Indian Time*, c'est plus *slow*. Eux autres, ils ne mourront pas d'une crise cardiaque. En fait, c'est une belle façon de voir la vie, c'est une belle façon de voir les choses. C'est peut-être nous autres qui est pas correct. (IC-IN5)

Une autre particularité de la société cri est l'importance de la famille et de la communauté en tant que groupe. Ainsi, pour des raisons culturelles, leur implication dans les services de santé et services sociaux est obligée. Cette implication remédie, en partie, au manque de ressources dans le réseau. Plusieurs participants ont souligné l'importance que des représentants de ces groupes soient intégrés aux équipes des services de santé et services sociaux puisqu'ils sont les plus aptes à identifier les besoins du client.

We usually get the families involve when ever it comes to making a decision for an elder. We have to involve the family in the care and decisions. Especially when we have to provide home care. They know what they are able to do for their elders and what have to be done when the home care go home. (IC-SG12)

C'est vrai que les patients souffrant de santé mentale sont assez intégrés dans les communautés, mais de là à avoir des ressources au niveau thérapeutique ou de soutien dans la communauté. C'est pas là. Et dès que ces gens là sont moins décompensés, on sent souvent que les communautés veulent que ces gens là sortent des communautés, qu'ils aillent à l'extérieur pour recevoir les soins (IC-MM3)

Les communications entre intervenants cris se déroulent dans une des trois langues qui leur sont communes soit le cri, l'anglais ou le français. Toutefois, les travailleurs allochtones doivent souvent travailler avec des interprètes lors des consultations, puisque peu d'ainés ou d'enfants maîtrisent l'anglais ou le français et que peu d'intervenants allochtones s'expriment aisément en cri. En ce sens, les intervenants autochtones soutiennent que le contact avec la clientèle s'effectue plus aisément, car en plus de maîtriser le cri, ils ont souvent l'avantage de mieux connaître les réalités culturelles et contextuelles que le personnel allochtone.

De toute façon, les services sociaux ils parlent tous anglais ou français. Si c'était juste des gens qui parleraient juste le cri, là ça serait compliqué. (IC-IM4)

Yes, I understand. I understand how they feel. You know, they can talk to me more easily. They say: "I want to see here because I can express myself how I'm sick". Well, it's what I see. They can express themselves more clearly, in their own words. (IC-IN8)

Je pourrais demander le CHR puis les services sociaux, puis si la patiente est dans le bureau, la CHR vient avec moi puis elle renforce en cri avec moi. (IC-IW1)

Il est important de mentionner que malgré les apparentes difficultés d'adaptation de certains allochtones, le choc culturel semble se vivre plus intensément chez les intervenants nouvellement arrivés en territoire cri que chez ceux y travaillant depuis longtemps et ce, indépendamment du nombre d'années d'expérience professionnelle. Ainsi, tandis que le discours des nouveaux employés tend à décrire la relation interculturelle comme un défi, les

participants allochtones plus expérimentés au nord soutiennent qu'elle contribue positivement à leurs expériences de travail et de vie et est un incitatif à poursuivre leurs activités dans la région. De plus, les participants cris interrogés disent assez bien comprendre la culture des allochtones venant travailler ici. Ils disent avoir appris en les côtoyant dans les communautés ou lors de leurs sorties en milieu urbain ou encore, pendant l'exil vers les pensionnats du sud que plusieurs ont vécu. Le choc culturel paraît donc moins grand pour eux. Par contre, malgré les difficultés soulevées par les allochtones, les intervenants appartenant à la nation crie ne ressentent pas la responsabilité d'enseigner leur culture aux allochtones.

C'est sûr que ces gens-là ont leurs défauts et leurs qualités comme nous autres on a nos défauts, nos qualités, les *Non-Natives* comme on dit. Je te dirais qu'en général, ces gens-là, ils nous apportent beaucoup. (IC-IW1)

J'adhère bien, moi, au rythme de vie. Plus *slow*, moins carré. Il y a des désagréments comme... Bon, tu arrives, puis ils avaient oublié que tu venais, puis tu n'as pas de place. Il faut que tu ailles à l'hôtel ou bien des clients qui ne se présentent pas, mais moi je suis plus à l'aise avec ça. Je m'accommode très bien en fait de ça. Plutôt bien. Je m'accommode mieux de ça que dans un milieu très rigide. (IC-PN7)

I work here since many years with the nurses, so I know them. Even though they are new now, but I still know them. (IC-JG12)

If the nurse really wants to know what there is in this community... I don't know what they like. I don't want to know what they are doing during the weekend. Maybe the other nurses, on their own, try to figure out! (rires) (IC-CN6)

Ainsi immergés dans la culture crie, qui est la culture dominante, les travailleurs allochtones doivent constamment composer avec leur statut d'étranger qui présente son lot d'inconvénients mais aussi certains avantages. Les inconvénients sont faciles à imaginer : isolement social, incompréhension culturelle, commentaires racistes ou encore impression de ne pas être désiré par les autres collègues autochtones ou par la clientèle. Mais ici encore, les participants allochtones d'expérience en territoire cri semblent mieux vivre avec ce statut.

C'est comme, on n'est pas aimé, mais on est essentiel. Une fois, je me suis fait dire par une Crie : « Vous êtes un mal essentiel » C'est quelque chose ça. Ils ne veulent pas nous voir ici, mais on ne serait pas là et ça ne marcherait pas. Ils n'en ont pas d'infirmières cries, c'est pour ça qu'ils font appel aux blancs. (IC-IN5)

Si ces gens-là sentent que tu ne les juges pas et que tu les respectes, puis qu'ils sentent qu'à quelque part tu as un intérêt, puis que tu es capable de faire la différence à cause de leur culture différente. Puis que tu ne vas pas arriver avec ton sens moralisateur de blanc bec du sud. Puis, que tu as appris un peu que ces gens-là sont de même. Je pense

qu'à quelque part ces gens-là sont très ouverts d'esprit, puis ils vont tout te dire sans aucune distinction. Ces gens-là vont s'ouvrir. Moi, c'est avec le temps que les gens s'ouvrent. Comme je te disais au départ, si tu arrives, puis que tu as une bonne ouverture d'esprit, puis je pense que les gens qui viennent travailler dans le nord c'est des gens ouverts d'esprit, c'est des gens qui s'adaptent facilement. (IC-IW1)

Du côté des avantages, une participante allochtone mentionnait que son statut d'étrangère lui permettait de maintenir une position plus ferme devant certaines demandes abusives de la clientèle. Pour elle, le personnel autochtone est plus vulnérable au harcèlement de la part de la clientèle. Cette information n'a cependant pas pu être corroborée par les participants autochtones.

Moi dire non à un Cri ça ne me dérange pas. Je suis moins impliquée, je ne suis pas impliquée socialement moi dans ce village-là. C'est une grosse différence. C'est une très grosse différence. (IC-IN5)

Donc, des différents éléments portant sur la culture de société crie, il est indispensable de retenir que l'intégration à une nouvelle culture peut être ardue pour les personnes ne provenant pas du territoire. De plus, l'abandon de la formation d'introduction à la culture crie fait que certains intervenants allochtones se trouvent en choc culturel, étant mal préparés à rencontrer une culture différente de la leur. La réintégration de ces cours a été identifiée par plusieurs participants autochtones et allochtones comme un élément pouvant favoriser la relation entre les deux groupes. Aussi, il est important de retenir l'importance de la famille et de la communauté dans les services de santé.

5.3.4.2. L'histoire et la culture du milieu de soins

Historiquement, les infirmières ont été très impliquées dans les services de santé dans la région et sont arrivées avant les autres professionnels. Suivant les missionnaires et les employés de la compagnie de la Baie d'Hudson, elles ont façonné les services offerts dans les dispensaires de la région. Au fil des ans, d'autres intervenants se sont ajoutés. Parmi eux, les premiers médecins réguliers, les intervenants sociaux et d'autres sont venus peu à peu modeler l'image des services de santé et prendre la relève du personnel infirmier.

The social services came here in 1980. (IC-JG12)

Il y a 16 ans, je veux dire, les sociaux, ça n'existait pratiquement pas. On n'avait pas de nutritionniste, on avait des médecins qui visitaient au six, huit semaines, et puis il fallait accomplir toutes les tâches administratives. Puis aujourd'hui, les coordonnateurs locaux font pour les villages qui en ont, et puis aujourd'hui c'est de même, mais avant c'était l'infirmière qui était en dispensaire, qui devait s'occuper de tout ça. Des fois les gens aujourd'hui ont tendance à oublier ça. (IC-IW1)

Toutefois, le travail en rôle élargi exercé dans la région, notamment par le personnel infirmier, qui réfère à l'exécution d'activités généralement réservées à d'autres groupes professionnels, n'est pas qu'un héritage historique. Cette pratique élargie, est encore de nos jours une pratique nécessaire compte tenu de l'éloignement et du manque d'effectifs professionnels.

C'est inévitable à cause des effectifs, il y a quand même peu d'effectifs médicaux. Donc ça toujours été par la force des choses qu'il y a fallu des infirmières en première ligne depuis longtemps. (IC-MM3)

Aujourd'hui, la pratique en rôle élargi s'est étendue à d'autres catégories de professionnels et paraprofessionnels de la région. Même si parfois, la notion de limites professionnelles est nébuleuse, la pratique professionnelle en rôle élargi est généralement bien acceptée par l'ensemble des participants. Aucun participant n'a formulé le souhait de retourner à des pratiques professionnelles plus traditionnelles. Au contraire, les participants se disent heureux du travail qu'ils accomplissent en référence à l'absence de routine, à leur polyvalence et à leur niveau d'autonomie professionnelle.

Le travail ici, c'est tellement moins routinier, me semble que c'est tellement moins plate. En tout cas, peut-être que c'est pas fait pour tout le monde non plus; il y a des gens qui aiment leur routine. Tant mieux, eux autres, ils garderont leur job (rires), ils garderont leur job de routine. (IC-IM4)

Ce qui m'a incité à rester, c'est qu'à tous les jours j'avais un défi différent au travail. Il y a avait quand même des défis dans mon travail au sud, mais je me sentais plus dans une routine. Au nord, là je tombais dans une autre pratique complètement différente. J'avais plein de choses à apprendre. (IC-IW1)

Plusieurs participants du domaine de la santé souhaitent que les pratiques en rôle élargi, inhérentes à plusieurs régions isolées, soient mieux connues ailleurs. Ceci pourrait contribuer, selon eux, à obtenir plus facilement la collaboration des autres professionnels du milieu urbain. De plus, plusieurs d'entre eux idéalisent la pratique en rôle élargi et croient que la culture du milieu de soins des régions isolés et nordiques aurait avantage à être exportée ailleurs en province pour améliorer l'accessibilité aux services de santé et réduire les coûts.

Pourquoi la petite fille qui se présente à l'urgence de Ste-Justine qui a une otite évidente, qui fait 40 de fièvre, qui a mal à l'oreille va attendre huit heures à l'urgence pour voir un pédiatre de garde alors qu'une bonne infirmière clinicienne pourrait faire le triage pis régler le cas rapidement. (IC-MM3)

Donc, la culture du milieu de soins sous-entend la notion de rôle élargi qui influence les relations entre intervenants à cause du chevauchement professionnel qu'il occasionne. Toutefois, cette culture du milieu de soins semble généralement bien établie et acceptée de la plupart des intervenants, qu'ils soient autochtones ou allochtones.

5.3.4.3. Les cultures professionnelles

Il semble exister des réalités contextuelles qui peuvent confronter ou déstabiliser les membres d'un corps professionnel. À travers le discours des participants, il a été possible d'identifier trois confrontations réelles ou potentielles liées à la culture professionnelle. Ce sont: la culture professionnelle versus la culture autochtone; la culture des professionnels de la santé versus celle des services sociaux et la culture médicale versus la culture infirmière.

5.3.4.3.1. *La culture professionnelle vs la culture autochtone*

Malgré l'intégration de nombreux intervenants autochtones dans les postes de cadres, de soutien ou encore du côté des services sociaux, les participants déplorent qu'il y ait encore très peu de professionnels de la santé d'origine crie. En effet, on compte moins d'une dizaine d'infirmières crie et le premier médecin crie est toujours en formation. Une explication donnée par les participants est que la logique professionnelle peut parfois être en opposition avec la logique autochtone. Les services de santé et services sociaux ont été importés du système du sud et ces participants signalent qu'il faut poursuivre l'effort de les adapter au milieu et à la population locale. Cette 'autochtonisation' des services de santé et services sociaux de la région, s'inscrirait dans un processus d'autodétermination. Par exemple, le CCSSSBJ travaille actuellement à un projet de centre de jour multiservices où la clientèle de tous âges pourra recevoir des services culturellement adaptés.

At first, when I started in nursing, I thought I was lost also with my culture. Cause I wanted to understand more that what I felt. I should go to refresh my culture because I never heard that. Well there was some stuff that I was never aware how it's happened. So I wanted to know. Long time ago...the history. (IC-IN8)

Les travailleurs sociaux n'existaient pas dans les milieux autochtones. Alors, c'est ça. Ça a été comment appliquer les services sociaux en milieux autochtones, c'est ça qui est problématique. (IC-PN7)

La notion d'*Indian time* est clairement identifiée comme un obstacle à l'efficacité des services de santé offerts dans la région et donc à la logique professionnelle. Il est

intéressant d'observer que cette idée n'est pas uniquement partagée par les participants allochtones mais aussi par des professionnels autochtones.

On ne se traîne pas les pieds, on travaille. Je ne suis pas toute seule comme ça mais des fois c'est difficile à faire comprendre, parce que des fois tu demandes 4 ou 5 fois : « Est-ce que tu veux me donner cette information-là? Est-ce que tu peux faire des recherches? » Tu demandes quelque chose, mais tu vas l'avoir dans une semaine... pour demain, ça n'existe pas. Il ne faut pas être pressés mais souvent dans le milieu médical, tu as besoin d'une information et il te la faut vite. Il faut que j'apprenne à vivre avec ça, c'est une autre façon de vivre pour moi aussi. Ça, c'est très dur pour moi personnellement, puis ça doit être dur pour les gens qui me supportent aussi car ils ne sont pas habitués à ça. (IC-IN5)

I don't believe in *Indian time* when I work as a nurse. *Indian time* is not fair for the others clients. Especially when you have to do like programs. There is an appointment for somebody waiting, you know and then, we have to doing fast. So *Indian time* for the programs, it's not very good. (IC-IN8)

Puis, moi ce qui m'a le plus aidé dans ma vie personnelle c'est que ces gens-là vivent au jour le jour. Aujourd'hui, c'est aujourd'hui, demain on verra. Puis, c'est sûr qu'au niveau travail, nous autres, on est des planificateurs. On est obligé d'avoir des cédules, puis de planifier nos affaires, mais je te dirais qu'il y a des choses qu'à un moment donné on n'a pas besoin de planifier, puis qu'on aurait tendance à planifier. Avec le contact de ces gens-là, c'est peut-être un petit côté qui nous amène un apaisement, un calme...un lâché prise aussi un peu, mais par contre tu gardes toujours ton mordant quand il arrive quelque chose de grave. (IC-IW1)

Il existe également un terrain de confrontation entre la médecine traditionnelle crie et l'approche biomédicale pratiquée par les professionnels de la santé. Plusieurs de ces professionnels de la santé conviennent que l'approche biomédicale basée sur les données probantes (*Evidence Based Medicine*) est parfois peu adaptée au contexte des régions isolées, puisque les études à la base de ce savoir ne tiennent pas nécessairement compte des réalités contextuelles comme la distance, les coûts ou la culture. Les professionnels doivent donc adapter leurs pratiques aux réalités locales. Toutefois, l'introduction des médecines traditionnelles ne fait pas l'unanimité. Le principal problème soulevé est que ces méthodes ont fait l'objet de peu de recherche.

Moi, si quelqu'un me dit: « Fait tremper un petit pois, mange le, puis ton cholestérol va baisser ». Fais ce que tu veux, moi si j'ai des bons résultats moi je vais être content, mais à condition qu'on le fasse de façon logique. Si tu me dis que tu vas prendre la médecine traditionnelle et si ta médecine traditionnelle fonctionne, parfait! Mais si elle ne fonctionne pas, puis tu ne veux pas prendre tes médicaments. Si tu veux faire des recherches expérimentales, moi je suis là pour traiter. Je te suggère des médicaments, si tu ne veux pas les prendre, tu es peut-être mieux de ne pas venir me voir.[...] Il y a probablement des choses traditionnelles qui peuvent fonctionner. Je ne mets pas en doute cette possibilité-là, mais que ce soit fait dans un contexte clair et un peu plus scientifique (IC-MN9)

You can't put something in somebody's mind that they don't believe... You know they come here and they don't accept the culture. That's what I say. "Ah they shouldn't do that, they should do that". Cause some people they believe in traditional medicine, you know. When they go in the bush they applied some stuff. So when they come in the clinic, they say: "Ah! you shouldn't do that!" That's cultural. They don't understand. (IC-IN8)

And he had a lot of ear infections and bronchitis. And they give him, all of different kind of antibiotics. He didn't get better. So we went to see Medicine Man. So the Medicine man went to make a brew of some plants and the naturals.... And then the doctor told me: "If you do that, you're the one that will commit suicide to your son. (IC-JG12)

Un autre terrain glissant s'ajoute à la confrontation entre savoir traditionnel et approche biomédicale dans la notion de confidentialité. Cheval de bataille des codes de déontologie de plusieurs professions, la confidentialité demeure un concept plutôt abstrait dans le milieu cri.

Professional means to me, just leaves everybody out. But that's not the way that used to be. Everybody was open to everybody. The confidentiality has not such a meaning in Cree. Here everybody knows everybody's business. Everybody who wants to get involved in another person's relationship or affairs, they get involved! (IC-JG12)

Au niveau de la confidentialité, ça c'est un gros dossier, très complexe et très problématique [...] Ça c'est quelque chose de très particulier au nord aussi. La confidentialité des notes, parce que les secrétaires, les concierges c'est des gens de la place. Ils voient les dossiers passer. Alors, moi je ne laisse pas de notes, en général, dans le dossier médical. Je vais écrire vu ou pas vu. Ou alors dans certaines communautés, il y a un cartable avec les personnes que j'ai vues ou pas vues. Donc, l'infirmière peut voir si la personne a été vue ou pas. Je ne laisse pas d'autres notes en général. (IC-PN7)

Souvent les gens viennent nous voir parce qu'ils ne veulent pas les voir. C'est un problème social, mais ils ne veulent pas aller voir les travailleurs sociaux parce qu'ils ont peur du manque de confidentialité. Ils se connaissent tous dans le village, donc ils ne veulent pas nécessairement que ces gens-là sachent leurs problèmes. Donc, on se retrouve avec beaucoup de travail par rapport au milieu social. (IC-IN5)

Et finalement, la religion est une autre particularité de cette région pouvant entrer en conflit avec la culture professionnelle. Très présentes dans la population mais aussi chez certains travailleurs de la santé et des services sociaux cris, les croyances religieuses peuvent discorder à l'occasion avec certaines valeurs professionnelles.

Sometimes when I feel I won't be able to do it, sometimes I have to say a prayer first, and then it seems that I forget the things that were falling out on me. And I concentrate on what I have to do... to give services to the community. (IC-CN6)

5.3.4.3.2. *La culture des services de santé vs services sociaux*

En arrivant dans les points de services CLSC, il est frappant de constater que les équipes des services de santé sont majoritairement allochtones alors que celles des services sociaux sont presque exclusivement autochtones.

Il reste le fossé entre blancs et autochtones aussi. Du côté médical, c'est les blancs et côté social, c'est des autochtones. (IC-PN7)

Les services sociaux sont présentés par les intervenants des services de santé, comme détenant une bonne connaissance de la clientèle et de leur situation. De l'autre côté, les intervenants des services sociaux reconnaissent les connaissances et la rigueur scientifique des intervenants des services de santé et demandent leur soutien pour l'évaluation de certains clients. En ce sens, tous les participants conviennent que ces deux services doivent travailler ensemble. De plus, ils mentionnent que cette interdépendance est encore plus importante lors des périodes de garde ou encore lorsque se produisent des événements traumatisants pouvant ébranler des équipes entières.

Sometimes, I will refer the client to the doctor for an evaluation like if I know there is a high risk then I have to refer to the doctor for evaluation. And then, after that, like I would meet at that person on, maybe, a weekly base. [...] It's important to communicate with each other, to get an update. Like sometimes with the nurse or with the doctor, it's good to be able to work together. (IC-SG12)

We have to call the nurse after the working hours if a woman or a child were seriously injured. We have to call the nurse-on-call. The nurse is always there when we call. (IC-JM2)

We saw the patient and then you refer the patient to the social service to observe the environment or stuff like that. (IC-IN8)

Parce que si c'est un problème de *compliance*, des fois avec les services sociaux, ils peuvent voir les gens, les rencontrer, faire une supervision, le CHR aussi. C'est sûr qu'on va faire venir des gens qu'on sait qu'ils vont nous être d'un support dans un problème spécifique. (IC-IW1)

Des participants des services de santé signalent que les relations sont parfois tendues entre ces deux services. Notamment, les participants dénoncent ce qui leur semble être du laxisme de la part de certains intervenants des services sociaux ou encore, ils disent que puisque la plupart des intervenants sociaux proviennent des communautés, il est souvent difficile pour eux de compléter leurs interventions. Selon eux, ceci entraîne un déséquilibre dans la répartition du travail où les services de santé se retrouvent avec une tâche plus lourde.

Dans l'histoire, il y a sûrement eu une rupture entre les services de santé et les services sociaux Cris. Il serait intéressant de savoir quand et pourquoi. (IC-IG10)

I went to the social services just to make coffee and they told me "I thought you have coffee over there, at the clinic" I said: "I thought that we are working for the same organization." [...] We are supposed to work for the same people. (IC-IN8)

Il y a toute sorte d'obstacles à la communication entre les services. La difficulté à se comprendre, dans le sens de comprendre les rôles de chacun, la peur de se faire blâmer. C'est-à-dire souvent du côté médical, les infirmières ou médecins vont dire : « Ben ça relève des sociaux, c'est eux autres qui devraient s'occuper de ça ». Ils vont leur lancer le cas. Les sociaux, souvent démunis par manque de formation, manque de temps, surcharge de cas ou trop de problèmes personnels, parfois arrivent mal à répondre. Ils deviennent mal perçus par les médicaux et là, il se crée une tension entre les deux qui ne favorise pas la communication. Parfois les médecins vont dire : « Ça me tente même plus de leur référer des cas parce qu'il ne se passe rien. » À l'inverse, les sociaux vont souvent demander des évaluations psychiatriques ou médicales. Ils vont aussi vivre de la frustration par rapport à ça parce qu'ils ont de la misère à les avoir. (IC-PN7)

Du côté des intervenants des services sociaux, ils perçoivent plutôt ces relations avec les intervenants du milieu de la santé comme occasionnelles et ils semblent y accorder peu d'importance. Ils dénoncent cependant le mode de communication favorisé par les intervenants de la santé, soit la consultation papier, au détriment de prendre le temps de s'asseoir avec eux. Pour eux, les intervenants de la santé sont trop pressés.

You know, when... (souples... silence) when you feel that the persons, they don't want to listen or they don't want to take the time. What frustrates me sometimes is when you talk to somebody and this person is in a hurry. You know what I mean... (IC-SG12)

Toutefois, ces difficultés entre les travailleurs de la santé et ceux des services sociaux ne semble pas nécessairement liée à la confrontation des cultures de société. Des participants des services de santé autochtones (infirmière et CHR) ont aussi mentionner que les relations sont parfois difficile avec les services sociaux.

5.3.4.3.3. *La culture médicale vs la culture infirmière*

Les médecins et le personnel infirmier sont en contact quotidien. Les membres du personnel infirmier se trouvent en première ligne où ils offrent des services d'urgence et des services courants sous forme de clinique sans rendez-vous. Ils assurent également les programmes de santé communautaire comme la santé des enfants de 0 à 5 ans, la santé scolaire, la santé maternelle ou encore la santé des personnes atteintes de maladies chroniques. Ces fonctions nécessitent l'adoption d'une pratique en rôle élargi qui leur permet une plus grande latitude, tout en étant encadrées par des protocoles locaux. Au besoin, le personnel peut joindre le médecin en face à face, où encore au téléphone pour les

plus petites communautés où il n'y a pas de médecin permanent. Les médecins sont donc placés en deuxième ligne. En plus d'épauler le personnel infirmier, ils reçoivent la clientèle pour des suivis médicaux sur rendez-vous tout en demeurant disponibles pour les urgences.

Les participants de chaque profession se disent très satisfaits des relations entretenues avec les membres de l'autre profession. Malgré cette étroite relation, les participants de chaque profession s'entendent pour dire qu'ils apprécient leur travail pour l'autonomie qu'il offre. Les infirmières disent qu'il existe peu de hiérarchie entre les intervenants comparativement à ce qu'elles ont pu expérimenter dans d'autres milieux de pratique. Les gens s'appellent généralement par leur prénom plutôt que par leur titre. Aussi, le fait que la majorité des médecins et des membres du personnel infirmier soit allochtone et partage ainsi le statut d'étranger favorise la naissance de rapports plus collégiaux entre les professionnels.

J'ai toujours été heureux et satisfait du travail ici. D'être médecin et en deuxième ligne où vraiment on va s'occuper des cas les plus compliqués, des problématiques de santé alors que les infirmières nous le démontrent depuis longtemps qu'elles font un excellent travail en première ligne. (IC-MM3)

J'ai travaillé en équipe avec des médecins, puis les médecins étaient là dans ce temps-là. C'étaient des coéquipiers de travail qui avaient à cœur à nous montrer beaucoup de choses. Puis il y avait des gens qui voyaient en nous. Il dit : « Peut-être toi tu serais bon pour travailler dans un dispensaire, viens ici, on va te montrer à faire des points de sutures. (IC-IW1)

Au niveau de l'approche, je veux dire dans le staff, il n'y a personne qui va appeler Jacques (nom fictif), Dr Untel. Si quelqu'un l'appelle Dr Untel, il va dire : « Voyons. Qui c'est ça? ». J pense en partant, il y a plusieurs barrières qui sautent (IC-IM4)

De plus, les infirmières soutiennent que le fait d'être et de se sentir outillées et compétentes, les aide à prendre leur place et à s'affirmer au sein de l'équipe comprenant des médecins, d'autres professionnels et des infirmières.

On travaille plus ensemble, on se connaît plus, on se fait plus confiance. [...] Moi, je trouve que ça part une collaboration plus égale, une relation plus égale le fait qu'il n'y ait pas de hiérarchie. Notre rôle élargi, on le sait et on l'apprécie aussi. Mettons que ça nous permet de prendre notre place. Des fois, le médecin arrive et me demande qu'est-ce que tu ferais avec ça. Dans le sud, tu ne verras jamais un médecin consulter une infirmière. Mais ici, ça se fait. (IC-IM4)

Aussi, il existe des outils pour faciliter la relation entre les deux groupes de professionnels. Par exemple, des feuilles pour faciliter les communications téléphoniques lors de la consultation pour un usager. Des rencontres entre les deux groupes de professionnels semblent également s'organiser sur une base régulière, même hebdomadaire pour certains

points de services. Généralement, l'un ou l'autre commandera une réunion spéciale pour la discussion d'un cas.

They (Les médecins) give us a sheet to follow, with patient name, age and everything. So it's very clear for them, they have a quick picture. We have to be structured. (IC-IN8)

Néanmoins, dans toute cette harmonie, il est possible de déceler une divergence d'opinion quant à la définition de limites professionnelles pour le personnel infirmier. Alors que les membres du personnel infirmier tendent à décrire les limites de leur pratique comme étant celles de leurs compétences ou connaissances personnelles, ce qui fait que les limites peuvent varier d'un individu à l'autre, les médecins soutiennent plutôt que les limites professionnelles du personnel infirmier dépendent de la latitude qu'eux acceptent de leur laisser. Toutefois, aucun participant n'a fait état de cette opposition de point de vue entre les deux groupes. Cette dissemblance de vision a été décelée à la relecture des entrevues.

On est responsable du travail des cliniciennes et des prescriptions des cliniciennes. Moi, je n'ai jamais senti de stress ou de pression là-dedans parce qu'il faut penser au patient qui est là aux services de première ligne, peu importe la légalité et c'est en respectant et en donnant de la latitude aux cliniciennes de faire leur rôle de première ligne et d'être derrière et de les *backer*, de les conseiller. Ça reste à l'infirmière clinicienne de gérer les cas avec, quand même des bémols sur l'urgence ou la sévérité du cas. (IC-MM3)

On la prend cette place-là... peut-être ou peut-être que c'est les médecins qui en laissent plus? (IC-IM4)

S'il y avait un médecin en place, comme cette semaine, bon il n'y a rien là. Cette semaine, je suis de garde, mais ce n'est pas grave qu'il arrive n'importe quoi quand le médecin est là. Tu remets ta responsabilité sur le médecin. (IC-IN5)

Malgré tout, les participants des deux groupes professionnels s'entendent sur le fait que les limites professionnelles sont flexibles et peuvent aussi être dictées par l'urgence d'une situation. Ainsi, des infirmières reconnaissent qu'elles n'hésitent pas à dépasser les limites de leur pratique, si la santé du client le requiert. Elles cherchent au préalable l'accord du médecin avant de s'exécuter, si c'est possible de le rejoindre dans un délai raisonnable. De plus, même si le personnel infirmier travaillant en rôle élargi mentionne exercer plus d'autonomie professionnelle, les médecins semblent avoir encore le dernier mot sur les autres groupes de professionnels.

La cardio, c'est ma bibitte noire, j'y travaille. C'est sûr que je sais que je suis plus limitée, ce n'est pas ma branche forte. C'est certain que je vais appeler le médecin. Une autre infirmière va elle peut-être consulter un peu plus tard. (IC-IM4)

Moi je me souviens là des cliniciennes de Chissassibi dans le temps où les infirmières ont été 'barouettées' en disant qu'il y avait suffisamment d'effectifs médicaux. Là les infirmières, vous retournez à votre rôle traditionnel: température, pouls, tension pis triage pis les médecins voient les patients. Mais dès qu'il y a une pénurie de médecin, ben là venez-vous en, vous faites la job. C'est un peu tensionnel en tout cas je me souviens (IC-MM3)

Des participants ont mentionné que certains médecins paraissent inconfortables face au rôle élargi du personnel infirmier. Toutefois, il ne s'agit pas d'une majorité et ceux ayant participé aux entrevues disent ne pas éprouver de problème en ce sens. Cette situation semble davantage se vivre à l'arrivée de personnes externes, comme des médecins venant en dépannage.

C'est pas évident, je le sais comme médecin, de déléguer, d'accepter ce fonctionnement-là. Moi, j'ai toujours fonctionné un peu comme ce que j'ai vécu dans le sud où il y a des spécialistes et où on est en première ligne, nous les médecins. Le spécialiste était consultant puis le patient demeurait ton patient à toi. Et c'est toi qui gères les soins. Moi j'ai toujours fonctionné au nord comme ça [...]. Mais c'est ce qui est souvent difficile pour les médecins, soient dépanneurs ou même pour certains médecins permanents c'est qu'ils ne sont pas capables de déléguer à ce niveau là. (IC-MM3)

Ici dans le nord je trouve que les infirmières ont certains pouvoirs qu'il faut que tu t'adaptes. Ça dépend toujours du contexte. La question, c'est peut-être de savoir quand chacun connaît son rôle, puis connaît ses limites. Une infirmière qui va être compétente va me suggérer des choses, il n'y a pas de problèmes. (IC-MN9)

En résumé, les confrontations entre les différentes cultures professionnelles existent. De plus, il est permis de croire que la relation médecin infirmière, malgré quelques petites ambiguïtés en regard de la définition des limites professionnelles, se vit plutôt bien. Toutefois, en ce qui concerne la relation entre les intervenants de la santé et les intervenants sociaux, le débat dépasse le cadre des rivalités professionnelles traditionnelles et doit considérer la perspective interculturelle. Ceci peut amener à croire que les mesures de rapprochement entre les différents groupes professionnels doivent être différentes de ce qui est actuellement initié dans le reste du réseau de la santé.

5.3.4.4. Les caractéristiques professionnelles

Les intervenants rencontrés comptent entre un et 25 ans d'expérience de travail au nord. La plupart des intervenants autochtones rencontrés ont acquis l'ensemble de leur expérience de travail dans les communautés crie du territoire et travaillent dans leur communauté d'origine. Certains ont également travaillé dans d'autres communautés de la région. Pour ce qui est des intervenants allochtones, ils possèdent tous une expérience de travail au sud et

certains ont également travaillé à l'étranger ou encore auprès d'autres groupes autochtones comme les Inuits. Ils se sont généralement promenés à l'intérieur du territoire cri et certains d'entre eux ont même travaillé dans les neuf communautés du territoire. La plupart des participants allochtones disent avoir une aversion pour le travail routinier qu'ils décrivent comme ennuyeux et certains disent avoir été déçus par leur expérience de travail au sud. Les autres disent être dans la région pour expérimenter quelque chose de différent et faire face à de nouveaux défis professionnels. La plupart des participants rapportent que leur pratique est motivante mais exigeante relativement à l'importante charge de travail et aux responsabilités. Aussi, ils disent être versatiles, curieux et débrouillards. Et, puisque le rôle élargi s'apprend sur le terrain plutôt sur les bancs d'école, l'expérience clinique est souvent très valorisée aux dépens des diplômes.

I wanted to get a more challenging experience. 'Cause we don't have doctor here, you're on your own. It's what I need for the moment, an experience. (IC-IN8)

5.3.4.5. Les caractéristiques éducationnelles

Les participants ont souvent fait référence à leur formation et à celle des autres membres de l'équipe. Pour ce qui est de leurs formations initiales, elles semblent assez diversifiées. Les membres du personnel infirmier et médical disposent tous d'une formation académique reconnue par le Ministère de l'Éducation et sont diplômés de collèges ou d'universités. Toujours du côté de la santé, les CHR ont reçu, quant à eux, leur formation au sein d'un programme spécifique offert à Chissassibi. Pour les intervenants sociaux, la formation initiale est très disparate, passant de la formation 'sur le tas', à la formation universitaire en travail social. Les participants allochtones mentionnent que leur formation initiale les a peu préparés à la pratique en milieu isolé. Notamment, certains d'entre eux disent que leur formation initiale insiste peu sinon pas du tout sur le travail interculturel.

Ma formation en psychologie interculturelle ou en intervention en milieux nordiques, je l'ai apprise sur le tas. (IC-PN7)

Aussi, peu d'entre eux connaissent la formation qu'ont reçue les autres membres de l'équipe. Par exemple, un médecin se disait inquiet du manque d'uniformisation de la formation des infirmières.

Si elles avaient tous la même formation, une formation pareille c'est sûr que ce serait plus agréable. Mais dans le meilleur des mondes possibles ce serait bien, il y a une pénurie d'infirmières. Venir dans le nord, ce n'est pas toutes les infirmières qui sont

intéressées à venir dans le nord. Il faut quand même être réaliste jusqu'à un certain point, puis peut-être aider à donner une meilleure formation. (IC-MN9)

De plus, les commentaires des participants allochtones abondent en références à la formation initiale des intervenants sociaux. La tendance est unanime, tous la jugent insuffisante.

Quand tu arrives ici tu te rends compte que le service social ça ne vaut pas grand chose, parce que ce n'est pas des vrais travailleurs sociaux.[...] Je ne sais pas quel genre de formation, ils ont reçu. Je ne sais pas combien de temps ils l'ont reçue. Tout ce que je sais c'est qu'à chaque fois qu'on leur pose une question, qu'ils ne savent pas la réponse. (IC-IN5).

Là, c'est sûr qu'ils essaient d'autochtoniser les postes le plus possible, puis je suis d'accord avec ça. Mais là c'est comme si quelque part, au niveau du recrutement, ils auraient peut-être de la difficulté à rencontrer des gens qui seraient adéquats dans cette position-là. Je suis d'accord de ne pas embaucher des gens qui n'ont pas la formation. Ça prend des gens qui ont une certaine formation. (IC-IW1)

Et face à la maladie mentale, les travailleurs sociaux... les intervenants sociaux nous le disent qu'ils manquent de formation, ils ne savent pas comment approcher les patients avec des problèmes de santé mentale [...]. On va souvent verbaliser parce que moi, j'ai toujours pris beaucoup de temps, parce que je savais. Ils vont chercher l'aide où ils peuvent. C'est souvent que ça revenait soit à l'infirmière, soit à nous. Quand il y a une crise de santé mentale, c'est ici qu'ils nous les amènent les patients. (IC-MM3)

C'est sûr que si la travailleuse sociale, c'est la femme qui faisait le ménage il y a deux mois, peut-être qu'elle n'a pas la formation adéquate. Donc, c'est un peu difficile et je comprends le contexte qu'on veut donner de l'emploi aux gens du village. (IC-MN9)

Pour améliorer la collaboration, je ne suis pas sûr, mais une chose que je pense que d'améliorer la formation des intervenants sociaux ça serait la première chose. Améliorer leur formation. Leur rendre disponible du *counseling*, beaucoup plus qu'ils en ont. Intégrer dans leur formation beaucoup de *counseling* personnel pour qu'ils se sentent plus solides. (IC-PN7)

En plus de la formation initiale, les participants disent que la formation en cours d'emploi est essentielle pour ne pas devenir dépassé lorsqu'on travaille en région isolée. Certains participants ont mentionné que dans le passé, ces formations ont déjà été données conjointement au personnel infirmier et aux intervenants sociaux. Cette formule semble avoir été mise de côté depuis pour des raisons inconnues des participants. Pour le personnel infirmier, la pratique en rôle élargi s'apprend peu dans les établissements académiques. L'enseignement se prodigue plutôt dans le milieu de travail et lors de formations offertes par l'employeur. Donc, le nouvel intervenant allochtone en région isolée doit, en plus de s'adapter à un nouveau milieu et à une nouvelle culture, apprendre une nouvelle façon de travailler. En ce sens, les collègues deviennent une source indispensable d'informations.

Les participants disent que la consultation entre collègues disciplinaires ou interdisciplinaires est généralement encouragée et valorisée. Malgré tout, des infirmières ont mentionné que la formation à l'embauche est parfois insuffisante.

On est 'garoché' ici nous autres, comme ça! (IC-IN5)

C'est beaucoup de choses à apprendre, puis c'est sûr que c'est stressant pour une infirmière qui arrive dans un dispensaire. [...] L'intégration, la semaine d'intégration c'est fait pour ça. Puis, souvent la personne elle va être de garde avec la personne qui fait l'intégration, puis l'autre va écouter au téléphone sa conversation téléphonique. (IC-IW1)

Du côté des intervenants sociaux, les participants ont mentionné avoir reçu des formations sur l'intervention en situation de crise. Plusieurs participants autochtones semblent accorder une grande importance au transfert de connaissances d'une personne expérimentée à un nouvel employé. Cependant, ils dénoncent le manque d'intérêt des nouveaux employés et des instances décisionnelles du CCSSBJ pour les connaissances des plus anciens.

Since I've been here, I see another problem, like created from not using the previous workers experience. (IC-SG11)

If I was asked if I could give training to my coworkers or for new person in my profession, I want go for it. (IC-CN6)

5.3.4.6. Les caractéristiques personnelles

La plupart des participants disent que les personnes venant travailler au nord possèdent des caractéristiques personnelles qui se ressemblent un peu. Entre autres, ils soutiennent qu'il est nécessaire de faire preuve d'altruisme, d'une bonne capacité d'adaptation, d'aptitudes pour l'écoute en plus d'une grande ouverture d'esprit pour travailler en région isolée et en contexte interculturel. En d'autres mots, il faut être capable d'accepter l'autre dans son mode de vie et ses valeurs. Il faut aussi être débrouillard et posséder une grande force de caractère même si l'humilité est décrite comme une qualité importante. D'ailleurs, les participants mentionnent qu'une personne trop susceptible aurait de la difficulté à faire sa place dans l'équipe. Les participants rappellent également qu'il est important d'être équilibré émotionnellement pour travailler et vivre en région isolée et ne pas chercher à créer une distance avec ses problèmes.

Le contact avec du monde qui, je crois que quand on monte dans le nord, fondamentalement on a tous un petit peu des atomes crochus, parce qu'on a des désirs, des défis. [...] Je te dirais qu'on a un petit peu tous des similitudes intérieures, qui fait que c'est facile d'avoir un travail d'équipe avec les gens ensemble, parce qu'on est

comme un petit peu semblables sur plusieurs facettes et puis on travaille en équipe, puis ça va bien.[...] Je pense que c'est beaucoup d'altruisme. Je pense beaucoup d'ouverture d'esprit. Les gens ont l'esprit ouvert. Les gens qui viennent dans le nord, puis qui ont l'esprit fermé... oublie ça. (IC-IW1)

Je pense qu'il faut être assez adaptable. Il faut être flexible. Il faut essayer d'être assez ouvert. Moi, dans mon cas, je viens ici avec beaucoup d'humilité. Je viens comme un peu quelqu'un de l'extérieur. Je ne cherche pas à m'intégrer. C'est comme ça que jusqu'à maintenant je réussis à être assez bien dans ce travail-là. (IC-PN7)

I mostly lived with my grand-mother when I was young. And she was the kind of person who really like to helping people. And I think it's how it all started. Like, she really likes to help other people. Like talking to them or providing the needs whatever she can do for them. And I really liked the way she was treating other people. And then when I grow older and I went to school, I always had the desire to help people. (IC-SG11)

Et finalement, certains participants autochtones ont signalé que l'expérience personnelle de la maladie les rend plus aptes, parfois, à intervenir auprès de certaines clientèles. Pour les allochtones, la curiosité et le goût de l'aventure ont également été soulevés à plusieurs reprises. Aussi, plusieurs participants avouent leur intérêt pour les activités et l'aventure en plein air.

Quand je regarde ça je dis : « Crime! On était aventurier.». Remarque qu'on arrivait pas dans un tipi ou dans un bivouac, sauf qu'il y a du monde qui aurait peut-être reviré de bord dans des conditions de même, mais on avait le goût de le faire. Puis, je pense que tu as ça dans l'âme, dans le sang, le goût d'aller ailleurs, puis d'aller dans des régions de même. Ce qui fait qu'à un moment donné tu deviens flexible, et tolérant à toutes sortes de situations. (IC-IW1)

5.3.4.7. Les caractéristiques de la clientèle

La clientèle des points de services CLSC est majoritairement crie, de tous âges et connaissant divers besoins de santé. Contrairement au reste du Québec, une des caractéristiques repose sur l'importante proportion d'enfants et de jeunes.

Les communautés pédiatriques sont un autre volet de la pratique nordique. Quand on pense à la qualité de vie au travail, je pense que de travailler dans des clientèles pédiatriques, c'est assez unique par rapport au sud où il y a beaucoup de gériatrie. C'est une pratique totalement différente où 50% de la population va à l'école là et 60 à 70% de notre population a en bas de 40 ans si tu veux. C'est une pratique à l'opposé de ce que l'on retrouve dans le sud. Beaucoup d'obstétrique... Voir des grands-mères de 29 ans ou de voir accoucher des douzièmes grossesses, ça ne se voit plus beaucoup au sud (IC-MM3)

Des participants du domaine de la santé rapportent que les conditions de santé semblent s'être beaucoup détériorées depuis quelques années, et cela, malgré l'offre de service qui augmente. Notamment, l'incidence de l'obésité et du diabète chez les populations crie

inquiètent. Les participants parlent même d'épidémie pour qualifier l'importance de ces problèmes de santé et disent avoir à composer quotidiennement avec leurs complications comme l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale et les différentes neuropathies.

Je peux voir une différence marquée de '89, '88 à aujourd'hui. Les gens marchaient beaucoup plus, les gens étaient beaucoup minces, les gens étaient beaucoup plus en santé physiquement qu'aujourd'hui ils le sont. Les gens sont beaucoup moins mobiles à cause de leur obésité. J'ai vu c'est sûr un changement dramatique qui n'est pas là pour leur mieux, qui est peut-être là pour causer des problèmes de santé qu'on connaît présentement. (IC-IW1)

Les gens étaient plus en santé. Il n'y avait pas de quatre roues, pas de skidoo, pas de véhicules dans les villages. Les gens marchaient, les gens étaient dans le bois, les gens s'activaient, mais tout a changé tout d'un coup. Pouf! Les gens ont commencé à avoir de l'argent, à avoir des quatre roues, des skidoo, des véhicules. Les gens ne marchent plus, les gens ne font plus d'exercices et ils continuent à manger comme ils mangeaient avant. Bien là, on se ramasse avec des problèmes de santé sévères. Puis, tous les effets secondaires de ces problèmes de santé-là. Les pronostics ne sont pas bons dans les cas de problèmes de diabète, quand c'est un de diabète mal contrôlé. (IC-IW1)

Malheureusement, les jeunes ne semblent pas échapper à la chronicisation des problèmes de santé. Les participants disent voir de plus en plus de jeunes aux prises avec des problèmes normalement rencontrés chez les adultes. Cette situation inquiète beaucoup car le suivi et la responsabilisation des jeunes ne sont pas toujours aisés. Notamment, les participants disent qu'il existe beaucoup de déni face au diabète. De plus, l'augmentation de maladies sérieuses et chroniques chez les jeunes oblige les TPJ à créer de nouvelles relations avec les services de santé.

It's very hard when a youth... we have one client diabetic and a lot of time, the Youth Protection have to intervene because this youth abusing alcohol. This youth doesn't know how hangover the situation, he doesn't want to face the reality that he is a diabetic. We do not have a lot of collaboration especially from teenagers. Some cases are very difficult to deal with. When we ask them to come, they don't collaborate. (IC-JM2)

Chio c'est pour dire vieux, les vieux. Mais maintenant je peux plus appeler le programme de suivi des chroniques « *Chio clinic* ». On a des diabétiques qui sont très jeunes, on a des hypertendus qui sont très jeunes, on a des cas psychiatriques qu'on fait des suivis avec eux autres, on a des jeunes aussi, des jeunes enfants qui ont des suivis spéciaux. (IC-IW1)

Les gens sont de plus en plus malades. Juste pour le diabète, y'a des enfants de neuf ans qui ont des type 2. Neuf, 12, 15 ans et en bas de 40 ans, il y en a beaucoup (IC-IM4)

Aussi, depuis quelques années, certaines communautés offrent des soins palliatifs à la maison. Ceci demande un grand travail de coordination et beaucoup des ressources sur place.

Il avait un petit bébé qui avait une maladie dégénérative. C'était sûr qu'il allait mourir. Pis là, c'était une équipe multidisciplinaire! Tu avais les services sociaux, les médecins, les infirmières, les nutritionnistes, tout le monde ensemble. S'ils veulent mourir à la maison, c'est correct, on y va, mais il faut qu'on travaille en équipe. (IC-IM4)

Les participants rapportent qu'il existe de hauts taux de détresse psychologique, de violence familiale, de suicide et de consommation d'alcool ou de drogues dans les communautés. D'ailleurs, plusieurs intervenants disent se sentir démunis face à la maladie mentale.

Dans le fond, il faut pas se cacher qu'il y a énormément de problèmes sociaux dans les communautés autochtones. Et peut être 80% de nos consultations quotidiennes, souvent il y a un fond de problèmes psychosociaux donc c'est un contact de tous les jours et c'est un contact nécessaire aussi. (IC-MM3)

Finalement, comme il a été mentionné auparavant, une bonne partie de la population et donc de la clientèle est très pratiquante. Aussi, des efforts sont faits pour adapter les services à ceux qui en font la demande en intégrant de nouveaux membres dans les équipes de soins.

Certains clients sont très religieux. Depuis quelques années, ils peuvent compter sur un psychothérapeute cri qui est aussi pasteur et cheminer avec lui. Ce service est très apprécié dans la population. (IC-IG10)

5.3.4.8. L'histoire des liens non professionnels

Les participants allochtones disent avoir beaucoup de possibilités de socialiser avec les membres de l'équipe de travail en dehors du travail. En effet, l'isolement et le fait de constituer un groupe culturel distinct renforcent les liens entre les travailleurs allochtones. De plus, puisqu'il existe un certain « profil » pour les travailleurs du nord, ceci favorise la cohésion à l'intérieur d'un groupe.

Il y a dix ans, il y avait beaucoup de famille au nord, autant infirmières que médecins. On a eu une vie sociale assez intense avec nos jeunes familles. Et, ce côté là fait que, au travail et en dehors du travail, on avait une vie communautaire assez intense, qui fait que les liens se sont beaucoup fait. Autant pour les gens célibataires qui venaient au nord qui avaient une vie sociale assez importante de par l'isolement et la minorité culturelle blanche qu'on était (IC-MM3)

Ici, après le travail, on se côtoie, tout le monde. Dans le sud, quand tu as fini ta job, tu t'en vas chez vous, tandis qu'ici, souvent tes amis, c'est tes collègues de travail. En dehors de la job, ça plus d'importance que tu sois médecin, infirmière,

nutritionniste. [...] Peut-être que le côté plus humain va plus ressortir parce que tu vas apprendre plus en dehors de la job. Il y a des gens, sur la job, ils agissent d'une manière mais en dehors, ils sont différents. Mais là, tu vois les deux côtés. Tu vois toutes les facettes. C'est peut-être ça qui nous fait voir les gens d'une autre manière. Tandis que dans le sud, tu vois les personnes juste au travail (IC-IM4)

Par contre, les contacts personnels ne semblent pas s'orchestrer aussi naturellement entre les intervenants des deux groupes culturels. Pour les favoriser, des participants proposent de créer un événement qui amènera les intervenants des deux services à se côtoyer dans un contexte moins formel que le travail.

If we want to have this working relationship with the others employees, sometimes should we do as small gathering, like in special occasion as Christmas. (IC-CN6)

D'un autre côté, certains programmes comme les services de soins à domicile ou encore les soins palliatifs permettent des rapprochements entre les équipes de soins et la population. Les participants mentionnent que des liens d'abord, professionnels, se sont ainsi quelquefois transformés en relation d'amitié avec la clientèle ou d'autres membres de l'équipe.

5.3.4.9. Le climat de travail

La majorité des participants considère que le climat de travail est agréable. Ils croient cependant que le climat dépend de la personnalité des gens en place.

On change quelques personnes dans le personnel, le climat change complètement. (IC-MN9)

I have a very good relationship with my coworkers. I can talk to anybody I want, that's easy for me. Even if another coworker says that he has a difficulty to confront this person in the working area. I had to learn to be in the right profession, I mean to be a CHR. (IC-CN6)

La collaboration avec les médecins, avec les nutritionnistes, avec les dentistes, avec tout le monde, je trouve que c'est plus le fun. La collaboration n'est pas la même dans le nord que dans le sud. Même si ça fait longtemps que je ne suis pas retournée là. C'est comme si on travaille plus ensemble et l'on se connaît plus, on se fait plus confiance. Je ne sais pas c'est quoi, mais c'est vrai que c'est différent. [...] C'est vrai qu'on a plus de fun à travailler qu'au sud (IC-IM4)

En général, les participants disent qu'il faut éviter la compétition entre les intervenants et favoriser l'entraide et le respect mutuel. De plus, le milieu met peu de pression sur les individus relativement au besoin de performer. Cette situation est décrite par certains participants comme un élément favorisant la collégialité entre les individus.

Si on veut bien coopérer, on peut coopérer, mais on peut aussi tout le monde se mettre des bâtons dans les roues. Puis ça, ce n'est pas agréable. (IC-MN9)

I like to work with the nurses because, if a pregnant woman comes especially for the first time, I have a referral from the nurses, and then I do my teaching and do certain things, like every time when a woman ask for prenatal check up. And then I will go back to the nurse and ask question if I'm stocked. (IC-CN6)

Donc, un bon climat de travail est présenté comme une condition *sine qua non* à la collaboration et la collaboration est décrite comme étant un élément essentiel au bon climat.

5.3.4.10. Influences de l'environnement socioculturel sur la CI

Pour les allochtones, le fait d'évoluer dans une culture qui leur est étrangère, en l'occurrence la culture crie fait que les us et coutumes locaux leur demeurent souvent méconnus. Ceci entraîne une incompréhension entre les intervenants allochtones, le personnel autochtone et la population. Cette méconnaissance réciproque peut conduire à une discordance dans les objectifs de la collaboration et des processus pour y arriver. Toutefois, il est essentiel d'apporter la nuance que les intervenants allochtones comptant plusieurs années d'expérience sur le territoire parlent plutôt de la richesse des contacts interculturels plutôt que de confrontations culturelles. Ensuite la culture du milieu de soins elle incite à la collégialité des rapports entre les intervenants qui adoptent un modèle hiérarchique horizontal. Ce type de hiérarchie favorise la symétrie des pouvoirs. Ensuite, l'historique des services de santé et l'insuffisance des ressources font que la pratique en rôle élargi est toujours actuelle malgré l'arrivée de nouveaux professionnels. Cette pratique encourage la polyvalence du personnel, stimule les intervenants face à leur travail et diminue les coûts en diminuant les transferts de patient et l'intervention de ressources spécialisées. Finalement, l'exercice du rôle élargi nécessite l'interconnaissance et de forts liens de confiance entre les intervenants. Les cultures professionnelles façonnent également plusieurs dimensions de la structuration de la collaboration interdisciplinaire. Exprimées trop fermement, les rigoureuses cultures professionnelles peuvent entrer en conflit avec les cultures du milieu de soins et de société qui sont décrites par les participants comme plus décontractées. En plus d'affecter le lien de confiance entre les deux groupes, ces confrontations culturelles peuvent créer des discordances dans les processus de décision et causer des divergences dans les objectifs de la collaboration. Du point de vue des caractéristiques professionnelles, puisque la culture du milieu de vie et celle du milieu de

soins sont très différentes de celles au sud de la province, c'est principalement l'expérience dans le milieu plutôt que le nombre d'années de pratiques professionnelles qui semble influencer la collaboration interdisciplinaire. Ceci suppose que la connaissance mutuelle est une valeur importante dans le milieu. Ensuite, les caractéristiques éducationnelles influencent fortement les relations. Le fait de ne pas connaître ou encore de juger négativement la formation des autres affecte les liens de confiance entre eux. Dans un autre ordre d'idée, le fait que la pratique en rôle élargi s'acquiert dans les milieux et que les intervenants soient appelés à fournir de la formation à leurs pairs, augmentent le nombre de contacts qu'ils ont entre eux. Les caractéristiques personnelles des individus prennent aussi une grande importance dans le milieu puisqu'il semble que la responsabilité de la collaboration interdisciplinaire incombe encore beaucoup aux individus plutôt qu'aux structures organisationnelles. Ainsi, les personnes qui composent l'équipe partagent plusieurs similarités comme l'ouverture d'esprit, la capacité à s'adapter, la curiosité, l'équilibre et l'esprit d'aventure. Toutefois, il est pertinent de se demander si ces qualités pallient les faiblesses ou encore nuit à certaines dimensions de la collaboration comme l'absence de leadership consensuel et le manque d'ententes et d'infrastructures formelles. La seule évidence étant que la collaboration interdisciplinaire s'inscrit encore amplement dans un processus informel entre les intervenants de la région. Et enfin, les caractéristiques de la clientèle contribuent à uniformiser les objectifs entre les intervenants. Les participants se sont dit très interpellés par la détérioration des conditions de santé de la population, par l'accroissement démographique et par l'importance des problèmes sociaux. Les nombreuses occasions de socialiser en dehors des lieux de travail aident à la collégialité dans les rapports entre les intervenants. Cette collégialité aide à l'interconnaissance, à la confiance mutuelle, à la symétrie des pouvoirs. Finalement, le bon climat de travail entraîne le respect mutuel et rehausse la connectivité entre les membres d'une équipe.

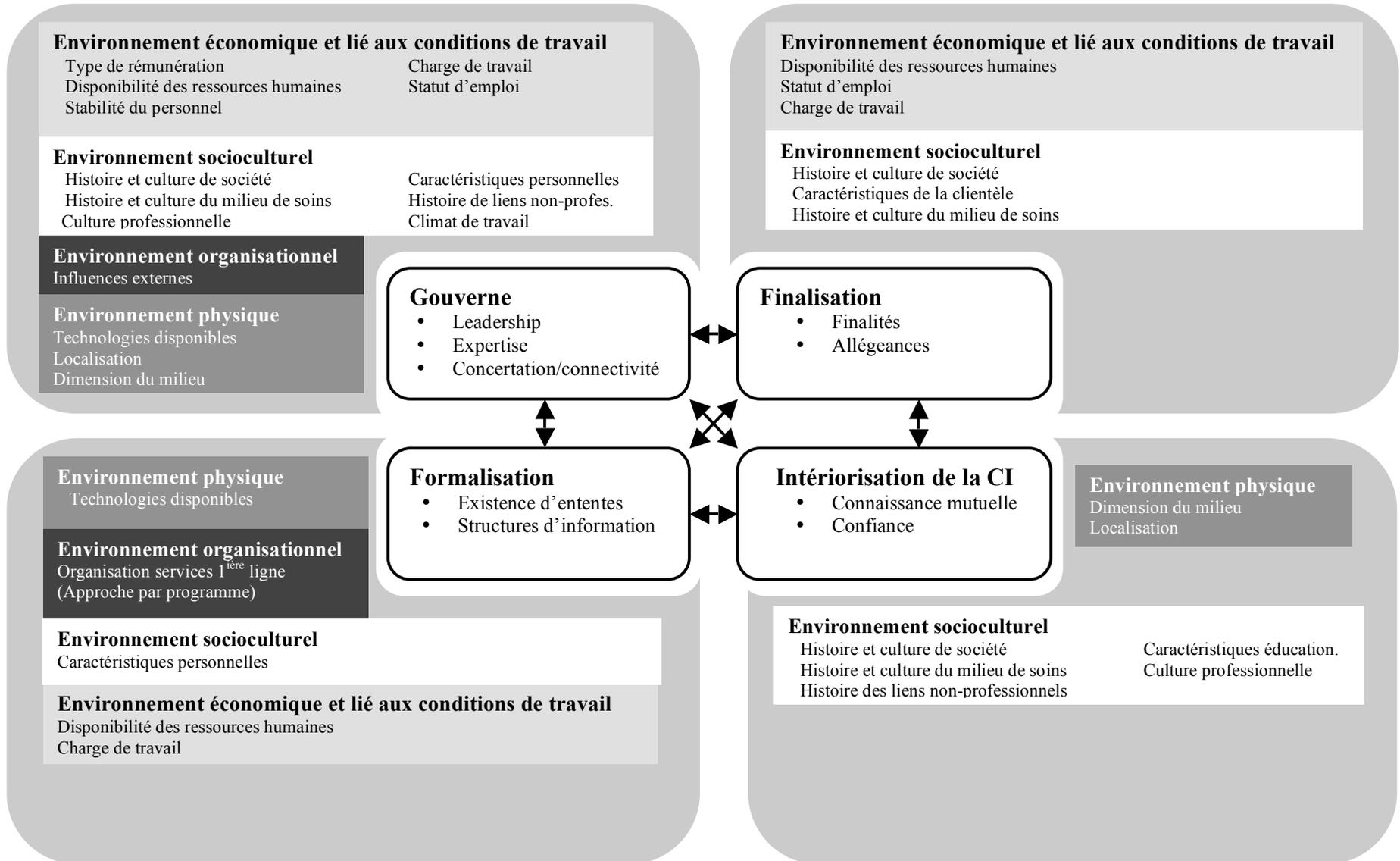
En résumé, les variables contextuelles de l'environnement culturel sont la culture de société, la culture du milieu de soins, les cultures professionnelles, les caractéristiques professionnelles, éducationnelles et personnelles des membres de l'équipe ainsi que le climat de travail et l'histoire des liens non-professionnels. L'influence de l'environnement socioculturel se fait sur toutes les dimensions de la collaboration. La culture de société influence les dimensions de l'intériorisation de la collaboration, par le manque

d'interconnaissance, de la finalisation de la régulation, dans le partage d'objectifs et de la gouverne, dans l'aspect de la connectivité. La culture du milieu de soins agit sur la gouverne à travers l'expression du leadership, sur la dimension de la finalisation de la régulation qui prévoit l'existence de buts communs et exige de placer les intérêts de la clientèle devant ceux des professionnels et sur celle de l'intériorisation de la collaboration interdisciplinaire relativement à l'interconnaissance et le besoin d'établir des liens de confiance. La culture professionnelle peut conduire à plusieurs confrontations qui nuit à la connectivité entre les individus dans la dimension de la gouverne ainsi qu'à la dimension de la finalisation de la régulation, puisqu'elle peut affecter le lien de confiance. Les caractéristiques professionnelles des membres influencent les liens de confiance, donc la dimension de l'intériorisation de la collaboration. Les caractéristiques éducationnelles aussi agissent sur l'intériorisation de la collaboration. La formation des pairs favorisant leur interconnaissance et donc la confiance mutuelle tandis que le jugement négatif porté sur la formation d'autrui nuit à ce lien de confiance. Pour ce qui est des caractéristiques personnelles, elles sont tellement diversifiées qu'il est possible de supposer qu'elles agissent sur toutes les dimensions de la collaboration. Les caractéristiques de la clientèle semblent influencer surtout la finalisation de la régulation. La vulnérabilité de la clientèle tend à renforcer les allégeances des intervenants envers elle. Finalement, l'histoire des liens non-professionnels et le climat de travail agissent sur les dimensions de l'intériorisation de la collaboration et de la gouverne du point de vue de la collectivité et de la symétrie du leadership.

5.3.5. La modélisation de l'effet du contexte sur les dimensions de la collaboration

La modélisation, présentée à la figure 7 de la page suivante, propose de situer les environnements et les variables constituant le contexte de la région étudiée par rapport aux quatre dimensions de la structuration de la collaboration interdisciplinaire du modèle de D'Amour *et al.* (1999, 2003). D'une vue d'ensemble, il est difficile d'identifier un pattern où certaines variables peuvent influencer positivement, négativement ou même le deux, chacune des dimensions de la collaboration. Le seul constat qui peut être fait est que presque tous les environnements composant le contexte interviennent auprès des quatre dimensions et que la même variable contextuelle peut influencer plus d'une dimension.

Figure 7 : Modélisation de l'influence des variables contextuelles sur les quatre dimensions de la structuration de la collaboration interdisciplinaire de D'Amour, Goulet, *et al.*, (2003)



CHAPITRE 6. DISCUSSION

Ce chapitre débute par une brève discussion sur le cadre de référence et la méthodologie qui ont été choisis pour étudier le phénomène de la collaboration interdisciplinaire dans le contexte des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Elle est suivie d'une discussion portant sur les résultats de cette étude en référence à la recension des écrits et à la problématique présentées aux chapitres 1 et 2. Ce chapitre donne ensuite l'occasion de discuter de la contribution de cette étude au développement de la recherche en organisation des services de santé de première ligne dans les régions isolées. Il se termine en faisant le point sur les limites de la recherche et sur les pistes d'avenir à explorer.

6.1. Discussions des résultats

Les résultats exposés au chapitre 5 démontrent qu'il existe d'importantes différences entre l'expérience de la collaboration interdisciplinaire dans la région étudiée et celle des milieux non-isolés exposée dans les écrits. Pour mettre en évidence ces différences, cette discussion aborde principalement les obstacles rencontrés par chaque milieu.

Dans la présentation de la problématique au chapitre 1, la disparité des points de vue face à la collaboration, l'expression de l'autonomie professionnelle et le cloisonnement des professions ont été identifiés comme des freins à la collaboration entre les travailleurs du milieu de la santé (Clair, 2000; D'Amour, Sicotte *et al.*, 1999; Fowler, Hannigan *et al.*, 2000). Cependant, la situation s'est révélée très différente dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Par exemple, il n'y a pas de disparité dans les points de vue des participants au sujet de la collaboration interdisciplinaire. Au contraire, ils ont tous démontré une attitude favorable quant au besoin d'adopter des modes de collaboration efficaces au sein de leur équipe de travail. Il s'agit d'une bonne nouvelle pour le milieu étudié puisque Liedtka et Whitten (1998) soulignent qu'il existe une corrélation entre la perception positive des acteurs face à la collaboration et le degré de collaboration dans une équipe. Ensuite, une autre particularité des Terres-Cries-de-la-Baie-James est que l'autonomie professionnelle n'a pas été identifiée comme un obstacle à la collaboration comme le soutiennent Friedberg (1993), D'Amour, Sicotte *et al.* (1999) et Liedtka et Whitten (1998). Pour ces auteurs, elle

conduit nécessairement au parallélisme disciplinaire, tandis que les participants l'ont plutôt reconnue comme une condition à travailler en collaboration. Pour eux, l'autonomie professionnelle permet de développer leurs connaissances et leur assurance, ce qui leur permettrait ensuite de mieux se positionner à l'intérieur de l'équipe se sentant plus outillés à y assumer leur rôle. Cette assurance permet aussi d'accroître le sentiment de confiance au sein du groupe et de développer un pouvoir plus symétrique entre les différents intervenants. La symétrie des pouvoirs et la hiérarchie horizontale en découlant favoriserait la collaboration interdisciplinaire (Nugent et Lambert, 1996 ; Hébert, 1997 ; Baldwin et Williamson-Isukuda, 1984 ; D'Amour, 2001). La situation dans les Terres-cries-de-la-Baie-James vient également à l'encontre de Patronis-Jones (1994), Macleod (1999) et Lymbery et Millward (2001) voulant que les médecins soient encore placés sur un piédestal dans les équipes de travail. Les relations entre les intervenants de la région, incluant les médecins, s'exercent plutôt en termes d'égalité et d'interdépendance. En ce sens, les participants disent accepter que d'autres intervenants empiètent à l'occasion sur leur champ professionnel. Cette particularité faciliterait le travail en collaboration puisque, selon Liedtka et Whitten (1998), l'essence de la collaboration implique de travailler au-delà des frontières professionnelles. Ceci rappelle la notion de transdisciplinarité, qui est le chevauchement consenti entre les professions. À ce sujet, Mullins, Balderson *et al.* (1999) et Hébert (1997) mentionnent que le niveau de travail d'équipe associé à la transdisciplinarité correspond à la collaboration. Le décroisement professionnel vécu dans la région permet d'expliquer, en partie, le fait que les participants ont manifesté peu d'intérêt face à la loi 90. L'autre partie de l'explication réside probablement dans l'indifférence dont font preuve les participants à l'égard du contexte légal en général et des règlements issus des corporations professionnelles et des syndicats nationaux. Cette indifférence s'explique par le fait que les lois, les règlements externes et les codes de déontologie tiennent rarement compte du contexte des milieux éloignés et isolés. Malheureusement, comme le constate Macleod (1999), la réalité de ces milieux continue à être marginale et à mériter peu d'intérêt de la part des instances politiques. Il semble donc que les codes de conduite dans ces régions soient plutôt dictés par des règles et des ententes locales ou régionales. Cependant, certains participants ont soulevé le besoin de resserrer certaines de ces règles mentionnant qu'il existe un certain relâchement dans l'évaluation du

personnel et le niveau de formation exigé pour certains travailleurs de la région. Ceci permet de croire que l'interdisciplinarité dans ce milieu est plutôt officieuse, c'est-à-dire qu'elle naît spontanément selon les besoins du moment, plutôt qu'officielle où elle obéirait à des règles strictes (Hébert, 1997). Ceci corrobore également les travaux de Taylor, Blue et al. (2001) qui convenaient à un haut degré d'informalité dans les relations entre les intervenants de la santé dans les régions éloignées d'Australie.

Les obstacles identifiés dans la région Terres-Cries-de-la-Baie-James ont plutôt été le manque d'interconnaissance et de confiance mutuelle, les dissensions dans les modes de communication à adopter dans la relation interdisciplinaire et le manque de consensus relativement à l'exercice du leadership au niveau local. Aussi, ces obstacles sont clairement plus observables dans les relations entre les travailleurs des services de santé à majorité allochtone et les travailleurs des services sociaux à majorité autochtone. Donc, il est tentant de conclure que ces obstacles sont le résultat d'incompréhensions entre ces deux cultures de société. Toutefois, les travailleurs de la santé autochtones faisant partie de l'échantillon ont fait mention, non sans inconfort, des mêmes difficultés que leurs collègues allochtones face aux intervenants des services sociaux. Deux explications sont donc possibles. Le 'conflit' peut être lié à l'expression de la culture professionnelle des intervenants des services de santé et celle des intervenants sociaux. Les difficultés dans les relations entre personnel de la santé et des services sociaux sont déjà documentées (Lymbery et Millward, 2001). L'autre explication serait plutôt que la culture professionnelle en général entre en conflit avec la culture autochtone. À ce sujet, Minore et Boone (2002) ont dit que la clarté dans la définition des rôles et le respect des connaissances différentes de chaque groupe comme des éléments essentiels pour le succès d'une équipe interdisciplinaire de santé constituée de professionnels et de paraprofessionnels autochtones et allochtones. C'est précisément ce qui semble se produire dans les Terres-cries-de-la-Baie-James où les professionnels de la santé, qui sont généralement détenteurs de diplômes reconnus, manifestent un haut niveau de méfiance vis-à-vis de la formation et du niveau de compétences des travailleurs des services sociaux. Pour y remédier, des participants suggèrent, dans le sens de Nugent et Lambert (1996), Hébert (1997), Lymbery et Millward (2001) et McNair, Brown *et al.*, (2001), de mettre en place des moyens pour permettre une meilleure connaissance entre les

individus composant chaque groupe. Notamment, l'éducation interprofessionnelle, telle que soutenue par McNair, Brown *et al.* (2001) permettrait de rapprocher les deux groupes. Une meilleure préparation des professionnels de la santé aux rapports interculturels au cours de leur formation initiale permettrait également d'adapter plus facilement les rigides cultures professionnelles à des contextes différents. La difficulté dans le consensus autour de l'identification d'un leader local qui a la responsabilité de réunir les intervenants des deux services revêt également une composante culturelle liée à l'expression de la culture professionnelle. Toutefois, elle s'explique également par les nombreux remaniements dans l'organigramme depuis quelques années. Ceci concorde avec les travaux de Liedtka et Whitten (1998), de Maas (1998) et de McNair, Brown *et al.* (2001) qui incitent à demeurer prudent dans les changements organisationnels car ils peuvent contribuer à semer la confusion dans les rôles.

6.2. Discussion sur le cadre de référence et la méthodologie

D'abord, le choix du modèle de la structuration de la collaboration interdisciplinaire de D'Amour *et al.* (1999, 2003) s'est avéré pertinent. En effet, si ce modèle possédait au départ des qualités intéressantes relativement à ses fondements théoriques, il a fait preuve d'une grande adaptabilité dans le contexte des points de services CLSC des Terres-cries-de-la-Baie-James. Ensuite, la description du contexte, vu comme un construit d'éléments tangibles appartenant à quatre type d'environnements, s'est également avérée judicieuse puisqu'elle a permis l'identification et la classification de nombreuses variables contextuelles influençant la collaboration interdisciplinaire. Toutefois, même si plusieurs auteurs suggèrent l'utilisation d'un modèle linéaire (*input-process-output*) dans l'analyse de la collaboration interdisciplinaire (West, Borrill *et al.*, 1998, Sicotte, D'Amour *et al.*, 2002 et Corser, 1998), ce type de modèle permet difficilement de comprendre l'influence qu'exercent les variables contextuelles sur les dimensions de la collaboration interdisciplinaire. Une modélisation de ces variables contextuelles autour des dimensions de la collaboration, comme présentée à la figure 8 de la page 108, contribue davantage à cette compréhension. À partir de cette modélisation, la planification d'actions entreprises dans le but d'améliorer la collaboration pourra être beaucoup plus stratégique.

Du point de vue méthodologique, l'utilisation de la formule 'étude de cas' et le choix du terrain de la recherche en fonction de la richesse de son contexte ont également contribué à faciliter ce travail d'identification des variables contextuelles. La collecte de données au moyen d'entrevues semi-structurées auprès d'informateurs-clés a permis, quant à elle, d'en comprendre les effets sur les dimensions de la collaboration interdisciplinaire.

6.3. Contribution de la recherche

Les contributions de cette recherche sont, du point de vue théorique, de mieux connaître la nature des variables influençant chacune des dimensions de la structuration de la collaboration. Cet exercice a été facilité par la modélisation des concepts à l'étude puisque que chaque environnement peut influencer plusieurs dimensions de la structuration de la collaboration interdisciplinaire. D'un point de vue méthodologique, cette étude a permis d'utiliser une étude de cas pour mieux comprendre les pratiques professionnelles des milieux isolés, en vue d'améliorer la compréhension des éléments associés à la collaboration entre les intervenants.

6.4. Limites de l'étude

La validité et les limites de cette étude sont discutés en référence au quatre indicateurs de scientificité de la recherche qualitative. Ces indicateurs sont : la crédibilité, la fiabilité, la constance interne et la transférabilité (Lincoln et Guba, 1985 dans Deslauriers, 1991; Gohier, 2004). Les trois premiers sont associés à ce que l'on pourrait qualifier de validité interne de l'étude et le dernier, à ce qui peut s'apparenter à la validité externe.

6.4.1. La crédibilité

La crédibilité réfère au fait que les observations et les interprétations menant aux résultats de la recherche aient un sens pour les participants à la recherche (Deslauriers, 1991; Gohier, 2004). Pour ce faire, l'analyse a été soumise à des personnes identifiées par l'organisme partenaire (CCSSSBJ) dans un but de validation. De plus, la réalisation d'un pré-test d'entrevue a contribué à rehausser la crédibilité de la recherche (Patton, 1980). Cependant, même si l'information recueillie auprès des 12 participants est très dense, le niveau de saturation n'a pu être atteint. Ceci est, en partie, attribuable au choix de rencontrer des

intervenants de plusieurs professions. De plus, les intervenants des services sociaux étaient sous-représentés comparativement à ceux de la santé.

6.4.2. La fiabilité

Théoriquement, l'introduction d'un biais de position externe de l'interviewer peut affecter la fiabilité des données. Ce biais est possible mais il a été préféré au biais d'interviewer (effet d'Hawthorne) qui aurait pu affecter davantage la fiabilité de l'étude si elle avait été réalisée dans un milieu où l'étudiante-chercheuse a déjà eu des activités professionnelles à titre d'infirmière en milieu autochtone isolé. Le choix de la région Terre-Cries-de-la-Baie-James n'est pas étranger au désir de transparence et d'objectivité. Deslauriers (1991) stipule d'ailleurs que le statut d'étranger peut permettre d'avancer certaines questions qui seraient inappropriées de la part d'une personne de l'intérieur de l'organisation. Dans un autre ordre d'idée, le choix d'un cadre d'analyse de la structuration de la collaboration de D'Amour, Sicotte *et al.*, (1999), qui est appuyé sur une théorie organisationnelle reconnue et qui a fait l'objet d'autres études sur le terrain dans le passé, concourt à rehausser la fiabilité de cette étude. Finalement, un suivi rigoureux effectué par la directrice et la codirectrice de recherche, de même que par la direction de la recherche du Département de santé publique du CCSSSBJ tout au long du processus, la révision de la méthodologie par une personne experte dans le domaine des études qualitatives, par des personnes provenant du milieu étudié et l'évaluation par un comité d'experts, contribuent également à rehausser la validité de cette étude.

6.4.3. La constance interne

La constance interne quant à elle, se définit comme «l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques» (Gohier, 2004 :7). Puisqu'il était difficile de recourir à la triangulation des observateurs, l'attention a plutôt été portée à limiter les biais liés à l'effet du chercheur sur son milieu et vice-versa. Afin de s'affranchir le plus possible du biais de l'effet du chercheur sur le milieu, des mesures de collecte d'informations discrètes ont été utilisées, le mandat du chercheur a été clarifié auprès des participants et les observations et les entrevues ont été réalisées dans un contexte social agréable afin de diminuer le sentiment de crainte. Bachelor et Purushottam (1986) recommandent également de demeurer longtemps dans le milieu. Toutefois, en

raison d'obligations professionnelles, l'observation s'est effectuée sur une courte période. Ainsi, cette étude a tenté d'éviter le plus possible l'interprétation culturelle relativement à la culture crie qui me demeure méconnue. Pour ce qui est des effets du milieu sur le chercheur, il est recommandé de procéder à la triangulation des données et de présenter ses données à un chercheur externe pour la détection de sources de biais (Bachelor et Purushottam, 1986). En ce sens, une triangulation entre les entrevues, la revue de la littérature et les observations terrain a été réalisée. De plus, la première codification des données d'entrevue a été effectuée conjointement avec des observateurs expérimentés n'ayant pas pris part à la collecte de donnée, en l'occurrence la directrice et la co-directrice de l'étudiante-chercheure.

6.4.4. La transférabilité

La transférabilité des résultats de l'étude réfère à la possibilité que les conclusions dégagées d'un contexte particulier sont reportées à un autre contexte semblable. Toutefois, il faut demeurer très prudent dans l'extension des résultats d'une étude de cas simple en l'absence de comparaison avec d'autres cas et la possible non représentativité de l'échantillon (Gauthier, 1992). À ce sujet, Gohier (2004) dit que la transférabilité, peut être accrue par la saturation des données mais aussi en procédant à une description très détaillée du contexte et des participants à la recherche. Comme il a précédemment été mentionné, la saturation n'a probablement pas été atteinte vue la diversité des participants composant l'échantillon. Même, l'utilisation d'un modèle écologique explicitant le contexte dans lequel sont offerts les services de santé de la région, ne permet qu'une extension très mitigée à d'autres qui seraient semblables. En effet, il est important de garder à l'esprit que « la généralisation des résultats présuppose un contexte stable et une sorte de déterminisme qui ne se retrouvent jamais tout à fait dans la vie sociale, de sorte que la généralisation est difficile » (Deslauriers, 1991 : 102).

6.5. Pistes à explorer pour de futures recherches

Tout au long de cette recherche, plusieurs thèmes demandant à être explorés dans le futur ont naturellement émergé. Tout d'abord, le défi de la collaboration interdisciplinaire prend tout son sens auprès des personnes vivant avec un problème de santé mentale sévère et

persistant dans les régions isolées. Cela paraît être une problématique importante dans le milieu et plusieurs participants ont dit se sentir démunis individuellement. Ensuite, considérant que plusieurs valeurs traditionnelles et actuelles des sociétés autochtones entrent en conflit avec les cultures professionnelles et qu'il y ait encore trop peu de professionnels autochtones, il serait intéressant d'effectuer plus de travaux sur la valeur culturellement différenciée de la collaboration. Finalement, cette étude a démontré qu'il est important de continuer à effectuer des recherches sur l'organisation des services de santé dans les régions isolées québécoises afin de mieux faire connaître les innovations développées en terme de collaboration interprofessionnelle, incluant la participation des malades et de leur famille. Il serait intéressant de vérifier la place réelle que les professionnels sont prêts à laisser à la famille dans les prises de décisions établies sur un mode collaboratif.

En terme de maturation, il est essentiel de rappeler que la collecte de données s'est effectuée à l'hiver 2005 et que ce milieu est en constante évolution. Ainsi, au moment de la parution de ce rapport, des gestionnaires déployaient des efforts pour intégrer les services et mettre sur pied des équipes pour dispenser des programmes par groupes d'âges, pour répondre aux urgences et aux sans rendez-vous et pour le soutien logistique et administratif. D'importants investissements au niveau local sont prévus afin de favoriser la réforme des services de santé et des services sociaux se déployant dans la région. Des gestionnaires du milieu suggèrent de répéter l'exercice dans cinq ans pour évaluer les effets de ces transformations. Cela s'avérerait d'autant plus pertinent que ces changements peuvent avoir des impacts importants sur la collaboration interdisciplinaire puisqu'ils modifieront plusieurs variables contextuelles comme la charge de travail et l'organisation des services de première ligne (approche par programme) et des processus comme la présence de leaders légitimés et la formalisation d'entente.

CONCLUSION

Cette étude de cas qualitative a permis de comprendre, à travers la perception d'informateurs-clés provenant du terrain, l'influence des variables contextuelles d'une région isolée québécoise soit celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James, sur les processus de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants offrant des services de santé de première ligne. À la suite de ce travail, différents constats reliés à la collaboration interdisciplinaire dans ce milieu sont établis. D'abord, tous les participants s'entendent sur l'importance de collaborer et d'établir des plans d'action concertée considérant les bénéfices retirés pour le patient et les équipes de santé. Ensuite, la collaboration interdisciplinaire n'est pas un grand enjeu au sein des équipes de chaque service (santé et services sociaux pris séparément) puisqu'elle semble s'y trouver intrinsèquement. En ce sens, les participants ont généralement exprimé un haut niveau de satisfaction dans leurs relations avec leurs collègues du même service, rapportant que leurs rapports sont favorisés par une bonne connaissance de l'autre, par la confiance et par la collégialité. Ceci leur permet d'adopter une forme de leadership horizontal et partagé. Puis, il existe, incontestablement, un problème de collaboration dans la gestion des cas de santé mentale sévères et persistants qui se répercute sur les équipes locales, les communautés et surtout la clientèle vivant avec ces affections. La nécessité d'intervenir à ce niveau est décrite comme indispensable et urgente par les participants. En dernier lieu, des difficultés dans l'expérience de la collaboration interdisciplinaire sont plus perceptibles entre les intervenants des deux services.

Trois explications peuvent être dégagées des constats de cette étude. Premièrement, il subsiste une incompréhension entre les intervenants des services de santé et des services sociaux liée à la coexistence de la culture de société et de la culture professionnelle, qui supportent chacune des valeurs pouvant parfois être en opposition. Ceci se traduit notamment dans la divergence de pensée en regard des modes de communication à adopter entre les intervenants des services sociaux, en majorité autochtones, et ceux des services de santé, en majorité allochtones, où les premiers préfèrent l'oral et les deuxièmes, l'écrit.

Deuxièmement, il existe une confusion dans l'identification d'un leader légitimé par les intervenants des deux services qui serait responsable de la collaboration entre les services. Plusieurs professionnels ne reconnaissent pas la formation des intervenants locaux qui n'ont pas de diplôme officiel, ce qui nuit grandement à l'instauration de la confiance et de la connectivité entre eux. Et troisièmement, il existe peu d'ententes formelles encadrant la collaboration en dehors des protocoles de soins entre le personnel infirmier et les médecins. Ce besoin de formalisation se manifeste, notamment, en observant le succès de programmes comme celui des soins à domicile, qui est décrit par les participants comme le meilleur exemple de collaboration interdisciplinaire dans leur milieu qui réunit des intervenants de la santé et des services sociaux. Toutefois, puisque les influences externes (politique, corporatiste, etc.) ont un faible impact sur la formalisation des services de santé dans la région, cet exercice doit être conduit par les acteurs locaux et régionaux de façon simple, efficace et consensuelle. À ce sujet, la considération de l'expertise des membres du personnel en place et la consultation de la population sont présentées comme des données importantes dans l'élaboration de nouvelles ententes.

À la lumière de ces constats, il est indéniable que le contexte favorise l'émergence et le maintien de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants. Toutefois, est-il permis de croire que le contexte des régions isolées favorise la collaboration? Spontanément, à écouter ces gens raconter avec ferveur leur expérience dans la région et faire part de ce qui les anime à continuer à y travailler, il est certainement tentant de penser que oui. De plus, le décompte des éléments contextuels favorisant comparativement à ceux nuisant à la collaboration interdisciplinaire, semble donner une équation unidirectionnelle : les facteurs favorisant sont incontestablement plus nombreux. Ceci conduit vers une autre interrogation. Ces éléments contextuels sont-ils exclusifs aux régions isolées? Si certains éléments comme l'isolement géographique et les cultures autochtones sont des caractéristiques de ces régions, il est important de rappeler que l'interconnaissance et le respect de l'autre demeurent, au contraire, des valeurs universelles.

RÉFÉRENCES

Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. et Y.Livian (1996). Les nouvelles approches sociologiques des organisations. Paris.

Bachelor, A. et J. Purushottam (1986). La méthode phénoménologique de recherche en psychologie: Guide Pratique. Québec.

Baldwin, D. et R. Williamson-Isukuda (1984). Interdisciplinary teams. Cassel & Walsh, New-York.

Birmingham, J. (2002). "The Science of Collaboration." TCM (March/April): 67-71.

Boone, M., Minore, B., Katt, M. et P. Kinch (1997). "Strength through sharing: interdisciplinary teamwork in providing health and social services to northern native communities." Canadian Journal of Community Mental Health **16**(2): 15-28.

Boudon, R., Besnard, P., Cherkaouui, M. et B. L'Écuyer (2003). Dictionnaire de Sociologie, Larousse. Paris

Cass, A., Lowell, A., Christie, M., Snelling, P., Flack, M., Marrnganyin, B. et I. Brown (2002). "Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers." MJA **176**: 466-470.

CCSSSBJ (2004). Site web du Conseil de la Santé et des services sociaux de la Baie James.

Clair, M. (2000). Les solutions émergentes: Rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Gouvernement du Québec. Québec, Bibliothèque Nationale du Québec.

CMQ (2002). L'adoption de la loi sur le partage des activités: Réorganiser le travail pour mieux utiliser les compétences de chacun. Communiqué de presse 14 juillet 2002, Collège des médecins du Québec.

Conseil de la Santé et du bien-être (2003). Avis: L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux. B. N. d. Québec. Sainte-Foy, Conseil de la Santé et du bien-être.

Corser, D. (1998). "A conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions: The Management of Traditional Influences and Personal Tendencies." Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal **12**(4): 325-341.

- D'Amour, D. (2001). "Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille" Pourquoi et dans quelles conditions?" Ruptures, revue transdisciplinaire en Santé **8**(1): 136-145.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L. et M.D. Beaulieu (2005). "The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical framework." Journal of Interprofessional Care.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.-F. et M. Remondin (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : Le cas des services de périnatalité. GRIS et Centre FERASI, Université de Montréal
- D'Amour, D., C. Sicotte et R.Lévy (1999). "L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé." Sciences Sociales et Santé **17**(3): 67-93.
- Deslauriers, J.-P. (1991). Recherche qualitative: Guide pratique. Montréal, Théma, 141 pp.
- Desrosiers, G. (2002). "Un événement historique et un objet de fierté collective." L'infirmière du Québec, OIIQ **10**(1): 6-7.
- Desrosiers, G. (2003). "La collaboration médecin infirmière: le début d'un temps nouveau." Perspectives infirmières **1**(2): 6-7.
- Dickason, O. (1996). Les premières nations du Canada. Sillery.
- Duhaime, G. et A. Godmaire (2002). "Les modèles de développement du nord. Analyse exploratoire au Québec isolé." Recherches sociographiques **43**(2): 329-351.
- Fortin, M.-F. (1996). Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation. Ville Mont-Royal.
- Fortin, M.-F., Côté, J. et B.Vissandjée. (1996). Les étapes du processus de la recherche. Le processus de la recherche. Décarie. Montréal.
- Fowler, P., Hannigan, B. et R. Northway (2000). "Community nurses and social workers learning together: a report of an interprofessional education initiative in South Wales." Health and Social Care in the Community **8**(3): 186-191.
- Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle: Dynamique de l'action organisée. Paris, Éditions du Seuil.
- Gauthier, B. (1992). Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données. Sainte-Foy.

Glasser, M., Holt, N., Hall, K., Mueller, B., Norem, J., Pickering, J., Brown, K. et K. Peters. (2003). "Meeting the Needs of Rural Populations Through Interdisciplinary Partnership." Family and Community Health **26**(3): 230-245.

Gohier, C. (2004). "De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative." Recherches qualitatives **24**: 3-17.

Gouvernement du Québec (2004). Arrêté ministériel concernant la Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. R.Q. c. A-29. r.3.4.

Gusdorf, G. (1990). "Réflexions sur l'interdisciplinarité." Bulletin de psychologie **Tome XLII**(No 397): 869-885.

Hatch, M. (2000). Théories des organisations: de l'intérêt des perspectives multiples. Paris.

Hegney, D., McCarthy, A., Rogers-Clark, C. et D. Gorman (2002). "Why Nurses are Attracted to Rural and Remote Practice." Australian Journal of Rural Health **10**: 178-186.

Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Fields, S., A. Cicchetti, *et al.* (2003). "Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships." International Journal of Nursing Studies **40**: 427-435.

Hrowitz, J., Camp, T. et C. Stahl. (2000). Reducing Planning Risks Through an Environmental Assessment. Health Care Strategy For Uncertain Times. M. C. Jennings. San Francisco, Jossey-Bass.

Hébert, R. (1997). Définition du concept de l'interdisciplinarité. Colloque: "De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité", Québec.

Institut nationale de santé publique du Québec (2003). Organisation des services de première ligne. INSPQ. Québec. **2003**.

Irvine Doran, D., Baker, G., Murray, M., Bohnen, J., Zahn, C., Sidani, S. et J. Carryer (2002). "Achieving clinical improvement: an interdisciplinary intervention." Health Care Management review **27**(4): 42-56.

Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et J. Haggerty (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).

Lazure, G. et L. St-Laurent (2002). La nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées au Québec. Faculté des sciences infirmières. Québec, Université Laval.

Liedtka, J. et E. Whitten (1998). "Enhancing Care delivery Through Cross-Disciplinary Collaboration: A case Study." Journal of Healthcare Management **43**(2): 185-205.

- Lincoln, Y. et S.Guba (1985) Naturalistic Inquiry, Beverly Hills, Sage
- Lymbery, M. et A. Millward (2001). "Community Care in Practice Social Work in Primary Health Care." Social Work Health and mental health **34**(3/4): 241-259.
- Maas, M. (1998). "Nursing's Role in Interdisciplinarity Accountability for Patient Outcomes." Outcomes Management for Nursing Practice **2**(3): 92-94.
- MacLeod, M. (1999). "We're It": Issues and Realities in Rural Nursing Practice. Health in Rural Settings: Contexts for Action. W. Ramp, J. Kulig, I. Townshend and V. McGowan. Lethbridge, University of Lethbridge.
- MacLeod, M., Kulig, J., Stewart, N. et R.Pitblado. (2004). " La nature de la pratique infirmière dans les régions rurales et lointaines du Canada, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Mansourimoaied, M., Boman K. et T. Causley. (2000). "Nurses' Perceptions of Interdisciplinary Collaboration." Nursing connections **13**(1): 21-30.
- Marshall, C. et G. Rossman (1989) Designing qualitative research. Newbury Park.Sage Publications
- Martinez, J., Pampalon, R., Hamel, D. et G. Raymond (2004). Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être? Québec, INSPQ: 95.
- Mayer, R. (2000). Méthode de recherche en intervention sociale. Boucherville.Geatan Morin Editeur.
- McGrath, C. (2000). "Issues Influencing the Provision of Palliative Care Services to Remote Aboriginal Communities in Northern Territory." Australian Journal of Rural Health **8**: 47-51
- McMahan, E., Hoffman, K. et G. McGee (1994). "Physician-Nurse relationships in clinical settings: A review and critic of the literature." Medical Care Review **51** : 83-112
- McNair, R., Brown,R., Stone, N. et J.Sims. (2001). "Rural Interprofessional Education: Promoting Teamwork in Primary Health Care Education and Practice." Australian Journal of Rural Health **9**(suppl.1): S19-26.
- Mercier, C. et K. Labarre (2004). La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés: une contribution essentielle à la réussite du projet clinique. Montréal, Ordres des infirmières et infirmiers du Québec: 44 pages.

Miles, M. et A. Huberman (1984). Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods. Beverly Hills, California, Sage.

Ministère des affaires indiennes et nord du Canada (2004). La convention de la Baie-James et du nord québécois et la convention du nord-Est québécois. Ministère des affaires indiennes et du nord du Canada. Ottawa.

Minore, B. et M. Boone (2002). "Realizing potential: improving interdisciplinary professional/paraprofessional health care teams in Canada's northern aboriginal communities through education." Journal of Interprofessional Care **16**(2): 139-147.

Morrow-Lettre, C. (1999). "Travailler et vivre en interdisciplinarité." Santé en tête Automne: 17-19.

Mullins, L., Balderson, B. et J. Chaney (1999). "Implementing Team Approaches in Primary and Tertiary Care Settings: Applications from the Rehabilitation Context." Families, System & Health **17**(4): 413-426.

Nugent, K. et V. Lambert (1996). "The Advanced Practice Nurse in Collaborative Practice." Nursing connections **9**(1): 5-16.

Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarebstein, M., Baker, K., Purden, M., *et al.* (2004)., Patient Centred Practice. Santé Canada. Ottawa.

OIIQ (2003). Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Montréal.

Osmond, B. (2004). Policy Barriers to Recruitment and Retention of Health Professional in Rural Areas of Nova Scotia, The Atlantic Health Promotion Research Centre, Coastal Communities Network, Eastern Shore Musquodoboit Community Health Board and Rural Communities Impacting Policy.: 4.

Parsons, J., Merlin, T., Taylor, J., Wilkinson, D., et J. Haller (2003). "Evidence-Based Practice in Rural and Remote Clinical Practice: Where is the Evidence." Australian Journal of Rural Health **11**: 242-248.

Patton, M. (1980) Qualitative Evaluation Methods, Beverly Hills, Sage

Patronis Jones, R. (1994). "Nurse-Physician collaboration: A descriptive study." Holistic Nurse Practice **8**(3): 38-53.

Pong, R. (2000). "Rural Health Research in Canada: at the Crossroad." Australian Journal of Rural Health **8**: 261-265.

Pong, R., Atkinson, A., Irvine, A., MacLeod, M., B. Minore, *et al.* (1999). " Rural Health

Research in the Canadian Institutes of Health Research. " Canadian Health Services Research Foundation et Social Sciences and Humanities Research Council .

Pronovost, L. (2000). "L'équipe et les relations: deux réalités essentielles à l'interdisciplinarité." Le feuillet universitaire: 24-32.

Ray, M. (1998). "Shared borders: Achieving the goals of interdisciplinary patient care." American journal of Health-System **55**(1): 1369-1374.

Rochon, J (1988). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Les publications du Québec, Gouvernement du Québec.

Romanow, R.J (2002). Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada. Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Roy, D. and H. Sylvain (2004). "La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité." Perspectives infirmières **2**(1): 16-26.

Santé Canada (1999). Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits. S. Canada. Ottawa: 24.

Sessa, V. (1994). "Can Conflict Improve Team Effectiveness?" Issues and Observations, **14** (4) 1-5

Sicotte, C., D'Amour, D. et M.-P. Moreault (2002). "Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres." Social Science & Medicine **55**: 991-1003.

St-Arnaud, Y. (1978), « Les petits groupes, participation et communication. » Les Presses de l'Université de Montréal.

St-Arnaud, Y. (1992), « Connaître par l'action. » Les Presses de l'Université de Montréal.

Statistique-Canada (2003). Données du recensement du 2001.
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile/prprofile.cfm?G=24>
Site visité le 15 septembre 2004.

Statistique-Canada (2005). Indicateur de la santé. Le quotidien. Statistique-Canada. Ottawa. **1 février 2005**: Site Web de Stat Canada. On y dénote une grande différence entre les états de santé des populations des milieux urbains et des milieux isolés.

Ste-Marie-Morin, L. (1993). L'interdisciplinarité en marche dans le secteur des sciences de la santé, Québec, Sous-Commission des Études en Sciences de la Santé de l'Université Laval.

Taylor, J., Blue, I. et G. Misan (2001). "Approach to sustainable Primary Health Care Service Delivery for Rural and Remote South Australia." Australian Journal of Rural Health **9**: 304-310.

Torrie, J., Moir, D., Muir, R. et B. Petawabano-Moses (2003). Miyuukanuweyimisutaau (Taking care of ourselves): A discussion paper on the integration of an Eeyou ethos and practices into health and social services in Eeyou Istchee. Chissassibi, CBHSSJB.

Turgeon, J., Anctil, H. et J. Gauthier (2003). L'évolution de Ministère et du réseau: Continuité ou rupture? Le système de santé au Québec. Les Presses de l'Université Laval: 93-117.

Vukic, A. et B. Keddy (2002). "Northern Nursing Practice in a Primary health Care Setting." Journal of Advanced Nursing **40**(5): 542-548.

West, M., Borrill, C. et K. Unsworth (1998). "Team effectiveness in organizations." International Review of Industrial and Organizational Psychology **13**: 1-48.

Wood, D. et B. Gray (1991) "Toward a comprehensive theory of collaboration." The Journal of applied behavioral science **27** (2) :139-162

Yin, R. (2003). Case Study Research: Design and Method 3rd Edition. Thousand Oaks, Sage Publications.

ANNEXES

Annexe 1

Classification des régions isolées au Québec (supplément d'informations)

Dans leurs travaux d'analyse portant sur le développement du Québec isolé, Duhaime et Godmaire (2002) proposent deux classifications des régions isolées. La première considère l'ethnie prédominante et l'emplacement géographique. Un tableau de cette classification où l'on distingue dix aires ethnogéographiques du Québec isolé est présenté à la figure 11.

Figure 11 Classification ethnogéographique des communautés isolées du Québec

<i>Aires ethno-géographiques</i>	<i>Localités</i>	<i>Aires ethno-géographiques</i>	<i>Localités</i>
Algonquin	Grand-Lac-Victoria Kabaowek Kitigan Zibi Lac-Rapide Lac-Simon Pikogan Témiscamingue Winneway Wolf Lake	Inuit	Akulivik Aupaluk Inukjuak Ivujivik Kangiqsualujuaq Kangiqsujuaq Kangirsuk Kuujuaq Kuujuarapik Povungnituk Quaqtaq Salluit Tasiujaq Umiujaq
Attikamek	Manawan Opitican Wemotaci	Minganie	Aguanish Anticosti Baie-Johan-Beetz Havre-Saint-Pierre Longue-Pointe-de-Mingan Natasquan Rivière-au-Tonnerre Rivière-Saint-Jean
Basse-Côte-Nord	Aylmer Sound Blanc-Sablon Bradore Chevery Harrington Harbour Kégaska La Romaine La Tabatière Lourdes-de-Blanc-Sablon Middle Bay Rivière-Saint-Paul Saint-Augustin Tête-à-la-Baleine Vieux-Fort	Montagnais	Betsiamites La Romaine Les Escoumins Mashteuiatsh Matimekosh Mingan Natashquan Pakua Shipi Uashat-Maliothenam
Caniapiscau	Fermont Gagnon (fermé en 1985) Schefferville	Naskapi	Kawawachikamach
Cri	Chisasibi Eastmain Mistassini Némaska Ouje-Bougoumou Waskaganish Waswanipi Wemindji Whapmagoostui	Nord-du-Québec	Chapais Chibougamau Lebel-sur-Quévillon Matagami Municipalité de la Baie James Joutel Radisson

Source : Duhaime et Godmaire Université Laval (2002)

La deuxième classification s'opère en regroupant les aires ethnogéographiques présentant des similitudes. Pour ce, les mêmes auteurs soumettent ces aires à deux variables influençant considérablement les indicateurs sociosanitaires. Ces variables sont :

- 3.1.1.1. le fait d'être majoritairement autochtone ou allochtone,
- 3.1.1.2. le niveau des activités économiques de la région.

Toutefois, les auteurs mentionnent que c'est davantage le type d'économie plutôt que l'ethnie qui influence les indicateurs sociosanitaires. Ainsi, les économies régionales liées à des activités à grande échelle, comme l'exploitation forestière, minière ou hydroélectrique, sont généralement plus favorisées que les régions dont les activités économiques se font à petite échelle telles que la pêche, les secteurs de la transformation et des services. Cette deuxième classification est présentée à la figure 12.

Figure 12 Classement des aires ethnogéographiques en lien avec l'ethnie et l'économie

	<i>Économie à grande échelle</i>	<i>Économie à petite échelle</i>
<i>Allochtones</i>	Nord-du-Québec Caniapiscau	Basse-Côte-Nord Minganie
<i>Autochtones</i>	Cris Inuits Naskapis	Montagnais Algonquins Attikameks

Source : Duhaime et Godmaire Université Laval (2002)

Annexe 2

Grilles d'entrevues individuelles

FRANÇAIS

-

ANGLAIS

PROJET DE RECHERCHE :
LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE EN RÉGION ISOLÉE

Guide d'entrevue individuelle¹

- Remerciement à la personne pour sa participation à la recherche
- Présentation de la recherche

Le but de cette recherche est de comprendre l'effet des éléments contextuels sur la structuration de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants travaillant en région isolée

- Présentation des auteurs

Étudiante-chercheuse: Lily Lessard, Ét. maîtrise en santé communautaire, UL

Directrice de recherche : Dre Diane Morin, Université Laval

Codirectrice : Dre Hélène Sylvain, UQAR

Cette étude est réalisée en collaboration avec le CCSSSBJ dans le cadre d'une recherche effectuée en vue de l'obtention d'une maîtrise en santé communautaire

Présentation des objectifs des entrevues :

Au Québec, des études démontrent que la collaboration interdisciplinaire continue à rencontrer des obstacles. Toutefois, cette situation semble différente dans les régions du Québec isolé où elle semble émerger de façon plus naturelle. Cette entrevue a donc pour but de connaître, à travers votre expérience sur le terrain, les raisons à la base de cette différence, si différence il y a.

¹ Matériel basé sur le projet de recherche de Morin, Aubin et al. (2003) intitulé : Évaluation multicentrique des effets d'un modèle de suivi systématique interdisciplinaire : De l'hôpital à la communauté, FCRSS-FRSQ; 2003-2006
Lessard L., Morin D. et H.Sylvain, [La collaboration interdisciplinaire en région isolée: Le cas de l'Eeyou Istchee U.](#) Laval 2004-2005

Explication de la démarche, de la durée et des consignes :

Nous recueillons des informations auprès d'une vingtaine d'informateurs-clés tel que vous, au moyen d'entrevues individuelles et d'entrevues de groupe. Toutes les entrevues individuelles (Entre 10 et 12) sont réalisées auprès d'intervenants des services de santé de première ligne de votre région. Par définition, ces services de première ligne incluent les services d'urgence, curatifs, de réadaptation, de promotion de la santé et de prévention de la maladie et réfèrent également aux services sociaux.

Pour les entrevues de groupe, deux groupes seront constitués. Le premier réunira des professionnels et des paraprofessionnels de la santé et des services sociaux comme vous, mais qui n'auront pas fait l'objet d'une rencontre individuelle. Le deuxième sera formé de gestionnaires du milieu.

Cette entrevue s'articule autour de trois thèmes suivants soit : Votre perception de la collaboration interdisciplinaire, votre expérience de la collaboration interdisciplinaire et finalement les éléments qui l'influencent dans votre milieu.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Aussi êtes-vous invités à nous faire part de votre opinion même si elle ne reflète pas celle de la majorité.

La durée de l'entrevue est d'environ 1 heure. De plus, puisqu'il est difficile de tout retenir, je vous demande de m'accorder le consentement d'enregistrer cette entrevue sur cassette audio. Ces cassettes demeurent strictement confidentielles et je serai la seule personne à y avoir accès pour des fins d'analyse.

Introduction

Question 1 : Avant de débiter avec le corps de l'entretien, je vous demanderais de vous présenter et de m'expliquer brièvement la nature de votre travail.

- En quoi consiste votre travail?
- Autres implication particulière dans le milieu (comité, etc.)

Question 2 : Présentez-moi votre milieu de travail et la communauté où vous travaillez?

- Hôpital, dispensaire avec ou sans médecin résidant
- Petites, grandes communautés

Question 3 : Quel a été votre cheminement qui vous a amené à travailler ici?

- Académique et professionnel
- Combien d'année d'expérience au total ?
- Combien de temps dans l'Eeyou Istchee?

Question 4 : Quelles sont les principales différences et similarités entre ce milieu de travail et les autres que vous avez connus?

- Difficultés et facilités pour chacun des milieux
- Éloignement vs proximité
- Contexte interculturel

Question 5 : Quelles sont vos motivations à travailler dans la région?

- S'agit-il s'avantage de raisons personnelles ou professionnelles ou les deux?
- Lieu de résidence permanente-raisons familiales
- \$
- Loisirs

THÈME 1 : La perception des acteurs face à la collaboration interdisciplinaire

Question 1 : De façon générale, qu'est-ce que la collaboration interdisciplinaire pour vous?

- Objectif commun, action collective
- Relation entre les intervenants
- Avantages à collaborer (apports pour la population, les intervenants et l'organisation)
- Autres opinions personnelles en regard de la collaboration

Question 2 : Selon vous, existent-ils des avantages à la collaboration interdisciplinaire. Si oui, quels sont-ils ?

- De façon générale et dans votre milieu de travail
- Pour la population, le personnel, l'organisation
- Motivations des intervenants à collaborer

Est-ce que les avantages à collaborer sont les mêmes pour votre milieu de travail et celui en milieu urbain ?

THÈME 2 : L'expérience de la collaboration interdisciplinaire

Question 1 : Dans votre milieu, êtes-vous appelé à travailler en collaboration et si oui avec qui?

- Composition de l'équipe
- Autres professionnels et paraprofessionnels
- Administrateurs, personnel cadre et gestionnaires de programmes
- Autres acteurs-clés externes (ex : policiers)
- Place de la clientèle, famille, communautés

Donc, qui sont vos principaux collaborateurs ? Sont-ils externes ou internes à l'établissement ?

Question 2 : Pouvez-vous m'expliquer en quelles circonstances vous êtes appelé à collaborer dans votre milieu. Ça se passe comment ?

- Situations particulières : Services de première ligne les plus propices à la collaboration (Santé communautaire, urgence, curatifs, prévention, promotion, soins à domicile, réadaptation, etc.)
- Formel ou informel

En résumé, collaborez-vous davantage lors des activités de promotion de la santé ou curatives

Question 3 : Expliquez-moi votre rôle et ainsi que celui des autres membres au sein de l'équipe?

- *Comment se produisent les contacts avec les autres membres de l'équipe ?*
- Caractéristiques du groupe, de la clientèle et des membres de l'équipe (professionnelles, éducationnelles, personnelles.)
- Connaissance et interconnaissance personnel et professionnel
- Conscience de l'interdépendance professionnelle
- Histoire des liens professionnels et interprofessionnels
- Présence de leaders formels ou informels (intervenant-clé ou pivot)
- Niveau de cohésion entre les membres

Donc, selon vous, sur qui repose principalement la collaboration ?

THÈME 3 : Les éléments influençant la collaboration

Question 1 : Selon vous, dans votre milieu de travail, quels sont les éléments influençant la collaboration interdisciplinaire ? Et de quelles façons l'influencent-ils?

- Environnement physique :
 - Lieux physiques (Espace pour réunion, Distances, etc.)
 - Technologies disponibles
- Environnement économique :
 - Type de rémunération et prime
- Environnement organisationnel :
 - Présence de règles ou des marches à suivre
 - Structure formel vs informel
 - Mission de l'établissement
 - Contexte légal
 - Syndicats
- Environnement socio-culturel:
 - *Contexte interculturel*
 - Culture du milieu de soins et culture professionnelle
 - Taille du groupe
 - Divergence d'opinion, de vision ou d'intérêt r/à la logique interdisciplinaire
 - Scolarité et formation
 - Conflits interprofessionnels, interpersonnels, interculturels
 - Mode de communication et de résolution de conflit
 - Climat de travail
 - Niveau de confiance
 - Expression de l'autonomie professionnelle
 - Collégialité vs relation de pouvoir

Parmi tous ces éléments, quels sont les principaux obstacles ?

Parmi tous ces éléments, quels sont les éléments favorisant la collaboration?

Existent-ils des éléments externes qui influencent la collaboration ?

- Contexte légal (loi 25, 90, loi sur les services santé Cris)
- Réglementations externes
- Ordres professionnels
- Influences politiques

Question 2 : Selon vous, qu'est-ce pourrait être changé dans votre milieu pour améliorer la collaboration interdisciplinaire ?

- Libre

Conclusion

Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes, en lien avec la collaboration interdisciplinaire, qui n'ont pas été soulevés au cours de cette entrevue ?

Y'a-t-il des questions auxquels vous aimeriez que je réponde ?

À des fins statistiques, pouvez-vous m'indiquer le groupe d'âge auquel vous appartenez :

20-29 ans

30-39ans

40-49 ans

50-59 ans

60 et plus

Des informations relativement au sexe et au fait d'être ou non d'origine autochtone seront également retenues.

Remerciements

RESEARCH PROJECT:

INTERDISCIPLINARY COLLABORATION IN ISOLATED AREA: THE EYYOU ISTCHEE CASE

Individual interview guide²

- Thanks to the person for his participation
- Research presentation

The goal of this study is to understand the effect of contextual elements on the structuralization of interdisciplinary collaboration among health workers in isolated area.

- Authors presentation

Master candidate: Lily Lessard, Université Laval

Research supervisor: Dre Diane Morin, Université Laval

Research co-supervisor: Dre Hélène Sylvain, UQAR

This study, realized in collaboration with the CBHSSJB, is carrying out with a view to obtain a master degree in community health.

Presentation of interview objectives:

In Quebec province, studies showed that interdisciplinary collaboration continue to meet important obstacles. Nevertheless, the situation seems different in Quebec isolated regions where it tends to occur more naturally. This interview has as goal to understand, through your experience “on the field,” the reasons explaining these differences, if there is a difference.

² Material based on research project of Morin, Aubin et al. (2003) called: Évaluation multicentrique des effets d'un modèle de suivi systématique interdisciplinaire : De l'hôpital à la communauté, FCRSS-FRSQ; 2003-2006

Lessard L., Morin D. et H.Sylvain, La collaboration interdisciplinaire en région isolée: Le cas de l'Eeyou Istchee U. Laval 2004-2005

Explanation of method, duration and instructions:

We collect data to about twenty key-informants as you, through individual and group interview. All the individual interviews (Between 10 and 12), are realized with primary health care (first line) health workers of your region. By definition, the primary health cares include the emergency, curatives and rehabilitation services, the health promotion and disease prevention and also referred to the social services.

For the focus groups, two groups will be constituted. The first one will bring together professional and paraprofessionals of health and social services as you, but who will not be a part of individual interview. Administrators of your environment will form the second group.

This interview regards three following themes as: the definition of interdisciplinary collaboration, your experience of interdisciplinary collaboration and finally the elements influencing interdisciplinary collaboration in your environment.

There is no right or wrong answer. Also, you are invited to give us your own opinion even so it different from other persons.

The duration of the interview will be of 1 hour. Moreover, considering the difficulty to retain all the information, I ask you to authorize me to record this interview on an audiotape. These tapes will be strictly confidential and I will be the only person who could have an access to them for the analysis.

Introduction

Question 1: Could you present yourself, your work and the community where you work?

- What is your work?
- Any others implication in your work environment?
- Hospital, health center, healing center, nursing station, etc.
- Small or big communities

Question 2: What did you do before?

- Since how long are-you working as?
- Since how long are-you working in the region?
- Daily tasks
- Difference and similarities between here and others place where you work before?

Question 3: What are your principal motivations to work there?

- *There are mostly personal or professional reasons?*
- Permanent residence place, community members or family
- \$
- Leisure activities

THEME 1: The interdisciplinary collaboration perceptions of the keys-informants

Question 1: In general, what does interdisciplinary collaboration mean for you?

- Common goal, collective action
- Workers relationships
- Other personal opinions regarding collaboration

Question 2: Do you see any advantages to collaborate? If yes, what they are?

- In general and specifically in your work environment
- For the population, the health personal or the organization
- Others motivations to collaborates

Do you think that the advantages of collaboration are the same in your work environment than an urban area?

THEME 2: The experience of collaboration

Question 1: In your work environment, who do you have to collaborate with?

- Team composition
- Other professionals or paraprofessional
- Administrators or program managers
- Other keys-actors (policeman, etc.)
- Place of clients, families, communities

Then, who are your principal collaborators? Do these collaborators are external or internal your organization?

Question 2: What kind of situations do you have to collaborate with the other workers?

- Particular situations: Primary health care services where the collaboration occurred more frequently? (Community health programs, emergencies, curative services, disease prevention, health promotion, home care, rehabilitation, etc.)
- Formal or informal

In summary, does interdisciplinary collaboration occurs mostly during the health promotion or the curatives activities?

Question 3: Could you explain to me your role and the role of the other members of the teams?

Group, team members and clientele characteristics (Professional, educational, personal)

- Professional and personal knowledge
- Conscience of professional interdependence
- History of professional and interprofessional links
- Presence of formal or informal leaders
- Key stakeholders
- Cohesion level among team members

How the collaboration will occurs with the others members of the team?

For you, on who are responsible to initiate the collaboration?

THEME 3: Elements influencing the interdisciplinary collaboration

Question 1: In your work environment, what elements could influence collaboration?

Example: Physical environment, procedures, intercultural context, group size, etc.

- Physical environment
 - Physical environment (local for meeting, distances, etc.)
 - Availability of technology
- Economical environment
 - Remuneration and bonus
- Organizational environment
 - Rules and procedures
 - Formal or informal process
 - Organization mission
 - Organizational structures (Unions)
- Social and cultural environment
 - *Intercultural context*
 - Care environment and professional culture
 - Group size
 - Opinion, vision or interest divergence regarding the interdisciplinary logic.
 - Schooling and formation
 - Interprofessional, interpersonal or intercultural conflicts.
 - Communication way and conflict management
 - Work climate
 - Confidence level
 - Expression of professional autonomy
 - Collegiality and power relationship

Among all these elements from your work environment, which ones are the principal obstacles to collaboration?

Among all these elements from your work environment, which ones enable to collaboration?

There are any external elements that could influence the collaboration?

- *Legal context (Bill 25, 90, etc.)*
- *External regulations*
- *Professional association*
- *Political influences*

Question 2: What do you think it could be change to improve interdisciplinary collaboration?

- free

Conclusion

Do you think there is any subject regarding interdisciplinary collaboration it would be important to consider?

Do you have any questions about the interview, the treatment of data or the subject of the research?

For statistics use, could you show me your group of age?

20 to 29

30 to 39

40 to 49

50 to 59

60 and over

Some information regarding the sex and the ethnicity will be also considered.

Thank you

Annexe 3

Feuillets d'informations et formulaires de consentement

-

Information sheet and Consent form

La collaboration interdisciplinaire en région isolée : Le cas de territoire l'Eeyou Istchee

Équipe de recherche et partenaire :

Cette recherche est réalisée dans le cadre des études de maîtrise en santé communautaire de Lily Lessard sous la direction de Dre Diane Morin de l'Université Laval et Dre Hélène Sylvain de l'UQAR. Elle est réalisée en collaboration avec Conseil Cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James.

Introduction :

Des études indiquent que la collaboration interdisciplinaire semble émerger beaucoup plus naturellement entre les intervenants de la santé et des services sociaux des régions isolées que dans le reste du réseau (Boone, Minore et al. 1997; Lazure and St-Laurent 2002; Sicotte, D'Amour et al. 2002). Toutefois, les éléments contextuels responsables de cette différence ne sont pas connus. C'est pour cette raison que vous êtes invité(e) à participer à cette recherche qui vise à connaître, à travers la perception des acteurs du milieu, les mécanismes régissant les processus de collaboration au sein des services de santé de première ligne des régions isolées du Québec.

La nature et les procédés de la recherche se définissent comme suit :

Objectif principal :

Afin de connaître les mécanismes à la base de la collaboration interdisciplinaire entre les intervenants travaillant en région isolée, cette recherche prend la forme d'une étude de cas où nous nous intéressons à la situation dans les services de santé et services sociaux de première ligne de l'Eeyou Istchee.

Déroulement de l'étude :

En tant que professionnel ou paraprofessionnel de la santé, votre participation à cette recherche prend la forme d'une entrevue individuelle semi-dirigée et enregistrée (audio) d'une durée d'environ une heure (1h). Cette entrevue sera conduite par l'étudiante-chercheuse et peut être réalisée, à votre convenance, dans votre milieu de travail, dans votre communauté de résidence ou au téléphone. Lors de cette entrevue, nous nous intéresserons aux trois thèmes suivants :

- 1) Votre perception de la collaboration interdisciplinaire
- 2) Votre expérience de la collaboration interdisciplinaire dans votre milieu de travail.
- 3) Aux éléments, qui selon vous, influencent l'établissement de la collaboration interdisciplinaire dans votre milieu de travail.

Risques relié à cette recherche pour les participants :

Il n'y a aucun risque connu relié à la participation à la recherche, d'autant plus que la confidentialité des réponses vous est assurée.

Participation et droit de se retirer de l'étude :

Votre participation doit être volontaire. Ceci signifie que chaque participant(e) peut se retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque. Ceci est valide même si le consentement est déjà signé.

Avantages et inconvénients pour les participants :

Votre participation à cette étude vous permettra de réfléchir, de façon personnelle, sur les apports de la collaboration interdisciplinaire pour vous, pour la population et pour votre organisation de santé. De plus, elle contribue à faire connaître votre pratique en tant que professionnel ou paraprofessionnel en région isolée. Le principal inconvénient réside dans le temps qui vous est demandé de nous accorder pour la durée de l'entrevue. Il se peut également que vous soyez contacté à nouveau en cours de recherche afin de valider les informations recueillies.

Confidentialité et anonymat :

Afin de préserver la confidentialité des renseignements recueillis auprès des participant(es), les mesures suivantes sont prévues :

- Les noms des participant(es) ne paraîtront sur aucun rapport et les informations divulguées individuellement par les participant(es) ne seront, en aucun cas, transmis à qui que ce soit sans votre autorisation signée ;
- Les documents écrits et audio seront identifiés à l'aide de codes. Seule la personne en charge des entrevues (étudiante-chercheure) aura accès à la liste nominale.
- Si les renseignements obtenus au cours de cette recherche sont soumis à des analyses ultérieures, seul le code apparaîtra sur les documents;
- Les données, incluant les enregistrements, les listes nominales et les retranscriptions écrites, seront conservées pendant 2 ans et détruites par la suite.
- Cette recherche peut faire l'objet de publications dans des revues scientifiques, toutefois, l'équipe de chercheur s'engage à ce qu'aucun des participants ne puisse être identifié.

Diffusion des résultats :

Un mémoire de maîtrise faisant état des résultats de la recherche sera produit à la fin de ce projet de recherche. Une copie de ce mémoire et un résumé seront remis à la Direction de la Santé publique du Conseil Cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James. De plus, si vous le désirez, une copie de ce résumé pourra vous être expédiée.

Éthique de la recherche :

Ce projet de recherche a préalablement reçu l'approbation du Comité d'éthique de la Recherche de l'Université Laval (CÉRUL) et du comité de la recherche du CCSSSBJ.

N° d'approbation du CERUL #2004-143

Personnes ressources et informations supplémentaires :

Toute question concernant le projet pourra être adressée à l'étudiante-chercheuse ou à sa directrice :

Lily Lessard inf.M.Sc (candidate)

Étudiante en Santé communautaire, Université Laval

Téléphone et télécopieur : 514-522-8712

Courriel : lilylessard@sympatico.ca

Diane Morin, Ph.D., professeure agrégée et directrice de recherche

Faculté des sciences infirmières

Université Laval

Téléphone: 418-656-2131 poste 3958 Télécopieur: 418-656-7747

Courrier électronique: diane.morin@fsi.ulaval.ca

Toute plainte ou critique pourra être adressée :

Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval

Pavillon Alphonse-Desjardins,

Bureau 3320 Renseignements – Secrétariat : 656-3081

Télécopieur : 656-3846

Courriel : ombuds@ombuds.ulaval.ca

Sources :

Boone, M., B. Minore, et al. (1997). "Strength through sharing: interdisciplinary teamwork in providing health and social services to northern native communities." Canadian Journal of Community Mental Health **16**(2): 15-28.

Lazure, G. and L. St-Laurent (2002). La nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées au Québec. F. d. s. infirmières. Québec, Université Laval: 41 pages.

Sicotte, C., D. D'Amour, et al. (2002). "Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres." Social Science & Medicine **55**: 991-1003.

La collaboration interdisciplinaire en région isolée : Le cas de l'Eeyou Istchee

Suite à la lecture du feuillet d'information, je comprends que :

- 1- Ma participation à cette recherche est volontaire. J'ai le droit de me retirer de la recherche, en tout temps, en avisant un membre de l'équipe de chercheur sans qu'aucune explication ne soit requise.
- 2- Je dois éclaircir, au besoin, toute ambiguïté à la lecture du feuillet d'information auprès des personnes-ressources.
- 3- À titre de participant, j'ai le droit de demander et recevoir à n'importe quel moment des informations quant au déroulement de cette recherche auprès des chercheurs.
- 4- Je recevrai une copie datée de ce formulaire de consentement signé.

Je soussigné(e) _____ consens donc librement à participer à la recherche intitulée : «La collaboration interdisciplinaire en région isolée : Le cas de l'Eeyou Istchee.»

Signature du (de la) participant (e)

Date

Signature du témoin

Date

Signature de la chercheuse

Date

Je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche : Oui Non

Adresse à laquelle la copie du résumé doit être expédiée : (informations confidentielles)

**INFORMATION SHEET FOR THE PROFESSIONAL AND PARAPROFESSIONALS IN HEALTH AND
SOCIAL SERVICES PARTICIPATING IN INDIVIDUAL INTERVIEWS**

Interdisciplinary collaboration in a remote region: The case of Eeyou Istchee

Research team and partner:

This study is being conducted as part of the Master's degree in community health of Lily Lessard, under supervision of Dr Diane Morin of Université Laval and Dr Hélène Sylvain of UQAR. It is undertaken in collaboration with the Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

Introduction:

Studies indicate that interdisciplinary collaboration among health workers (including social workers) seems to come much more naturally in remote regions than in the rest of the network (Boone, Minore et al. 1997; Lazure and St-Laurent 2002; Sicotte, D'Amour et al. 2002). However, the contextual elements accountable for this difference are not known. That is why you have been invited to participate in this research project that aims to clarify, through the perception of workers in the profession, the mechanisms that dictate the process of collaboration in front-line health services in the remote regions of Quebec.

The nature and procedures of the research are defined as follows:

Main objective:

With a view to understanding the mechanisms underlying interdisciplinary collaboration between workers in remote regions, this research project consists of a case study in which we examine the situation in front-line health and social services in Eeyou Istchee.

Study process:

As a health professional or paraprofessional, your participation in this study consists of an individual semi-supervised interview of approximately one hour in length that will be recorded (audio). This interview will be conducted by the student responsible for the study and may be held at your place of work, in your community or on the telephone, at your convenience. The interview will concern the following three themes:

- 1) Your perception of interdisciplinary collaboration;
- 2) Your experience with interdisciplinary collaboration in your place of work;
- 3) The factors that, in your opinion, influence the introduction of interdisciplinary collaboration in your place of work.

Risks for the participants

There are no known risks associated with participation in the study, especially since all responses will be kept strictly confidential.

Participation and freedom to withdraw from the study:

Your participation must be voluntary. That means that each participant may withdraw from this study at any time, without having to provide an explanation or suffer any wrong whatsoever. This holds valid even if the consent has already been signed.

Advantages and difficulties for participants:

Your participation in this study will allow you to individually reflect on the contributions of interdisciplinary collaboration for you, the population and your health organization. In addition, it helps make your work known as a professional or paraprofessional in a remote region, The main inconvenience is the time we ask you to grant us for duration of the interview. You may also be contacted a second time during the study to validate the information collected.

Confidentiality and anonymity:

To protect the confidentiality of the information gathered from participants, the following measures will be taken:

- The names of the participants will not appear on any report, and the information disclosed by the individual participants will not, under any circumstances, sent to anyone without your written authorization;
- The written documents and audio recordings will be identified using codes. Only the person in charge of interviews (student researcher) will have access to the list of names;
- If the information obtained during this study is subjected to future analyses, only the codes will appears on the documents;
- The data, including recordings, lists of names and written transcriptions, will be kept for 2 years and subsequently destroyed;
- This study may be published in scientific journals. The research team pledges that no participants will be identifiable.

Communication of results:

At the end of the research project, a master's thesis revealing the results of the study will be submitted. A copy of this thesis and a summary will be given to the Public Health department of the Cree Board of Health and Social Services of James Bay. A copy can be sent to you if you are interested.

Ethical concerns:

This project has received the approbation from the *Comité d'éthique de la Recherche de l'Université Laval* (CÉRUL Approbation number #2004-143), from the Direction of Master in Community Health Program of *Université Laval* and from the CBHSSBJ Research Committee.

Contacts and additional information:

Questions regarding this research can be addressed to the student or her supervisor:

Lily Lessard RN, M.Sc (cand)

Faculty of preventive and social medicine

Université Laval

Telephone and fax: 514-522-8712

E-Mail : lilylessard@sympatico.ca

Diane Morin, RN, Ph.D., professor and research supervisor

Faculty of Nursing

Université Laval

Telephone: 418-656-2131 ext.: 3958

Fax : 418-656-7747

E-Mail: diane.morin@fsi.ulaval.ca

Any complaint can be addressed to:

Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval

Pavillon Alphonse-Desjardins,

Bureau 3320

Telephone: 656-3081

Fax : 656-3846

E-Mail : ombuds@ombuds.ulaval.ca

Sources : Boone, M., B. Minore, et al. (1997). "Strength through sharing: interdisciplinary teamwork in providing health and social services to northern native communities." Canadian Journal of Community Mental Health **16**(2): 15-28.

Lazure, G. and L. St-Laurent (2002). La nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées au Québec. F. d. s. infirmières. Québec, Université Laval: 41 pages.

Scotte, C., D. D'Amour, et al. (2002). "Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres." Social Science & Medicine **55**: 991-1003.

CONSENT FORM FOR INDIVIDUAL INTERVIEW PARTICIPANTS

Interdisciplinary collaboration in remote region: The case of Eeyou Istchee

I have read the information sheet and I understand that:

- 1- My participation in this study is voluntary. I am entitled to withdraw from the study at any time by advising a member of the research team without any need for explanation;
- 2- If needed, I must ask the resource people for clarification of any ambiguous point in the information sheet;
- 3- As a participant, I am entitled to request and receive information from the research team regarding the progression of the study at any time;
- 4- I will receive a dated copy of this signed consent form.

I, _____ therefore freely consent to participating in the research study entitled *Interdisciplinary collaboration in a remote region: The case of Eeyou Istchee*.

Signature of the participant

Date

Signature of the witness

Date

Signature of the researcher

Date

I would like to receive a summary of the study results: Yes No

Address to which the copy of the summary must be sent (confidential information):

Québec, le 10 juin 2004

Madame Lilly Lessard
1463, rue Rachel Est
Montréal

Objet : *Autorisation du protocole de mémoire de Lilly Lessard*

Titre : *La collaboration interdisciplinaire entre les professionnels de la santé des services de première ligne en région isolée : le cas du territoire cri de la Baie-James*

Chère Lilly,

Il nous fait plaisir de vous informer que la Direction du Programme de maîtrise en santé communautaire autorise votre projet de recherche dans le cadre du mémoire de maîtrise.

Nous tenons à vous informer que votre projet de recherche a été examiné par les professeur/es Michèle Saint-Pierre et Daniel Reinharz et ils l'ont jugé pertinent par rapport au domaine de la santé communautaire. Bien que nous vous transmettons une copie de leur évaluation, nous aimerions attirer votre attention sur les questions qui ont été soulevées aux différentes sections de votre protocole de recherche. Le concept de collaboration interdisciplinaire, les objectifs de la recherche (c'est-à-dire de comprendre le contexte ou de considérer les mécanismes sur lesquels reposent la collaboration interdisciplinaire) et le cadre conceptuel proposé pour traiter de l'interdisciplinarité mériteraient d'être plus explicites pour la suite du projet. De plus, nous aimerions que votre recherche puisse se réaliser dans les délais de votre échéancier et faire en sorte que vous puissiez bénéficier de la prime à la réussite accordée par la Faculté de médecine.

Finalement, nous souhaitons que votre projet puisse être finalisé avec tout le dynamisme et la détermination nécessaires à l'atteinte des objectifs poursuivis par cette activité de recherche, c'est-à-dire acquérir une méthodologie appropriée à l'exploration et à la synthétisation d'une problématique de santé communautaire et démontrer une connaissance des écrits et des travaux qui se rapportent à l'objet d'étude.

Nous vous prions, chère Lilly, d'accepter l'expression de nos salutations les plus cordiales.

Le Directeur du Programme de maîtrise en santé communautaire



Jacques E. Girard

Sainte-Foy, le 16 juin 2004

**Madame Lily Lessard
Madame Diane Morin
1463 rue Rachel-Est
Montréal (Québec)
H2J 2K3**

Objet : Projet de recherche intitulé: La collaboration interdisciplinaire entre les professionnels offrant des services de santé de première ligne en région isolée : le cas des territoires crisés de la Baie-James (2004-143)

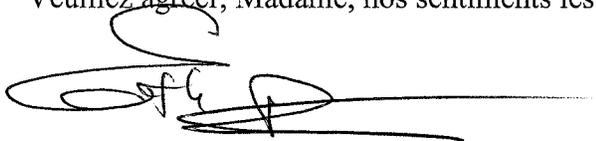
Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval a pris connaissance du projet de recherche cité en objet et l'a trouvé conforme sur le plan déontologique. Par conséquent, le Comité approuve ledit projet pour une période d'un an, soit jusqu'au 1^{er} juillet 2005. Toutefois, le Comité aimerait obtenir une copie de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Département de santé publique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, dès que cette dernière sera disponible, afin de compléter votre dossier.

Le Comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait à une date ultérieure à celle de la présente approbation et qui comporterait des changements dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus.

Le projet devra être réévalué un an à partir de la date d'approbation, le chercheur indiquant brièvement l'évolution et le déroulement de sa recherche, le nombre de participants recrutés et si les perspectives de cette recherche se déroulent tel que prévu. Un formulaire de demande de renouvellement est disponible sur le site Internet du Comité à l'adresse suivante : <http://www.ulaval.ca/vrr/deontologie/cdr/CDR.html>.

Veuillez agréer, Madame, nos sentiments les meilleurs.



**Édith Deleury
Présidente
Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval**



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
σ ∩ d 7 a b 7 Δ Γ Δ ∙ ∆ ∆ a ∆ a a b Γ C b σ ∩ ∙
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

RESEARCH COMMITTEE

PAR POSTE ET COURRIEL

June 25, 2004

Ms. Lily Lessard
1463 Rachel east
Montreal, Quebec H2J 2K3

RE: Proposed project entitled: *La collaboration interdisciplinaire entre Les professionnels offrant des services de santé de première ligne en région isolée : Le cas des territoires cris de la Baie-James*

Dear Ms. Lessard:

After a long delay, which had nothing at all to do with your request, I am pleased to inform you that we would welcome your project into the Cree Board of Health. Your subject is very pertinent to current issues in the Board and region.

As you already have a copy of our Research Procedures, I will send you a draft Research Agreement later in the summer after I return and by that time you will have done some planning for your field work and we will be in a better position to name a project Steering Committee. The purpose of such a Committee is to ensure the smooth integration of the project within the Cree Board of Health and communities.

In the meanwhile, I have spoken with Bella Moses Petawabano and Paul Linton, both Public Health Directors in the community of Mistissini. They concurred with me that you could probably best start your project by visiting Mistissini and planning it with people who have extensive experience in the clinic system.

The Assistant Executive Director, Dr. Yv Bonnier Viger, strongly recommends that you work in Wemindji because that is the first community where the new concept of a Multi-service Centre is to be implemented. Paul Linton also mentioned some interesting issues

related to front line services in Chisasibi, stemming from the complexity of having the Hospital, community health services and clinic all in one facility but operated quite distinctly. These are the kinds of issues that you will be able to discuss at length in Mistissini.

Once you have determined the focus of your field work, we will be in a better position to understand if the communities are direct partners in the project, or only collaborators. If you decide to examine links within community- run services, then we will seek letters of permission from the respective communities. However, if you decide to limit your field work to examining the integration of services proper to the Cree Board of Health, then we will inform the respective communities about the project.

Because of the nature of your project, I feel that all of this will evolve after you have begun to talk to the directors in the region.

Bella Moses Petawabano can be reached at bella_petawabano@ssss.gouv.qc.ca and her phone is: 418-923-2332 poste 233. Paul Linton can be reached at the same phone number (but I forget his extension). His e-mail is: Plinton@ssss.gouv.qc.ca. They will also suggest you speak with Suzanne Roy, the director of the Inland CLSC in Mistissini, who can be reached at the same phone and at: sroy.reg18@ssss.gouv.qc.ca.

When the full Research Committee meets in September, I will forward your request for a grant to help you with travel costs.

Once again, I regret taking so long to reply but in this past year we have been at the limit of our capacity to take on new projects, because of other large files we were involved with.

Good luck with your project and I will be back on the 26th of July for a week, and then in September.

Regards,

Jill Torrie
Permanent Secretary of the Research Committee
Director of Specialised Services

Cc: Members of the Research Committee
Paul Linton
Suzanne Roy
Diane Morin
