

Série B : Études et analyses scientifiques



**Programme d'intervention fondé sur un modèle de
collaboration interprofessionnelle et de promotion
de l'autosoin auprès de diabétiques de type 2**

RAPPORT DE RECHERCHE

**Par
Denise St-Cyr Tribble
Frances Gallagher
Alain Vanasse
Chantal Doré
Johanne Archambault
Martin Fortin**

**Cette étude a bénéficié du
financement de la FCRSS
ET
D'AVENTIS CANADA, SECTEUR ÉDUCATION**

Octobre 2007

Recherche et rédaction : Denise St-Cyr Tribble, CSSS-IUG Sherbrooke et Université de Sherbrooke (U. de S.)

Ont collaboré au projet : Frances Gallagher, École des sciences infirmières (U. de S.)

Alain Vanasse, Dép. de médecine de famille (U. de S.)

Chantal Doré, CSSS-IUG Sherbrooke et U. de S.

Johanne Archambault, CSSS-IUG Sherbrooke

Martin Fortin, Unité de médecine de famille (U. de S.)

Mise en pages et

révision linguistique : Nancy Hamel, agente administrative
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement

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

Julie Pouliot, agente administrative
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Direction de la coordination et des affaires académiques

Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
(819) 562-9121, poste 47087
jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13

978-2-922997-51-4 (version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2007

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada 2007

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

Programme d'intervention fondé sur un modèle de collaboration interprofessionnelle et de promotion de l'autosoins auprès de diabétiques de type 2

TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux messages	v
Sommaire	vii
Rapport final	
1. Contexte de la recherche.....	1
2. But et objectifs poursuivis dans la présente recherche.....	4
2.1 Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle?	4
2.2 Quelles sont les structures qui facilitent la collaboration interprofessionnelle?	5
2.3 Qu'entendons-nous par autosoin et promotion de l'autosoin?	5
3. Approches et méthodes utilisées dans la présente recherche	6
3.1 Devis de la recherche	6
3.2 Participants à la recherche.....	7
3.3 Déroulement de l'étude, instruments et collecte des données. Comment repenser le rôle des professionnels afin de favoriser la collaboration et l'autosoin?	8
4. Analyse des données	10
5. Résultats saillants	10
5.1 Collaboration au sein de l'équipe infirmière-médecins-gestionnaires	10
5.2 Promotion de l'autosoin	13
5.3 Prise en charge par les personnes diabétiques de leurs autosoins	14
5.4 Satisfaction des professionnels de l'équipe.....	14
5.5 Effets du programme d'intervention sur les diabétiques.....	14
6. Retombées de la recherche	16
7. Transfert de connaissances.....	17
8. Références	20

MESSAGES PRINCIPAUX

- Au Canada, le diabète représente un problème de santé majeur. Selon Santé Canada, près de 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Les écrits préconisent une approche centrée sur l'individu favorisant la gestion de sa santé par la prise en charge des autosoins et le partenariat avec l'équipe de soins.
- Les services aux personnes diabétiques touchent tout le monde, les individus eux-mêmes, les gestionnaires, les décideurs politiques, les intervenants et les chercheurs.
- La mise en place de modèles favorisant la collaboration interprofessionnelle est primordiale pour les décideurs terrains et les décideurs politiques. Pour ce faire, ils doivent s'appuyer sur des expériences concrètes et documentées.
- Le rapport de recherche traite de la collaboration interprofessionnelle infirmière-médecins auprès d'une clientèle diabétique de type 2.
- Le projet est une idée du milieu d'intervention, il conjugue les diverses missions (services, enseignement et recherche) du centre affilié universitaire (CAU, composante CLSC du CSSS-IUGS). Il repose sur une mobilisation élargie chez les intervenants, les gestionnaires et les chercheurs autour de discussions sur les pratiques, les services à la clientèle et le développement d'outils terrains émergeant des besoins du milieu.
- Une démarche terrain a permis de coupler l'intervention avec une recherche, de documenter des pratiques, des préoccupations et des effets. Les outils développés facilitent la poursuite du développement d'un modèle de collaboration interprofessionnelle élaboré dans un projet pilote antérieur.
- Le projet tient compte des préoccupations locales et nationales en matière de suivi systématique de clientèles souffrant de problèmes de santé chroniques, de la collaboration interprofessionnelle et de l'interdisciplinarité.
- Le modèle de collaboration interprofessionnelle implanté s'inspire des modèles de collaboration décrits dans la littérature scientifique. Il est souple, tient compte des conditions organisationnelles du milieu et pourrait s'ajuster en fonction d'autres clientèles et d'autres professionnels que ceux mentionnés. Il prend appui dans les orientations nationales en matière de services de première ligne et s'inscrit dans les pratiques de pointe du CSSS-IUGS (composante CLSC).
- Les résultats indiquent, entre autres, l'importance de l'implication des gestionnaires pour soutenir l'implantation, la mise en œuvre et l'évaluation d'une nouvelle pratique (adoption par le comité de direction), faire preuve d'ouverture dans la gestion : réaménager les équipes de travail, participer à des réunions, discuter des difficultés et assurer un soutien financier.

SOMMAIRE

- ✓ Comment l'organisation des soins de première ligne peut-elle être plus efficace dans le traitement des personnes aux prises avec une maladie chronique comme le diabète de type 2?
- ✓ Le rôle des professionnels devrait-il être repensé en lien avec l'augmentation des maladies chroniques?
- ✓ Une prise en charge individuelle de sa santé, par l'apprentissage de l'autosoin, peut-elle contribuer à une organisation plus efficiente des services de santé de première ligne?
- ✓ La réorganisation professionnelle et un meilleur partage des responsabilités entre professionnels permettront-ils une prestation améliorée de services et une amélioration globale de la santé des personnes concernées?
- ✓ Comment un partage des responsabilités dans un suivi médical et infirmier et la réorganisation des tâches qui s'ensuit peuvent-ils prendre forme à l'intérieur d'établissement et de services répondant aux normes institutionnelles habituelles?

Ces préoccupations énoncées par des gestionnaires et des décideurs en milieu d'intervention de première ligne constituent la base de réflexion de cette étude évaluative et participative. Les résultats de celle-ci indiquent que la collaboration interprofessionnelle et les interventions de promotion de l'autosoin représentent des stratégies pertinentes dans l'organisation des services de première ligne à l'égard des personnes aux prises avec des maladies chroniques.

L'étude sur la collaboration interprofessionnelle infirmière-médecins émerge de la volonté et des besoins exprimés par un milieu d'intervention. Il porte la couleur et les préoccupations de ce

milieu. On peut néanmoins y trouver des dimensions transversales s'appliquant à d'autres milieux ou d'autres services dont les groupes de médecine de famille (GMF). **La collaboration interprofessionnelle** prend forme autour d'une structure de travail appropriée (aménagement d'espace et d'horaires de travail, mise en commun d'outils, définition commune des modalités de communication); de l'adhésion à un modèle d'intervention défini et partagé par les professionnels (intervention basée sur la promotion de l'autosoin, ententes sur les objectifs de suivi, mise en œuvre commune du modèle); de la coopération et l'utilisation des divers savoirs professionnels (influence mutuelle, discussions de cas en commun); de la coresponsabilisation face aux suivis (prise en charge commune, concilier la complémentarité des rôles, accepter le rôle pivot de l'infirmière) et enfin, la collaboration essentielle des gestionnaires (soutenir l'implantation du modèle, faire preuve d'ouverture et de souplesse dans la gestion, rechercher des solutions à divers problèmes ponctuels).

La promotion de l'autosoin auprès des personnes atteintes de diabète de type 2 a donné lieu à six stratégies expérimentées par les équipes infirmière-médecins : 1) contribuer au lien thérapeutique (écouter, manifester de l'intérêt, utiliser un langage approprié); 2) intervenir à partir des préoccupations de la clientèle et de leur point de vue ainsi qu'à partir de leurs forces (laisser le temps nécessaire pour s'exprimer, nommer les forces et les valoriser, adapter le rythme de l'intervention à celui de l'individu); 3) encourager et soutenir la prise de décision (inviter la personne à décider, adapter l'intervention au besoin.); 4) faciliter l'apprentissage (aider à comprendre la situation, aider au développement des habiletés, etc.); 5) aider à se doter de réseaux de soutien (aider à trouver des ressources de soutien, intervenir auprès de personnes faisant partie du réseau de soutien) et 6) coordonner l'organisation de l'aide (mise en place de

divers moyens permettant les interactions entre les acteurs concernés). Les effets du programme d'intervention sur les personnes diabétiques montrent des résultats à partir desquels il est difficile de conclure de façon définitive. Un plus grand nombre de sujets aurait permis une lecture et une portée plus significative des résultats. Il faut poursuivre la recherche dans ce domaine. Cette étude a permis de documenter un modèle de collaboration professionnelle et de promotion de l'autosoin concrètement vécu par des équipes infirmière-médecins donnant ainsi une lecture inachevée certes, mais comportant des indices suffisamment fiables pour y voir l'intérêt de poursuivre le développement d'un tel modèle.

1. Contexte de la recherche

Pourquoi s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle infirmière-médecins dans l'intervention auprès de personnes souffrant d'un problème de santé chronique tel que le diabète de type 2?

Au Canada, le diabète représente un problème de santé considérable. Santé Canada estime que de 1,2 millions à 1,4 millions de personnes sont affectées par cette maladie et que seulement 800 000 sont diagnostiquées¹. De plus, près de 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Le diabète est responsable de plusieurs complications (néphropathiques, neuropathiques, cardiovasculaires et vasculaires) ayant des conséquences importantes pour les personnes, leurs proches et le système de santé. Une étude réalisée au Royaume-Uni conclut qu'un contrôle glycémique serré diminue l'incidence des complications reliées au diabète².

Dans les écrits portant sur la problématique du diabète, il est question d'approches centrées sur la personne favorisant l'autosoin chez la clientèle, la communication et le mieux-être³⁻⁴⁻⁵. Il s'agit d'une démarche de soins visant à soutenir la clientèle afin qu'elle puisse faire des choix éclairés en vue d'assumer la gestion de sa santé⁶. Cette approche s'appuie sur des études démontrant l'impact de l'autoefficacité perçue par les diabétiques dans le changement de comportements et le suivi du traitement⁷. En matière d'organisation des soins, le rôle clé des professionnels de première ligne oeuvrant auprès de la clientèle diabétique est maintes fois évoqué⁸. Le suivi des diabétiques dans la communauté est aussi efficace que celui réalisé en clinique externe

hospitalière, du moins à court terme⁹. L'organisation des soins s'appuyant sur des équipes multiprofessionnelles semble plus efficace que celle reposant essentiellement sur un seul groupe professionnel, généralement les médecins¹⁰. Les écrits insistent sur le rôle central des infirmières auprès des diabétiques. Les études sur la collaboration infirmière-médecins indiquent une amélioration de la communication, de la gestion des soins et de l'état de santé des usagers¹¹. Une méta-analyse de 41 études¹² sur le suivi de diabétiques en milieu de soins primaires conclut que les interventions multiprofessionnelles orientées vers la personne intégrant l'éducation et la présence d'une infirmière clinicienne augmentent les effets bénéfiques sur la santé des usagers et l'adhésion au traitement médical. Les résultats de ces études, en termes de retombées sur les usagers, doivent être interprétés prudemment en raison de leurs faiblesses méthodologiques. Par ailleurs, on note que les rôles des professionnels sont à repenser afin de répondre à la pression croissante occasionnée par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Les écrits sur les soins aux diabétiques soulignent que les approches visant une implication accrue des usagers dans les consultations permettent d'augmenter leur adhésion au traitement¹³. De la même façon, des organismes professionnels et des décideurs politiques¹⁴ se penchent sur l'organisation des soins et prônent des collaborations interprofessionnelles au sein d'unités de soins situées dans la communauté et centrées sur l'utilisateur. La mise en place de tels modèles de soins revêt un caractère primordial pour les décideurs terrains (CLSC) et les décideurs politiques et demande à être appuyée sur des connaissances scientifiques.

Une étude sur la collaboration interprofessionnelle en première ligne : Programme d'intervention fondé sur un modèle de collaboration interprofessionnelle et de promotion de l'autosoin auprès de diabétiques de type 2.

La présente étude est considérée comme la deuxième étape d'une démarche impliquant un projet pilote¹⁵ subventionné par Santé Canada et réalisé au CLSC de la Région Sherbrookoise[†]. Le projet pilote a tenu compte des préoccupations du milieu d'intervention et de l'intérêt de l'unité de médecine de famille de se doter de moyens permettant d'améliorer les suivis de la clientèle pour réintroduire la promotion, l'éducation à la santé et favoriser l'autosoin dans les suivis aux services courants du CLSC. **Le modèle de collaboration interprofessionnelle en émergence** développé et les observations du projet pilote sont le point de départ de la recherche faisant l'objet du présent rapport. **Le présent modèle de collaboration possède les caractéristiques suivantes** : suivis thérapeutiques intégrant l'éducation à la santé, suivis plus longs et intenses assurés par les infirmières, intervention centrée sur les patients, partage d'une approche commune misant sur l'autosoin, le travail de l'infirmière et du médecin orienté sur la coopération (échanges verbaux, écrits, objectifs de soins énoncés conjointement). Les observations¹⁶ soulevées sont intéressantes. On note l'adoption de comportements plus sains chez la clientèle, des changements dans certains traitements médicaux, une plus grande atteinte des objectifs de soins, une diminution de l'anxiété, l'accroissement de la motivation chez certaines personnes, l'augmentation du nombre de questions posées par les participants sur leur état de santé et une satisfaction accrue chez les professionnels impliqués.

[†] Le CLSC de la Région-Sherbrookoise, centre affilié universitaire (CAU) est devenu, depuis 2004, le Centre de santé et des services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). La recherche dont il est question ici s'inscrit dans la composante CLSC du CSSS-IUGS.

2. But et objectifs poursuivis dans la présente recherche

En lien avec les observations documentées et les hypothèses émises dans le projet pilote, la présente recherche avait pour **but** d'examiner les effets d'un programme d'intervention fondé sur un modèle de collaboration interprofessionnelle et sur la promotion de l'autosoin auprès de diabétiques de type 2. Selon une approche qui favorise la participation de divers acteurs (usagers, intervenants infirmières et médecins, gestionnaires, chercheurs), les **objectifs spécifiques de la recherche** sont les suivants : 1) implanter un programme d'intervention fondé sur un modèle de collaboration interprofessionnelle et sur la promotion de l'autosoin; 2) décrire le processus d'implantation du programme d'intervention; 3) évaluer les effets du programme d'intervention sur certains paramètres du diabète (hémoglobine glycosylée, nombre d'hospitalisations), chez deux groupes de diabétiques de type 2 – un groupe qui reçoit l'intervention et un groupe qui ne la reçoit pas et 4) évaluer les effets du programme d'intervention sur la qualité de vie et le sentiment d'auto-efficacité de deux groupes de diabétiques de type 2.

2.1 Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle?

La collaboration interprofessionnelle se définit comme « *la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques (...)* ». De plus, les valeurs sous-jacentes à cette définition sont « *l'importance d'utiliser une approche centrée sur la clientèle et sur le partage des zones d'interventions. (...)* ». C'est par un processus de négociation que les partenaires parviennent à s'entendre et à édifier la collaboration¹⁷.

2.2 Quelles sont les structures qui facilitent la collaboration interprofessionnelle?

Selon Lescarbeau¹⁸, pour faciliter la collaboration interprofessionnelle, il est essentiel de se donner des règles de fonctionnement, d'identifier ce qui est considéré urgent, de savoir comment joindre les membres de l'équipe, de connaître la procédure pour transmettre l'information, de posséder des outils de travail connus de tous, d'établir des modalités de rencontres interprofessionnelles (corridors, bureaux, réunions d'équipe), de respecter les tâches de chaque membre (éviter de recourir à l'autre de façon inappropriée), d'avoir des espaces de travail qui favorisent la collaboration (proximité) et d'établir des horaires spécifiques pour les personnes dont le suivi se fait en collaboration interprofessionnelle.

2.3 Qu'entendons-nous par autosoin et promotion de l'autosoin?

L'autosoin englobe une gamme d'activités effectuées par les individus pour améliorer leur santé, prévenir la maladie, évaluer leurs symptômes et restaurer leur santé. Ces activités sont entreprises par des personnes pour elles-mêmes, soit séparément, soit avec la participation de professionnels¹⁹. **Promouvoir l'autosoin inclut** « *soutenir la personne, lui exprimer son acceptation, l'écouter, partager des connaissances, faciliter l'apprentissage et le développement personnel, l'aider à construire des réseaux de soutien et un milieu favorable* »²⁰. Une des valeurs sous-jacentes au soutien à l'autosoin est celle d'avoir confiance en la personne et de lui refléter qu'elle a le potentiel de prendre sa vie en main et ce, malgré le fait qu'elle puisse avoir besoin d'aide²¹.

3. Approches et méthodes utilisées dans la présente recherche

Pour l'implantation du programme d'intervention fondé sur un modèle de collaboration interprofessionnelle, une approche participative a été retenue. Le modèle de collaboration interprofessionnelle à implanter s'ajustera très bien à cette approche. Il s'agit essentiellement d'un modèle empirique co-construit et co-évalué par des personnes directement concernées, à savoir des intervenants infirmières et médecins, des gestionnaires, des personnes diabétiques de type 2 suivies dans les services courants en première ligne, des chercheurs, des courtiers de connaissances et des professionnels de recherche. Les méthodes de recherche (devis, collecte et analyse des données) ont également un caractère participatif donnant l'opportunité aux personnes interpellées par la collaboration interprofessionnelle infirmière-médecins de poursuivre leur implication. Tout au long de la recherche, des allers-retours, des ajustements ont eu lieu à la suite de l'identification de difficultés ou de façons de faire jugées prometteuses. Ces approches et ces méthodes s'inspirent de l'évaluation de 4^e génération et permettent l'échange des savoirs entre les différents détenteurs d'enjeux et la construction de nouveaux savoirs qui émergent autant à travers le déroulement des étapes du processus que du contenu de l'intervention. La recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et des services sociaux de l'Estrie.

3.1 Devis de la recherche

Pour atteindre les objectifs de la recherche, un devis mixte a été utilisé. Il s'agit d'une évaluation participative de 4^e génération²²⁻²³ et une comparaison entre deux groupes de diabétiques. Le groupe 1 (n=21) se situait dans le milieu de soins où se déroulait la recherche, le groupe 2 (n=25) provenait d'un milieu de soins semblable où il n'y avait pas de projet de recherche sur

l'intervention de collaboration interprofessionnelle. Le caractère évaluatif abondant des volets qualitatif et quantitatif facilite la prise en compte des expertises de différents professionnels et celles du diabétique à travers son vécu. L'évaluation de 4^e génération est une démarche en 12 étapes permettant d'évaluer la mise en place du programme d'intervention pour le suivi de diabétiques de type 2. Le dispositif quasi-expérimental permet de recueillir et d'évaluer les effets du programme sur divers éléments en lien avec la clientèle diabétique de type 2 suivie en première ligne. Ainsi, il sert à comparer les personnes par rapport à elles-mêmes (deux temps de mesure, T1 et T2) et les groupes entre eux (G1 et G2) sur des données objectives (contrôle de la glycémie, nombre d'hospitalisations, caractéristiques sociodémographiques...) et subjectives (qualité de vie, sentiment d'auto-efficacité...) en lien avec le diabète.

3.2 Participants à la recherche

Cette recherche regroupe des membres internes et externes de l'établissement. Une équipe composée d'une infirmière et de cinq médecins a intégré le modèle d'intervention. La composition de l'équipe a changé au cours de la phase d'expérimentation du modèle, dû notamment à de nouvelles affectations pour le personnel infirmier. Ainsi, trois infirmières ont fait partie de l'équipe à un moment ou l'autre de la recherche. À l'interne, deux autres équipes médicales n'ayant pas adopté le modèle (dont une incluant une infirmière) ont contribué à l'étude en apportant leur point de vue à des moments clés. De plus, des gestionnaires (le DG et quatre cadres supérieurs et intermédiaires), des chercheurs (huit chercheurs et trois partenaires) et des personnes diabétiques de type 2 (groupe 1 recevant l'intervention, n=21 et groupe 2, n=25, ne recevant pas l'intervention) ont participé à la recherche. Étant donné le caractère exploratoire de cette recherche, des participants ayant au moins un problème de santé homogène ont été choisis.

Par ailleurs, nous croyons que le modèle est transférable à d'autres clientèles souffrant d'une maladie chronique et de multimorbidité. Un comité de suivi terrain également multidisciplinaire (infirmière, médecin, gestionnaire) a facilité la mise en œuvre et l'arrimage des volets recherche et intervention du projet.

Les membres externes constituent un comité consultatif multidisciplinaire formé de représentants de l'ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Estrie, de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie, de l'Association des diabétiques de l'Estrie, de professeurs et de chercheurs (Collège, Université) ainsi que des infirmières, des médecins et des gestionnaires du CSSS-IUGS et d'autres CSSS de l'Estrie.

3.3 Déroulement de l'étude, instruments et collecte des données. Comment repenser le rôle des professionnels afin de favoriser la collaboration et l'autosoin?

Le milieu de pratique a pris position sur l'implantation d'un modèle de collaboration interprofessionnelle. Il a investi des fonds en spécifiant que le modèle serait éventuellement intégré dans la structure régulière des services courants de première ligne. La direction a aussi décrété qu'il s'agissait d'une pratique de pointe « en construction ». L'équipe médicale traditionnelle s'est transformée en une équipe infirmière-médecins et elle s'est investie dans la recherche en y consacrant du temps et des ressources (discussions et réajustements nécessaires à la réalisation de la phase d'implantation de nouveaux modes de pratiques). Ainsi, de l'hiver 2002 au printemps 2006, une recherche, associée à l'expérimentation d'un programme d'intervention visant la collaboration interprofessionnelle et la promotion de l'autosoin chez des personnes diabétiques de type 2, a été réalisée. Le tableau 1 qui suit illustre l'ensemble des activités

réalisées et des instruments élaborés pour la recherche de même que ceux déjà construits et disponibles dans les écrits.

Tableau 1 : Activités réalisées

1. Étape préparatoire à l'implantation du programme d'intervention

Automne 2001 et hiver 2002, l'équipe médicale devient une équipe infirmière-médecins; conception du programme et implantation du programme dans cette équipe, formation du comité consultatif. Démarches relatives aux outils de collecte de données (autorisations, adaptation et développement). En février 2002, une première rencontre du comité consultatif a permis de présenter la recherche, de discuter des objectifs et des méthodes préconisées.

2. Implantation du programme d'intervention par le milieu de pratique

Été 2002, l'équipe infirmière-médecins intègre les principaux éléments du programme d'intervention sur la collaboration interprofessionnelle et la promotion de l'autosoin. Le programme continue à évoluer au fil des expériences des membres de cette équipe. Démarches amorcées pour qu'en janvier 2003, une 2^e équipe infirmière-médecins intègre le programme à sa pratique habituelle. Ce qui ne s'est pas concrétisé à cause de limites organisationnelles ne permettant pas l'ajout d'une infirmière à l'équipe médicale.

3. Collecte de données : Phase d'implantation du programme

Description de la phase d'implantation et du programme en termes de promotion de l'autosoin et de collaboration interprofessionnelle par l'observation des réunions hebdomadaires de l'équipe infirmière-médecins, lecture du journal de bord tenu par l'infirmière et les notes des réunions du comité de suivi (gestionnaires, intervenantes et intervenants, chercheuses et chercheurs).

Description du programme en termes de promotion de l'autosoin et de la collaboration interprofessionnelle documentée : focus group avec les membres de l'équipe, entrevues individuelles avec trois membres de l'équipe pour préciser les caractéristiques du modèle d'intervention. Cette collecte de données fût répétée deux fois pour saisir l'évolution. L'application du programme par toutes les équipes infirmière-médecins fût documentée de la même façon. Les résultats d'analyses préliminaires des données recueillies ont alimenté le processus d'implantation.

Printemps-été 2003, une 2^e rencontre avec le comité consultatif (14/17 participants), présentation de la recherche et les priorités nationales et régionales en matière de santé, état d'avancement des travaux et discussions de stratégies de transfert des connaissances. De plus, une session de travail avec les partenaires d'Aventis Canada sur le transfert des connaissances, préparation d'une affiche pour les journées de santé publique.

4. Recrutement des usagers

Automne 2003, 10 personnes diabétiques suivies dans le programme expérimenté à Sherbrooke ont accepté de participer à la recherche (nombre visé : 31). L'Unité de médecine de famille de Chicoutimi agit à titre de groupe témoin. Quarante et un diabétiques ont accepté de participer à la recherche. Une assistante de recherche est formée pour réaliser les activités de recherche à Chicoutimi.

5. Collecte de données auprès des usagers

Divers modes de collecte au temps 1 (T1) et temps 2 (T2) sont utilisés pour examiner l'effet du programme d'intervention : questionnaires sur la qualité de vie, auto-efficacité ou autosoin (Diabetic Empowerment Scale, le DES), les caractéristiques sociodémographiques, les grilles d'examen du dossier de l'utilisateur. Un ralentissement dû à des changements organisationnels influe sur la collecte des données au CLSC de Sherbrooke (T1) mais l'équipe infirmière-médecins connaît, à partir de décembre 2004, une stabilité organisationnelle et entre en fonction comme GMF à l'automne 2004. Les entrevues au T2 sont conduites environ 12 mois après les entrevues du T1 se terminant en février 2005 et celles du T2, en février 2006.

4. Analyses des données

L'analyse thématique inspirée des travaux de Huberman et Miles²⁴ a servi à faire ressortir les résultats liés à l'implantation du modèle de collaboration interprofessionnelle (données recueillies au cours des entrevues, des rencontres des membres du comité consultatif, du comité de suivi, des focus group, des contenus des procès-verbaux des réunions d'équipe). Diverses analyses quantitatives ont été utilisées pour l'examen des caractéristiques des diabétiques participants (analyses descriptives, test de Man-Whitney, Chi carré). Le test des rangs signés de Wilcoxon a servi à comparer les deux groupes au temps 1 et au temps 2 pour chacune des principales variables à l'étude, à savoir l'empowerment, la qualité de vie et l'hémoglobine glycosylée. Pour comparer les résultats des deux groupes sur ces trois variables, nous avons utilisé le test de Mann-Whitney. Une valeur p minimale de 0,05 a été considérée pour déterminer le seuil de signification.

5. Résultats saillants

5.1 Collaboration au sein de l'équipe infirmière-médecins-gestionnaires

Sur le terrain, diverses actions traduisent la présence d'une collaboration interprofessionnelle entre les infirmières, les médecins et les gestionnaires. Dans le tableau 2 qui suit, elles se regroupent autour de cinq grandes stratégies.

Tableau 2 : Indices de collaboration interprofessionnelle : stratégies et actions

- 1) **La mobilisation autour d'une structure de travail** (organisation du travail) : aménager les espaces et les horaires de travail, mettre en commun les outils de travail, définir les modalités de communication entre les membres de l'équipe.
- 2) **L'adhésion à un modèle d'intervention partagé** : s'approprier une approche d'intervention basée sur la promotion de l'autosoin dans le suivi de personnes aux prises avec un problème de santé chronique, convenir (ententes) des objectifs visés par le programme d'intervention fondé sur la collaboration et la promotion de l'autosoin, mettre en œuvre des modalités assurant le suivi de l'implantation (réunions, monitoring, ajustements au besoin), échanger et clarifier les rôles respectifs.
- 3) **La coopération et l'utilisation des savoirs** : s'influencer mutuellement, recourir à l'expertise de l'autre, se montrer disponible aux autres membres de l'équipe, réaliser des discussions de cas.
- 4) **La co-responsabilisation face aux suivis** : prendre conjointement en charge le suivi, assumer les rôles respectifs de manière complémentaire, concilier la complémentarité des rôles et l'adoption d'un fonctionnement où le rôle pivot de l'infirmière est important, mettre en œuvre des modalités assurant le maintien d'une structure de collaboration (réunions, échanges, ajustements au besoin).
- 5) **La collaboration des gestionnaires** : soutenir l'implantation, la mise en œuvre et l'évaluation d'une nouvelle pratique (adoption par le comité de direction), faire preuve d'ouverture et de souplesse dans la gestion (réaménagement des équipes de travail et des horaires, participer à des réunions pour discuter des difficultés rencontrées et rechercher des solutions), assurer un soutien financier (rémunération de l'infirmière ou l'infirmier de l'équipe).

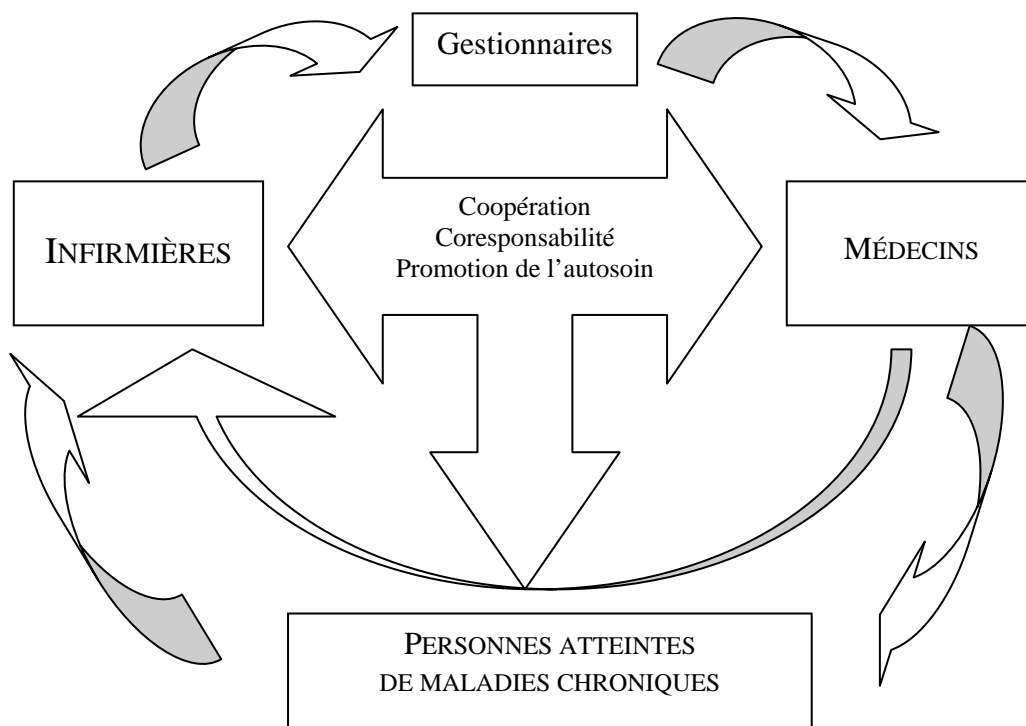
Les discussions de cas ressortent comme étant un moyen favorisant grandement la collaboration entre les infirmières et les médecins qui ont été impliqués dans la recherche. Au cours de ces discussions, il y a partage de savoirs professionnels et des informations à propos de la clientèle (état de santé, caractéristiques, façon de prendre en charge sa santé, liens avec le réseau de soutien), des objectifs poursuivis, des interventions réalisées et de leur efficacité. À la lumière de ces échanges, infirmières et médecins en viennent à raffiner leur évaluation de la situation clinique et à mieux planifier les soins, assurant ainsi des soins centrés sur la personne par

l'ensemble de l'équipe. D'autres décisions prises au cours des discussions de cas se rapportent au format du suivi; à savoir la planification des prochains rendez-vous et la fréquence de ceux-ci.

Certains éléments situationnels ont causé des difficultés et ont confronté l'équipe à plusieurs défis au plan de la collaboration interprofessionnelle. Parmi celles-ci, soulignons un roulement important du personnel infirmier impliqué dans l'équipe, l'arrivée de nouveaux gestionnaires dans le dossier ainsi que la recherche de fonds pour assurer la pérennité du projet.

En bref, le processus de collaboration interprofessionnelle se déroule de manière circulaire, tel qu'illustré à la figure 1.

Figure 1 : Modèle d'intervention basé sur la collaboration et la promotion de l'autosoin



5.2 Promotion de l'autosoin

La promotion de l'autosoin auprès des personnes atteintes de diabète de type 2 se reconnaît à travers des interventions concrètes telles que démontrées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Stratégies, attitudes et interventions de promotion de l'autosoin

Stratégies	Attitudes et interventions
1. Contribuer au lien thérapeutique	<ul style="list-style-type: none">▪ Écouter▪ Manifester de l'intérêt▪ Agir en faisant preuve de compassion, chaleur, honnêteté, respect, empathie▪ Utiliser un langage approprié▪ Apporter des exemples concrets▪ Ajouter un peu d'humour au besoin
2. Intervenir à partir de leurs préoccupations et de leur point de vue ainsi qu'à partir de leurs forces	<ul style="list-style-type: none">▪ Faire une collecte d'information appropriée et inviter l'individu à exprimer ses attentes, ses besoins, ses préoccupations, ses connaissances, ses motivations...▪ Laisser réellement le temps nécessaire pour s'exprimer▪ Nommer les forces et les valoriser▪ Être disponible▪ Assurer la continuité dans l'intervention▪ Adapter le rythme de l'intervention à celui de l'individu
3. Encourager et soutenir la prise de décision	<ul style="list-style-type: none">▪ Inviter l'individu à décider▪ Apporter l'information nécessaire à la prise de décision▪ Accepter la décision prise et adapter l'intervention au besoin
4. Faciliter l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none">▪ Aider à comprendre la situation▪ Aider au développement des habiletés
5. Aider à se doter de réseaux de soutien	<ul style="list-style-type: none">▪ Informer sur les ressources existantes▪ Aider l'individu à se trouver des ressources de soutien▪ Aider la personne à utiliser les différentes ressources disponibles▪ Intervenir auprès de personnes faisant partie du réseau de soutien lorsqu'approprié
6. Coordonner l'organisation de l'aide	<ul style="list-style-type: none">▪ Mettre en place des moyens permettant les interactions entre les divers acteurs concernés (réseaux de soutien informel, communautaire et formel)

5.3 Prise en charge par les personnes diabétiques de leurs autosoins

Les infirmières et les médecins de l'équipe relèvent des indices montrant que leur clientèle atteinte de diabète de type 2 a développé son autonomie dans la prise en charge de ses autosoins. Ainsi, on constate que ces personnes comprennent mieux leur situation (prise de conscience), qu'elles ont acquis une meilleure estime d'elles-mêmes, qu'elles ont pris des décisions éclairées qui correspondent à leurs attentes et à leurs besoins. De plus, elles sont passées à l'action, soit en essayant de nouvelles façons de faire, en s'affirmant ou en adoptant de nouveaux comportements (activité physique, alimentation plus saine, surveillance glycémique, prise de la médication).

5.4 Satisfaction des professionnels de l'équipe

Les professionnels de l'équipe ont exprimé de la satisfaction à travailler en collaboration et dans une perspective de promotion de l'autosoin (respect des compétences de chacun, amélioration du rapport à la clientèle, sentiment de mieux intervenir, etc.).

5.5 Effets du programme d'intervention sur les diabétiques

Les résultats de la recherche montrent que le taux d'hémoglobine glycosylée du groupe expérimental est passé de 7,0 à 6,4, ce qui représente une différence significative au plan clinique. Chez le groupe témoin, le taux est demeuré stable. Or, une baisse de l'hémoglobine glycosylée est associée à une réduction du risque de complications microvasculaires chez les personnes atteintes de diabète de type 2. Chaque baisse absolue de 1,0 % de l'hémoglobine glycolysée moyenne a été associée à une baisse de 37 % du risque de complications microvasculaires, à une baisse de 14 % de la fréquence de l'infarctus du myocarde et à moins de décès attribuables au diabète ou à toute autre cause²⁵. Toutefois, les résultats ne montrent aucune

différence significative au plan statistique entre, d'une part le groupe de personnes diabétiques suivi dans le cadre du programme d'intervention fondé sur la collaboration interprofessionnelle et la promotion de l'autosoin et, d'autre part, le groupe témoin n'ayant pas bénéficié de cette forme d'intervention.

Les résultats ne permettent pas de conclure que le fait d'être suivi par une équipe infirmière-médecins ayant intégré le modèle d'intervention basé sur la collaboration et la promotion de l'autosoin a un impact positif sur la prise en charge de ses soins et la perception de la qualité de vie chez les personnes diabétiques de type 2.

Ces résultats peuvent s'expliquer par différents facteurs. Il faut mentionner que le groupe expérimental se distingue du groupe témoin à différents égards (état matrimonial, statut d'emploi, nombre de jours d'hospitalisation). Au départ (T1), le taux moyen d'hémoglobine glycosylée était plus élevé chez les diabétiques du groupe expérimental. Aussi, le temps écoulé entre les deux moments de collecte de données n'est pas homogène et les entrevues pour le groupe témoin ont été réalisées par deux assistantes de recherche différentes. Finalement, quelques personnes diabétiques du groupe expérimental avaient déjà rencontré l'infirmière à quelques reprises avant d'entrer dans la recherche faisant en sorte qu'elles avaient déjà bénéficié de l'intervention avant la collecte de données au temps 1. De plus, le groupe témoin pouvait aussi avoir reçu une intervention semblable car l'intérêt pour une approche collaborative a été discuté dans divers milieux de pratique.

Malgré le fait que les résultats touchant les effets chez les personnes diabétiques de type 2 ne soient pas concluants, il est important de noter que le modèle de collaboration fondée sur la promotion de l'autosoin (qui est la variable indépendante) est bien implantée dans le groupe expérimental.

6. Retombées de la recherche

Implications pour les décideurs, pour le milieu et pour la gestion des services de santé

L'établissement pilote reconnaît l'importance d'avoir une organisation des services de santé courants facilitant la collaboration usager-infirmière-médecin. La présente recherche a fourni des données intéressantes, quoique non concluantes, sur l'efficacité du modèle de collaboration interprofessionnelle implanté. Quelques résultats illustrent des différences significatives sur certains éléments au regard du groupe expérimental. L'intervention fondée sur le modèle de collaboration fonctionne chez des personnes diabétiques de type 2. Malgré que les groupes (expérimental et témoin) n'étaient pas équivalents, des indications nous incitent à croire qu'avec un plus grand nombre de personnes, les résultats pourraient être plus révélateurs. Il est donc indiqué d'augmenter la capacité de recherche dans le domaine. Les résultats qualitatifs offrent de nombreux indices de collaboration interprofessionnelle et documentent les difficultés vécues sur le terrain; donnant ainsi des moyens pour continuer d'utiliser le modèle et de se servir des observations de processus, des obstacles rencontrés et des bonnes décisions prises afin de contourner ou de résoudre les difficultés. Les ingrédients sont là. Cette recherche constitue également une opportunité pour réfléchir sur le modèle de collaboration interprofessionnelle dans l'action. Elle donne des indications précises sur les paramètres à bonifier pour améliorer la collaboration, principalement en matière de conditions organisationnelles optimales. Cette étude

peut faire évoluer notre compréhension des gains associés à une intensification de la collaboration interprofessionnelle, un mode d'organisation du travail favorisé en intervention de première ligne. Les équipes infirmières-médecins de GMF peuvent s'inspirer de ce modèle dans leurs interventions préventives et curatives.

7. Transfert de connaissances

Les résultats décrivent un modèle d'intervention interprofessionnelle et de promotion de l'autosoin pouvant être utilisé dans des situations cliniques complexes, des cas de diabètes de type 2, et le modèle nous apparaît transférable à d'autres clientèles aux prises avec des maladies chroniques.

La recherche a impliqué différentes catégories de gestionnaires qui ont joué divers rôles. Le directeur général du CSSS-IUGS a suivi attentivement les conditions environnementales et organisationnelles propices à l'optimisation du modèle d'organisation de soins mis en place. Sa position stratégique, sur le plan régional et dans divers comités provinciaux, lui permet de lier ce projet à des enjeux plus larges de gestion des services de santé de première ligne dans la perspective d'une utilisation de données et de résultats probants dans la gestion des services de santé.

La directrice responsable des services de santé courants de première ligne a été impliquée de façon continue dans la recherche, elle y a assumé la coordination et la gestion des services de santé courants. Ses préoccupations concernant le monitoring de l'utilisation du modèle de

collaboration interprofessionnelle sont tenues en compte puisqu'elle a accès à des données rigoureuses dont elle pourra faire usage.

La directrice de la coordination et des affaires académiques s'intéresse particulièrement au rapprochement et à la synergie entre les cultures de gestion, de l'intervention et de la recherche. Les observations de la recherche permettront le réinvestissement dans le milieu pour élargir l'utilisation du modèle, par exemple, auprès des gestionnaires de plusieurs secteurs afin d'en assurer le transfert auprès de clientèles diversifiées.

La première infirmière formée à l'intervention a joué un rôle prépondérant dans le transfert des connaissances auprès d'autres infirmières et de médecins. D'ailleurs, elle poursuit en transposant son expérience en GMF et en donnant des communications sur le sujet. De plus, en 2006, sur le thème de la recherche, elle a été récipiendaire d'un prix innovation 3M remis par l'ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Estrie.

En cours de recherche, plusieurs présentations ont été réalisées et un article est également en préparation par des membres de l'équipe

Une communication a été présentée au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne, traitant principalement de l'évaluation de 4^e génération du processus d'implantation d'un modèle de collaboration infirmière-médecins en première ligne²⁶. Une conférence a été présentée à Cuba²⁷ dans le cadre d'un colloque en santé publique et une affiche aux journées annuelles de santé publiques en 2004²⁸. Une présentation sous forme de discussion a aussi été réalisée auprès

des membres du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) de l'établissement pilote²⁹. En 2006, les résultats relatifs à la discussion de cas entre infirmières et médecins a fait l'objet d'une communication au Congrès mondial du secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone³⁰. Un article³¹ sur la collaboration infirmière-médecins en contexte d'intervention en première ligne auprès de personnes aux prises avec un diabète de type 2 est en préparation. De plus, plusieurs personnes qui ont participé à cette recherche ont accepté de discuter de leur expérience à l'intérieur d'une autre étude qui s'intéresse au transfert des connaissances³² en milieu de pratique (en CLSC). Cela a été une autre façon d'illustrer la réflexion suscitée et les apprentissages réalisés dans le cadre de la recherche sur la collaboration interprofessionnelle infirmière-médecins. Enfin, une formation et des groupes d'échange et de partage de connaissances sur le thème de la collaboration interprofessionnelle et l'empowerment sont en cours dans des groupes d'infirmières et d'infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS.

8. Références

- ¹ Santé Canada (1999). **Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte**, Santé Canada.
- ² Stratton, IM., Adler, AI., Neil, HA., Matthews, DR., Manley, SE., Cull, CA., Hadden, D., Turner, RC., Holman, RR. (2000). « Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (**UKPDS 35**): prospective observational study ». **BMJ**. 321 (7258) : 405-12.
- ³ Kinmonth, A.L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegel, N., Campbell, M.J. (1998). « Randomised controlled trial of usager centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk », **British Medical Journal**, 317, 7167: 1202-1208.
- ⁴ Godbout, P., St-Cyr Tribble, D. (2007). L'apport de l'observation *in situ* pour décrire les interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé dans le secteur des soins à domicile, Article de recherche, soumis à la **Revue de l'Université de Moncton**, N.B.
- ⁵ Walker, R. (1998). « Diabetes: reflecting on empowerment », **Nursing Standard**, 12, 23: 49-56.
- ⁶ Anderson, R.M., Funnell, M.M., Butler, P., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T., Feste, C. (1995). « Usager empowerment: results of a randomized control trial », **Diabetes Care**, 18: 943-949.
- ⁷ Rubin, R., Peyrot, M., Saudek, C.D. (1993). « The effect of a diabetes education program incorporating coping skills training on emotional well-being and diabetes self-efficacy », **Diabetes Education**, 19: 210-214.
- ⁸ Laine C. et Caro, J.F. (1996). « Preventing complications in diabetes mellitus: the role of the primary care physician », **Medical Clinics of North America**, 80 (2) : 457-74.
- ⁹ Griffin, S. et Kinmonth, A.L. (2001). Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 4 (4).
- ¹⁰ Baldwin, L.M. et al. (1993). « The Effects of Coordinated Multidisciplinary Ambulatory Care on Service Use, Charges, Quality of Care and Usager Satisfaction in the Elderly », **Journal of Community Health**, 18, 2: 95-108.
- ¹¹ Neale, J. (1999). « Nurse practioners and physicians: a collaborative practice », **Clinical Nurse Specialist**, 13, 5: 252-258.

- ¹² Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S., Wagner, E.H., Eijk, J.M., Van Assendelft, W.J. (2001). « Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outousager and community settings », **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, The Cochrane Library.
- ¹³ Roter, D. (1989). « Which factes of communication have strong effects on outcome-a meta analysis » in M. Stewart, Roter, D. (Eds.): **Communicating with medical usagers**. Newbury Park: Sage.
- ¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). **Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux**. Gouvernement du Québec, 454 pages.
- ¹⁵ Archambault, J., Déry, I., Bourque, Y., Saintonge, L., Pronovost, L. (1998-2000). **Expérimentation d'un modèle de collaboration médecin-infirmière axé sur l'autosoin dans les services courants du CLSC universitaire**. Projet subventionné par Santé Canada.
- ¹⁶ Archambault, J., Déry, I., Bourque, Y., Saintonge, L., Pronovost, L. (2002). **Projet pilote d'expérimentation d'une approche favorisant l'autosoin chez la clientèle des services courants**, Rapport final, Santé Canada, Ottawa, On.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ Lescarbeau, R., Champoux, J-F. (2001). Les exigences de la pratique interprofessionnelle : contexte des différents auteurs. IN (Robert Lescarbeau, dir.). **Les pratiques multidisciplinaire et interdisciplinaire**, Psychologie des relations humaines, vol.5, no. 1, 35-67.
- ¹⁹ Santé Canada (2002). **Prendre en main sa santé, Direction générale de la promotion de la santé**, Ottawa, On, p. 7.
- ²⁰ Santé Canada (1999). **Le diabète au Canada : statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte**, Santé Canada.
- ²¹ St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D., Archambault, J. (2003). **Les pratiques d'empowerment en première ligne : compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès des parents**. Rapport de recherche au CQRS et au CRSH, en 2001, réédité et enrichi, en 2003.
- ²² Guba, Egon G. et Lincoln, Y.S. (1989). **Fourth generation evaluation**, Newbury Park, Calif.: Sage.
- ²³ Patton, Q.W. (1997). **Utilization-focus-evaluation. The new century text** (3^eéd.). Thousand Oaks : Sage.

- ²⁴ Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991). **Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes**, Montréal, Renouveau pédagogique.
- ²⁵ Association canadienne du diabète (2003). **Ligne directrice de pratiques cliniques pour la prévention et le traitement du diabète au Canada**, vol. 27, 1-172.
- ²⁶ Gallagher, F., Vanasse, A., St-Cyr Tribble, D., Doré, C., Archambault, J. (2004). Modèle de collaboration infirmière-médecins et prise en charge de la clientèle diabétique évaluation de 4^e génération d'un processus d'implantation dans un service de 1^{re} ligne, **Cycles de conférences, Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne**, Longueuil.
- ²⁷ St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Archambault, J., Vanasse, A., Fortin, M. (2003). Modèle de collaboration infirmière-médecins et promotion de l'autosoin : résultats portant sur le processus d'implantation en CLSC, **Colloque : Une 1^{re} ligne interdisciplinaire, d'une approche clinique à une approche communautaire, Cuba**.
- ²⁸ Vanasse, A., Gallagher, F., St-Cyr Tribble, D., Archambault, J., Doré, C., Laprise, R., Bernier, C., Fortin, M. (2004). Modèle de collaboration infirmière-médecins et promotion de l'autosoin en 1^{re} ligne dans la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques, **Journée annuelle de santé publique**, Montréal.
- ²⁹ St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F. (2004). Modèle de collaboration infirmière-médecins et promotion de l'autosoin, **Assemblée annuelle du CII du CLSC de Sherbrooke**.
- ³⁰ St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Vanasse, A., Doré, C. (2006). Discussion de cas entre infirmières et médecins dans le suivi des personnes aux prises avec des problèmes de santé chronique, **III^e Congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone**, Québec.
- ³¹ St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Vanasse, A., Doré, C. (2006). **Nurse-physician collaboration in the context of primary care for type 2 diabetics**.
- ³² St-Cyr Tribble, D., Belleau, H., Gendron, S., Labadie, J-F., Lauzon, É., Le Gall, J., Malenfant, R., Boyer, G. (2007). **Le transfert des connaissances entre praticiens, gestionnaires et chercheurs comme source d'innovation en CLSC**, Rapport de recherche déposé au FQRSC.

À PROPOS DU DOCUMENT...

La mise en place de modèles favorisant la collaboration interprofessionnelle est primordiale pour les décideurs terrains et les décideurs politiques. Pour ce faire, ils doivent s'appuyer sur des expériences concrètes et documentées.

Le rapport de recherche traite de la collaboration interprofessionnelle infirmière-médecins auprès d'une clientèle diabétique de type 2.

Le modèle de collaboration interprofessionnelle implanté s'inspire des modèles de collaboration décrits dans la littérature scientifique. Il est souple, tient compte des conditions organisationnelles du milieu et pourrait s'ajuster en fonction d'autres clientèles et d'autres professionnels que ceux mentionnés. Il prend appui dans les orientations nationales en matière de services de première ligne et s'inscrit dans les pratiques de pointe du CSSS-IUGS (composante CLSC).

À PROPOS DES AUTEURS...

L'équipe de recherche multidisciplinaire est sous la direction de Denise St-Cyr Tribble, Ph. D. en psychopédagogie et professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle regroupe des chercheurs en santé communautaire, sciences cliniques et sociologie du département de médecine de famille (Alain Vanasse et Martin Fortin) et de l'École des sciences infirmières (Frances Gallagher et Chantal Doré) de l'Université de Sherbrooke.

L'équipe a travaillé avec des médecins et des infirmières du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie (CSSS-IUGS) impliqués dans l'actualisation du modèle évalué, qui s'est construit dans des allers-retours constants entre la théorie et la pratique.

À PROPOS DU CIRE...

Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a mis sur pied des directions responsables de soutenir et de coordonner la mission d'enseignement et de recherche favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances dans ses deux missions universitaires (institut du secteur santé et centre affilié universitaire du secteur social). Le « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE) a pour mission de soutenir la mission de centre affilié universitaire (CAU).

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