

ABRÉGÉ DE RECHERCHE

COMPRENDRE L'ÉMERGENCE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION MÉDICALE À TRAVERS LES FRONTIÈRES ORGANISATIONNELLES : UNE ANALYSE DE CAS LONGITUDINALE

SOURCE : Touati, N., Rodríguez, C., Paquette, M.-A., Denis, J.-L. (2017). Understanding the Emergence and Development of Medical Collaboration across Organizational Boundaries: A Longitudinal Case Study. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. Prépublication. doi: <https://doi.org/10.1177/1363459317724852>



Bien que les cloisonnements entre professionnels et organisations de la santé soient reconnus comme des obstacles à la qualité et à l'efficacité de la prestation des soins, peu d'études se sont penchées sur la collaboration médicale entre niveaux de soins. Plus particulièrement, la compréhension des dynamiques d'apprentissage sous-jacentes au développement de pratiques collaboratives entre médecins (et à leur institutionnalisation) constitue un sujet d'importance.

CONTEXTE

En 2004, la réforme du système de soins de santé québécois a, d'un côté, investi les nouveaux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) d'un pouvoir décisionnel concernant l'organisation des soins et services sur leur territoire et, d'un autre côté, encouragé la collaboration entre les agences régionales et les CSSS pour la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé.

OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

L'étude menée visait à comprendre comment les pratiques collaboratives entre médecins généralistes et spécialistes travaillant dans différentes organisations émergent et s'institutionnalisent. Une étude de cas qualitative longitudinale a été menée de 2006 à 2015 sur un continuum de soins pour patients diabétiques conçu et mis en œuvre dans le CSSS du Sud-Ouest Verdun. De 2012 à 2015, 32 entrevues individuelles ont été réalisées avec des informateurs clés (médecins, décideurs, gestionnaires, autres professionnels). Des documents organisationnels ont aussi été recueillis afin d'analyser le contexte entourant l'émergence des pratiques collaboratives et les structures mises en place au niveau local.

FAITS SAILLANTS

Notre analyse a permis d'identifier différentes phases du changement et de saisir comment les structures et les pratiques collaboratives s'influencent mutuellement.

PHASE 1 (2006-2009) : Émergence de pratiques collaboratives

Suite à l'introduction de la réforme, des structures régionales (comme le Consortium montréalais en gestion des maladies chroniques) ont été mises en place et ont constitué un levier pour le développement de pratiques collaboratives entre acteurs des niveaux local et régional. Celles-ci ont débouché sur la mise en place de projets pilotes, financés par l'agence régionale, pour expérimenter

de nouveaux modèles de gestion des maladies chroniques. Le développement de ces projets dans le territoire étudié a requis une plus grande collaboration entre gestionnaires et cliniciens, favorisée par le contexte local et la création des CSSS, qui devaient assumer une responsabilité populationnelle. Tout ceci a entraîné **l'ouverture d'un centre de référence pour le diabète** dont l'objectif était de soutenir le rôle des médecins de famille par une offre de services spécialisés, dispensés par une équipe multidisciplinaire. Les acteurs de terrain ont perçu la création de ce centre comme une innovation, car cela optimisait les rôles des médecins omnipraticiens et des spécialistes. Des comités ont été implantés pour suivre les opérations et pour évaluer ce nouveau programme.

PHASE 2 (2010-2011) : Adoption de pratiques collaboratives

La création du centre de référence a donné lieu à **une collaboration limitée** entre médecins omnipraticiens et spécialistes, consistant essentiellement en des références. Cette forme de collaboration était, entre autres, cohérente avec la perception des acteurs de la complexité de la gestion du diabète. Mais le suivi de l'impact du nouveau centre par les différents comités a permis de mettre en évidence **les besoins d'ajustement** de ses modes d'opération, pour mieux répondre aux besoins d'information des médecins et aux besoins des patients.

PHASE 3 (2011-2015) : Mise à profit des apprentissages et institutionnalisation des modèles de collaboration médicale

Le développement de pratiques collaboratives au niveau intraorganisationnel et interorganisationnel a produit des apprentissages individuels et collectifs, portant sur les dimensions cliniques, d'organisation de services et de gestion. Ces apprentissages ont abouti à **un enrichissement de l'offre de services pour différentes maladies chroniques**, se traduisant aussi par des changements structurels (par exemple, au niveau des rôles affectés aux médecins spécialistes). Par ailleurs, le développement de pratiques collaboratives au niveau régional et l'accompagnement offert par l'agence régionale ont permis l'institutionnalisation, dans la région de Montréal, de ces nouveaux modèles de collaboration médicale entre niveaux de soins.

RECOMMANDATIONS/MESSAGES CLÉS

1. Par la mise en place de nouvelles structures (nouveaux rôles, incitatifs financiers, etc.), il est possible de favoriser le développement de pratiques collaboratives entre médecins au niveau administratif, mais cela ne donne pas forcément lieu à **une prise de décision partagée au niveau clinique**.
2. Les nouvelles structures adoptées (ex. dispositifs d'évaluation) et leurs conditions d'implantation (ex. autonomie conférée aux acteurs locaux, interactions avec l'environnement, etc.) ont favorisé, dans le cas étudié, des **dynamiques cruciales d'apprentissage**.
3. Le rôle d'accompagnement des agences régionales est apparu essentiel à **l'institutionnalisation de ces nouveaux modèles** de pratiques collaboratives.

PERSONNE RESSOURCE

Nassera Touati, professeure, École nationale d'administration publique, nassera.touati@enap.ca

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

CONTACT

interactions.bcstl@ssss.gouv.qc.ca, www.centreinteractions.ca, www.regardsrecherche.ca