

Améliorer la collaboration interprofessionnelle en maison médicale

Une recherche-action sur la mise en place d'un échéancier

Vaessen Thomas

Année Académique 2017-2018

Travail de fin d'étude du master complémentaire en Médecine Générale

Université catholique de Louvain

UCL

**Université
catholique
de Louvain**

Table des matières

Abstract.....	2
Glossaire.....	3
Méthodologie.....	4
1) La recherche action	4
2) Méthodes utilisées.....	4
TITRE 1 : Avant	6
1) Eléments de contexte de cette recherche action	6
a) D'un point de vue international.....	6
b) Au niveau belge.....	7
2) Description de la problématique : qu'avons-nous voulu accomplir ?	8
a) L'objet	8
b) L'objectif	9
3) Qu'est-ce qu'une meilleure collaboration ?.....	9
a) Des soins de qualité pour les patients	9
b) Des travailleurs satisfaits	11
c) Une bonne attribution des rôles et division des tâches	11
d) Une collaboration efficace	12
4) Comprendre la situation actuelle : méthode d'évaluation et état des lieux.....	12
a) Des soins de qualité pour les patients	12
b) La perception de l'équipe.....	13
c) La clarification des rôles.....	15
d) Une collaboration efficace	18
TITRE 2 : Pendant le changement	19
1) Stratégie pour un changement.....	19
a) Mettre en place d'un outil fonctionnel pour le suivi et la prévention.....	19
b) Améliorer la perception de l'équipe	20
c) Améliorer la participation de tous dans les tâches collaboratives	22
2) Effets du changement	24
a) Mettre en place un outil fonctionnel pour le suivi et la prévention	24
b) Améliorer la perception du travail de collaboration chez les membres de l'équipe.....	27
c) Améliorer la participation de tous dans les tâches collaboratives	29
3) Réorientation.....	31
TITRE 3 : Après	39
1) L'échéancier, un bon modèle de collaboration ?.....	39
3) Gestion globale : vers un rôle à définir.....	40
4) Un modèle pertinent pour de futures démarches de collaboration ?	41
5) Approche critique de la méthode	43
6) Conclusion	44
Bibliographie.....	45
Annexe 1	47
Annexe 2	56
Annexe 3	58
Annexe 4	63
Annexe 5	75
Annexe 6	76
Annexe 7	78
Annexe 8	83

Abstract

Le paysage médical belge et européen montre un intérêt croissant pour la collaboration entre médecins et infirmiers en première ligne. Cette étude a suivi une équipe interdisciplinaire composée de quatre médecins et une infirmière dans une maison médicale fonctionnant au forfait. Il était question d'améliorer la collaboration interdisciplinaire.

Une recherche action a été menée autour de l'échéancier, programme informatique servant de support à la prévention et au suivi des patients. Les critères de qualité retenus pour l'évaluation étaient une amélioration de la qualité des soins, une perception positive par l'équipe du travail interdisciplinaire, une division adéquate du travail et une collaboration efficace.

La situation de départ a été décrite sur base d'une revue de la littérature, d'un questionnaire spécialisé et d'entretiens. A partir de ces éléments, des changements organisationnels ont été implémentés. Leur efficacité a été évaluée en continu par des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Nous concluons que l'échéancier semble être un objet pertinent pour évaluer la progression de la collaboration dans le contexte étudié et que l'expérience doit être poursuivie. Pour cela, il est nécessaire de définir un rôle de responsable de la collaboration et de procéder à des évaluations régulières. Le soutien structurel qu'offre une maison médicale est un atout important dans la démarche

Nous recommandons la mise par écrit d'une guideline de collaboration et son amélioration continue. Basé sur un cycle d'amélioration qualité proposé par la littérature, elle reprendrait une charte du travail interdisciplinaire, les rôles de chacun, les domaines de collaboration ainsi que des protocoles explicitant son déroulement concret.

Ce projet local pourrait être extrapolé au niveau méso et macro afin de dégager des éléments de comparaison avec d'autres types de pratique (méso) et réorienter la politique de santé (macro).

Mots-clés : *Centre de soins primaire ; maison médicale ; échéancier ; collaboration ; interdisciplinaire ; interprofessionnel ; médecin ; infirmière ; recherche-action ; assurance de qualité ; prévention.*

Glossaire

Maison médicale : Equipe pluridisciplinaire entouré d'un soutien administratif et d'accueil fournissant des soins de première ligne. Elle réunit des médecins et, selon les cas, d'autres professionnels de la santé comme des kinésithérapeutes, infirmiers ou psychologues par exemple. C'est un centre de santé qui favorise l'approche communautaire et participative.

Forfait : Un des modes de financement de la médecine générale en Belgique. Les patients inclus dans ce système sont inscrits à la maison médicale. La maison médicale perçoit un montant forfaitaire pour chaque patient de la part de la mutuelle. Elle a alors la responsabilité de fournir l'intégralité des soins de première ligne à ses patients. Ce forfait peut inclure les médecins généralistes et les infirmiers ou kinésithérapeutes le cas échéant.

Echéancier : Il s'agit d'un outil inclus dans le programme informatique médical. Il permet d'historiciser le trajet de soins patient et d'anticiper les contacts et les suivis à réaliser.

Item : chaque ligne d'information contenue dans l'échéancier. Il contient l'identification du patient, une date de rappel et le type d'information à gérer. Il peut s'agir d'items non résolus, à savoir une information qui n'a pas encore été traitée et qui aurait dû susciter une action vers le patient.

Equipe interdisciplinaire : *« 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 concentrée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. L'interdisciplinarité exige une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent et coordonné. »(1)*

Collaboration interprofessionnelle : Coopération entre différents professionnels de la santé partageant leurs compétences et savoir-faire pour le bénéfice des patients, permettant ainsi la meilleure utilisation possible des ressources en première ligne de soin.(2)

Méthodologie

1) La recherche action

La méthode choisie pour ce travail a été une recherche action sur le modèle du carnet de bord « Assurance de Qualité »(3). Cette méthode de travail, qui se prête particulièrement bien à la problématique que nous allons étudier, provient des sciences sociales, en particulier de la sociologie. Suivant un schéma mélangeant l'étude d'un sujet et la participation active à un changement, ses objectifs peuvent être définis comme suit (4) :

« *La recherche-action est une démarche systématique et rigoureuse qui vise à :*

- *transformer une situation concrète ressentie comme insatisfaisante par un individu ou un groupe*
- *dégager de cette expérience des connaissances immédiates et éventuellement utilisables dans d'autres contextes. »*

En pratique, il s'agit d'analyser une problématique en ayant un rôle d'acteur dans la situation. A partir d'un diagnostic commun des problèmes dans l'organisation du travail, il y a la mise en place de changements portés par le groupe. Tout au long de cette démarche, le chercheur tente autant de comprendre les mécanismes à l'œuvre que d'améliorer la pratique étudiée. La structure de ce travail suit celle proposée dans la rédaction d'un rapport d'amélioration qualité (5)

2) Méthodes utilisées

Pour évaluer les actions menées lors de cette recherche, plusieurs approches ont été utilisées conjointement. Nous reprenons ci-dessous une brève description de ces méthodes.

i) **Revue de la littérature**

Des recherches ont été menées dans des moteurs de recherche spécifiques comme PubMed, la CEBAM et ScienceDirect ou plus généraux comme Google Scholar, ainsi que sur le réseau des bibliothèques de l'UCL « libellule ». Les termes utilisés lors des recherches étaient : *Collaboration, coopération, team work, health care team, interprofessionnel, interdisciplinarité, nurse-physician, barriers-facilitators, skill-mix, nurse practitioner, care coordination, échéancier.*

Ces termes ont été utilisés dans leur traduction respective en anglais ou français quand cela était possible. Pour cibler la recherche sur la médecine générale, les termes suivants ont permis de

compléter ces recherches au besoin : *médecine générale, prévention, preventive care, integrative care, médecine intégrée, primary care, soins primaires, première ligne de soins.*

ii) Rencontre avec des personnes ressources

Pour cibler les enjeux de ce projet, nous avons participé à une réunion sur le thème : « Interdisciplinarité et répartition des tâches entre médecins et infirmiers » organisé par l'IGC (branche carolorégienne de la fédération des maisons médicales). Lors de cette rencontre, plusieurs personnes ressources du réseau de la fédération des maisons médicales ont partagé leur expertise et leurs expériences du sujet au sein de leurs cabinets.

Hélène Dispas, du bureau politique de la fédération des maisons médicales, a été interviewée. Elle a apporté son expérience de chercheuse, ayant réalisé un TFE puis une étude au sein de la fédération des maisons médicales sur le sujet.

iii) Entretiens de groupe

Des entretiens de groupe ont été réalisés selon une méthode inspirée du « focus group ». Ils ont été réalisés en équipe de cinq membres, le modérateur était également acteur et il n'y avait pas d'observateur. Les résultats de ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique.

iv) Entretiens individuels

Des entretiens individuels ont été réalisés de façon hebdomadaire pendant un trimestre. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs avec la participation de l'auteur. Les résultats de ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique.

v) Suivi d'indicateurs quantitatifs

Un questionnaire canadien d'évaluation de la perception du travail interdisciplinaire a été utilisé à deux moments du projet et les résultats ont été comparés. L'étude s'articulant sur un échancier, le suivi du nombre d'items non résolus a servi de mesure quantitative pour analyser et évaluer la collaboration. Cette donnée est dynamique, puisqu'elle exprime le nombre de tâches encore à résoudre dans l'outil informatique à la date de l'extraction. De nouvelles tâches se rajoutent chaque jour en même temps qu'une partie d'entre elles sont résolues.

TITRE 1 : Avant

Nous allons donner une brève description du contexte et ébaucher la problématique de la recherche action : qu'a-t-on voulu réaliser ?

Nous aborderons ce que le groupe a défini comme ce qui constituerait une amélioration. Nous expliciterons les méthodes utilisées pour la récolte d'informations qui a servi d'évaluation initiale du problème. Nous verrons si l'analyse et l'interprétation de ces informations ont changé la compréhension de la problématique

1) Eléments de contexte de cette recherche action

La collaboration entre médecin et infirmier en première ligne de soins est un sujet en vogue en médecine générale. Il existe de nombreux articles récents sur le sujet et tous insistent sur la nécessité de plus amples recherches(6). Il est important de décrire les phénomènes à l'œuvre tant sur le plan international qu'en Belgique car bien que le sujet touche tous les pays du monde, les réalités sont différentes en fonction des systèmes de soins de santé existants.

a) **D'un point de vue international**

Les modifications récentes dans l'offre médicale influencent le processus de collaboration : diminution de la densité médicale en première ligne de soins, augmentation du nombre de patients avec en parallèle l'augmentation du nombre et de la complexité des pathologies prises en charges en première ligne de soins (7). Une étude française a montré qu'une grande partie des médecins généralistes était favorable à une plus grande délégation de tâches au personnel infirmier et que cette attitude était liée à la densité médicale, à l'âge, au volume d'activité et à la pratique en groupe ou en solo (8). Les jeunes médecins travaillant en groupe et soumis à de grand volume de patients dans des régions pauvres en offre médicale sont plus favorables à une plus grande collaboration.

Le modèle de collaboration varie selon les pays étudiés. Dans ce cadre, une distinction peut être faite entre une collaboration qui s'articule autour de la subsidiarité par opposition avec une démarche en complémentarité. Nous pouvons définir ces deux modes de fonctionnement : (9)

« La substitution (confier une tâche classiquement « médicale » à un infirmier, dans une logique de remplacement), qui correspond aux concepts de transfert ou de délégation des tâches ».

« La complémentarité (réorganiser la prise en charge de « types de patients » ou de pathologies, en réfléchissant à la collaboration qui peut s'installer entre un médecin et un infirmier), qui est décrite par certains auteurs comme faisant partie d'une logique de diversification de l'offre de soins (extension des services offerts). »

Sur la scène européenne et internationale, une distinction peut se faire entre les pays où l'organisation de la première ligne se base majoritairement sur des cabinets médicaux avec des médecins libéraux comme la France, l'Allemagne, l'Italie ou le Canada, et les pays où la norme est la pratique de groupe avec une coopération forte entre différentes professions comme la Finlande ou la Suède (10). Chaque système comporte des avantages et des inconvénients, mais il semble que les pays favorisant les pratiques de groupes tendent plus à augmenter l'interdisciplinarité et la pratique de la complémentarité (10).

A ce sujet, le forum européen pour les soins primaires s'est positionné en 2012 en faveur d'une plus grande collaboration interprofessionnelle. Il soulignait l'importance de celle-ci pour la gestion à long terme de patients avec multi-morbidités, la prévention et la promotion de la santé, et définissait le but derrière cette démarche comme (2) *« The challenge to build the « collective competence » to address the complex healthcare needs of a defined population ».*

b) Au niveau belge

En Belgique, le vieillissement de la population médicale et les modifications des habitudes de travail des médecins mettent à mal la planification initiale et la Wallonie est déjà en situation de pénurie de médecin généraliste pour 119 communes sur 262 (11).

Bien que le mode de fonctionnement de la médecine générale en Belgique soit majoritairement basé sur un modèle libéral, de nombreux cas de collaborations actives entre médecins et infirmiers sont documentés dans le réseau des maisons médicales ou ailleurs(9).

Le fonctionnement des maisons médicales au forfait se rapproche du fonctionnement d'un centre de santé intégré et les travailleurs de celles-ci perçoivent ce système comme un atout dans le développement d'une plus grande interdisciplinarité (12).

Le cabinet médical dont il est question dans cette recherche est situé dans la région de Charleroi. L'équipe médicale est composée de quatre médecins : une femme de moins de 50 ans pratiquant depuis plus de 15 ans dans cette maison médicale, actuellement employée à mi-temps, un homme de plus de 50 ans pratiquant depuis plus de 15 ans dans cette maison médicale, employé à temps plein, une assistante en médecine générale dans sa première année de formation en master en médecine générale et un assistant en médecine générale dans sa deuxième année de formation en master en médecine générale. La maison médicale emploie une infirmière à temps-plein. Celle-ci travaille dans la maison médicale depuis deux ans.

L'équipe travaille dans le même bâtiment et se réunit deux fois par semaine pour un briefing médical et une fois par semaine pour une réunion avec l'ensemble du personnel (y inclus le personnel administratif). Au sein de l'équipe, le travail individuel de chacun est discuté et des projets de groupe ou interdisciplinaire existent déjà. L'infirmière participe entre autres à des projets collaboratifs autour de la gestion des patients diabétiques ou de la prévention en matière d'infections sexuellement transmissibles.

2) Description de la problématique : qu'avons-nous voulu accomplir ?

Le sujet étudié porte sur la collaboration entre infirmière et médecin. C'est un domaine d'étude riche. Il offre beaucoup de perspective d'avenir au médecin généraliste et beaucoup reste à faire. Pour étudier l'impact que nous pouvons avoir sur ce phénomène, il était nécessaire de cibler notre approche.

a) L'objet

Durant une période d'observation dans la maison médicale, une question s'est dégagée comme pertinente pour l'étude de la collaboration : la tenue de l'échéancier. Cet outil informatique permet d'encoder un évènement qui sera rappelé à une date convenue. Il était théoriquement géré par l'infirmière mais sans réelle application. L'infirmière actuelle s'est vue attribuée la tâche de tenir l'échéancier sans passation de son prédécesseur (parti prématurément) et sans mode de fonctionnement défini. Face à l'échec de la démarche, l'équipe avait suspendu sa réalisation.

Un incident a mis en avant la carence dans la prise en charge de cet outil : une patiente a été diagnostiquée avec un cancer du sein alors qu'elle était en retard sur l'échéance de sa mammographie. Bien que la nécessité de réaliser cette nouvelle mammographie ait été encodée dans le programme informatique et que la patiente avait consulté dans les délais, l'équipe médicale n'a pas saisi l'occasion de lui rappeler de réaliser ce test. La mammographie fut finalement réalisée avec quelques mois de retard et a mis en évidence un cancer invasif. Suite à cet événement, l'équipe entière s'accordait sur l'importance de l'échéancier, comme outil de collaboration. Il a été choisi de se focaliser sur son utilisation pour étudier la question.

b) L'objectif

La question de recherche issue de ces considérations est la suivante :

Comment améliorer la collaboration entre médecins et infirmière dans la maison médicale autour de l'outil concret qu'est l'échéancier ?

Cet objectif semblait réalisable, il touche à un sujet fréquent et documenté. Il permet de développer une meilleure connaissance du travail des généralistes en association et il pourrait permettre de trouver des pistes de travail sur la collaboration utiles pour le futur

3) Qu'est-ce qu'une meilleure collaboration ?

Définir la « bonne » collaboration est une étape nécessaire à l'amélioration de celle-ci. Nous avons cherché à dégager les valeurs portées par notre équipe sur la question. Une revue de la littérature a été réalisée et deux rencontres d'équipes se sont déroulées pour aborder la question de la collaboration entre médecins et infirmières.

Le résultat de ce premier moment d'étude est la définition de quatre critères de qualité, qui portent les valeurs vers lesquelles nous voulons faire tendre la collaboration interprofessionnelle.

a) Des soins de qualité pour les patients

Le premier élément retenu comme critère était la qualité des soins. Bien que ce travail ne propose pas d'intervention directe sur les patients, nous considérons que l'objectif principal de toute intervention sur le personnel soignant est d'améliorer *in fine* la qualité des soins et la santé des

patients. Dans la littérature, nous pouvons retrouver l'idée d'une relation réciproque entre qualité des soins et bonne collaboration interdisciplinaire. Une collaboration efficace est un facteur de meilleure qualité de soin (13), de même une qualité de soin élevée influence positivement les acteurs et participe à une meilleure collaboration (14).

En traitant la question d'un échéancier, c'est bien la qualité des soins que nous voulons améliorer. Déjà il y a une vingtaine d'année, avant l'avènement de l'outil informatique en médecine générale, l'utilité d'une telle mesure semblait déjà non seulement réalisable mais aussi souhaitable pour une meilleure prise en charge des patients : (15)

« Les médecins généralistes manquent d'outils préventifs : comment tenir un échéancier ? Comment travailler de manière systématique et envoyer, si nécessaire, des lettres de rappel aux patients ? Bien souvent, ils n'osent pas le faire alors que ces lettres de rappel sont explicitement autorisées par l'Ordre des médecins »

Dix ans plus tard, on constatait que seule une minorité de médecins, pourtant équipés informatiquement, utilisait cet outil prometteur (16).

En 2013, un article posait à nouveau la question (17) : *« Les médecins généralistes belges francophones peuvent-ils améliorer leurs performances en prévention ? »*. L'article insistait sur la nécessité d'une approche plus proactive en médecine générale, proposant de mener de plus amples recherches sur le sujet : *« Les médecins généralistes devraient progressivement intégrer une vision plus communautaire de leur métier, et plus proactive envers leur patients »*

Il existe également des expériences menées en Belgique sur l'utilisation d'un échéancier montrant une efficacité sur la prise en charge et le suivi des patients (18).

Enfin, il s'agit d'un outil déjà mis en place dans le cabinet médical étudié et considéré de manière unanime comme contribuant à une amélioration de la qualité des soins. Implémenter l'outil de manière efficace dans notre lieu de travail est une manière de tendre vers une plus grande qualité de soin pour notre patientèle.

b) Des travailleurs satisfaits

Une attitude favorable des professionnels de la santé est un des facteurs favorisant une meilleure collaboration (19). Pour améliorer cette perception, une vision commune et un intérêt pour le travail interdisciplinaire sont des éléments décrits par plusieurs sources (12,14). L'existence de dispositifs de soutien à la collaboration est aussi mise en avant comme participant à une plus grande satisfaction des travailleurs (12).

La littérature relève énormément de freins à une attitude positive des médecins généralistes et du personnel infirmier envers la collaboration comme, par exemple le sentiment de menace de leur rôle professionnel ou le doute sur les compétences des partenaires.(20) Se débarrasser des préjugés est ainsi un préalable à toute collaboration.(19)

La perception positive du travail de collaboration par les membres de l'équipe est une des valeurs citées par ceux-ci. Il semble qu'une bonne communication et du temps de partage soit nécessaire pour développer ce point d'intérêt.

c) Une bonne attribution des rôles et division des tâches

Une des critères mis en avant par l'équipe pour que le travail interdisciplinaire se passe au mieux est la division optimale des tâches. Celle-ci est définie comme l'attribution de chaque tâche à la personne la plus compétente pour la réaliser.

Tout le monde ne réalise pas les mêmes tâches avec la même facilité et celles-ci ne représentent pas toutes la même charge de travail. C'est vrai entre différentes disciplines (certaines tâches sont plus rapidement ou mieux réalisées par le service infirmier que par le service médical ou inversement), mais aussi dans une même discipline entre différents travailleurs selon leur profil professionnel ou leur niveau d'expérience. Il a été montré que pour améliorer la qualité des soins, il était nécessaire de positionner chaque professionnel au poste le plus adapté à ses compétences (6). De plus, une des barrières nuisant à la collaboration est l'existence d'une hiérarchie entre les professions (19). Un rapport hiérarchique, réel ou perçu comme tel, empêche une bonne distribution des rôles parce qu'il impacte négativement l'implication de chacun dans la prise de décision, favorisant les personnes de statut supérieur ou plus autonomes (6) (19).

Un critère issu de ces observations et soutenu par l'équipe est donc de bien définir les rôles de chacun et de distribuer les tâches en fonction de ceux-ci. Cela implique de connaître ces rôles et de tenir compte des particularités de chaque profil pour lui attribuer des tâches pertinentes.

d) Une collaboration efficace

Une des volontés de l'équipe est de voir son travail porter des fruits. L'abandon du projet pendant de nombreux mois a été lié à l'absence de résultats. Une des mesures clés pour évaluer si la collaboration est optimale est l'efficacité. Les mesures prises pour implémenter l'échéancier ont été guidées par la volonté de dégager des résultats observables par les participants.

4) Comprendre la situation actuelle : méthode d'évaluation et état des lieux

Sur base des axes définis ci-dessus, une évaluation de la situation dans la maison médicale a été développée.

a) Des soins de qualité pour les patients

Pour évaluer le niveau initial de qualité de soins fourni par l'outil échéancier, deux approches ont été utilisées.

i) Discussion en équipe autour d'un cas critique

Comme mentionné, l'idée de baser ce travail sur l'échéancier provient d'une expérience négative vécue par l'équipe. En analysant la situation, l'équipe a reconnu qu'un manque de participation tant médical qu'infirmier se faisait ressentir car l'outil échéancier était tellement en désordre que son utilisation représentait une perte de temps. Aucun des acteurs ne percevait le bénéfice concret de cet outil sur leur pratique.

ii) Analyse du contenu de l'échéancier

Pour objectiver le gain potentiel d'une meilleure utilisation de l'outil, nous avons extrait les informations contenues dans le programme informatique. Son outil statistique permet en effet de sortir pour une période donnée l'intégralité des items non résolus dans l'onglet échéancier.

À la date du 2 novembre 2017 le nombre d'items non résolus était de 2125. La composition de ceux-ci était assez hétérogène. On y retrouvait beaucoup de vaccins non réalisés, de tests de

dépistage, d'examens de suivi d'une pathologie par imagerie ou autre et des rappels d'éléments à rechercher dans la biologie sanguine.

De l'analyse de ces données se dégage un objectif mesurable pour l'équipe : Obtenir à la fin de ce travail un échancier fonctionnel nous permettant de suivre les éléments préventifs et curatifs afin d'améliorer la prise en charge de nos patients. Pour cela, la première étape était de remettre en ordre l'outil.

b) La perception de l'équipe

Pour évaluer l'attitude des membres de l'équipe face au travail de collaboration, nous avons utilisé le questionnaire IPC 65. Cet outil d'évaluation de l'interdisciplinarité en pratique clinique a pour objet : (1) « [...] *de mesurer le degré d'intégration d'une équipe interdisciplinaire par rapport aux standards établis dans la littérature scientifique.* »

Cet outil, validé au Canada, a été une aide précieuse pour évaluer l'état de la question dans notre pratique, malgré quelques soucis dans la compréhension de certaines questions liées à des différences de contexte et/ou linguistiques. Ces résultats nous ont permis de mettre en lumière des manquements ou des forces dans notre collaboration.

Le questionnaire (annexe 1) comporte 65 questions regroupées en quatre grands axes : l'intégration normative, l'intégration fonctionnelle, l'intégration clinique et l'intégration des soins de l'interdisciplinarité. Il propose la lecture suivante des résultats.(1)

« Chaque réponse peut être transformée en un score compris entre 0 et 3 ou 0 correspond à « totalement en désaccord », 1 à « plutôt en désaccord », 2 à « plutôt en accord » et 3 à « totalement en accord ». Les réponses « non applicable » sont exclues du calcul du score. Dans le calcul du score, aucune pondération n'est effectuée, chaque item étant considéré comme également important.

Un score entre 2,5 et 3 indique une bonne intégration des concepts menant à une pratique interdisciplinaire efficace. Pour un item individuel cela correspond à un point fort.

Un score entre 2 et 2,5 indique un fonctionnement assez bon avec quelques éléments d'amélioration à apporter après examen en groupe.

Un score entre 1 et 2 indique soit des divergences marquées, soit plusieurs situations qu'il faudrait examiner en groupe et potentiellement corriger. Un score inférieur à 1 indique qu'il y a très

vraisemblablement un ou plusieurs problèmes à régler. Pour un item individuel cela correspond à un point faible.”

Le score global obtenu est de 1.95 (*La totalité des résultats sous forme de tableau Excel est disponible en annexe 2*). Cela indique des divergences marquées ou plusieurs situations nécessitant potentiellement une intervention. Mais la distribution des résultats n'est pas homogène. Nous reprenons ici une analyse par sous-dimensions.

iii) Intégration normative

Les 3 premiers thèmes d'analyse qui constituent l'intégration normative obtiennent un très bon résultat. C'est d'ailleurs le seul axe qui obtient un résultat supérieur à 2. Et les seuls thèmes dont le résultat est supérieur à 2.5 sont la vision commune et l'intérêt pour le travail interdisciplinaire. Le leadership quant à lui obtient une note supérieure à 2. Ces éléments sont fort encourageants quant à la faisabilité d'un travail sur le sujet. Il a été montré dans un contexte similaire que ces éléments sont une condition importante pour le développement d'un travail interdisciplinaire.(12)

iv) Intégration clinique

L'intégration clinique, avec un score de 1.80, présente un tableau mixte. Deux des thèmes abordés (la gestion des réunions/le fonctionnement interne et le mode de résolution des conflits) obtiennent également une note supérieure à 2. Les règles de travail obtiennent un résultat assez mauvais attribué par l'équipe à une compréhension inégale de la formulation des questions.

Un thème reçoit une note significativement basse : la formulation explicite des rôles. Déjà identifié comme un point important dans la littérature (14), il est aussi une faiblesse identifiée par notre équipe. Cette question semble primordiale pour l'amélioration de la collaboration. Même si les notes sont médiocres pour l'ensemble des participants, il est important de dénoter qu'aux affirmations suivantes :(1) « *Les rôles et tâches de chacun sont bien définis et formellement documentés [...]* » Et « *Le partage des tâches est optimal en ce qui concerne : les soins et les services prodigués au patient et le fonctionnement interne de l'équipe* », seule l'infirmière répond : « totalement en désaccord ». Cela fait l'objet d'un point particulier à la suite de cette analyse.

v) Intégration des soins

Avec des résultats mitigés, l'intégration des soins présente un score de 1.90. Pour comprendre ces résultats, il faut les décomposer : les résultats relatifs à l'équipe sont fort satisfaisants avec une note de 2.33. Par contre deux thèmes montrent une faiblesse particulière, il s'agit des résultats relatifs à la structure et des résultats relatifs aux patients. Ceux-ci ne sont pas directement concernés dans cette analyse car nous n'avons pas agi directement sur la structure ou sur les patients.

vi) Intégration fonctionnelle

L'intégration fonctionnelle est le thème qui récolte le score le plus bas. Dans ce domaine également, le score de l'infirmière est systématiquement inférieur au score moyen médical et impacte fortement les résultats. Elle exprime ainsi un désaccord total sur l'ensemble des affirmations concernant la disponibilité de ressources en termes de composition adéquate de l'équipe, de formation et de coaching. Les médecins donnent aussi des notes relativement mauvaises sur ces items.

Concernant l'appui administratif de l'établissement, les scores sont assez bas. Il y a un désaccord marqué sur le fait que l'équipe administrative reconnaît l'importance du travail interdisciplinaire ou soutient les membres de l'équipe dans leur processus d'amélioration continue de la qualité des soins.

c) **La clarification des rôles**

Lors de cette phase d'évaluation, l'infirmière de la maison médicale a tenté de remettre en ordre l'échéancier. Elle a imprimé sur papier des extraits de l'échéancier avec des tâches à réaliser pour chacun des membres de l'équipe. À la fin de cette période, un débriefing s'est avéré nécessaire face au peu de travail accompli. Voici quelques notions que nous pouvons retenir de cette réunion.

i) De chacun selon ses moyens

Il est apparu que certaines tâches étaient plus faciles à réaliser pour le personnel médical. Par exemple, la gestion d'un schéma vaccinal prenait beaucoup de temps à l'infirmière, pour parfois peu de résultats. À l'opposé, tenir une consultation de mise en ordre d'un dossier de patient diabétique était une tâche que l'infirmière pouvait plus facilement inclure dans son temps de travail et pour laquelle elle était le plus à jour.

Une expérience a été menée pour comprendre les différences sur ce sujet. Un médecin de la maison médicale et l'infirmière ont tous les deux reçu une liste équivalente d'items à mettre à jour dans l'échéancier. La liste comportait 400 items à régler et chacun y a travaillé pendant une heure.

Il est rapidement apparu une différence majeure entre la gestion par un médecin ou par l'infirmière. Le médecin avait pu régler 88 items et l'infirmière une dizaine. L'argument principal avancé lors du débriefing était qu'il était extrêmement compliqué pour l'infirmière de gérer l'échéancier vu les erreurs d'encodage. Lors de celui-ci, le médecin doit préciser à quelle dose du vaccin correspond l'injection. Si la mauvaise dose est sélectionnée, l'outil informatique programme automatiquement un rappel erroné. À cause du nombre d'erreurs d'encodage, au fil des années, l'outil se retrouve complètement pollué par des rappels de vaccins qui n'ont pas lieu d'être. Les médecins, utilisant cet outil de manière régulière, distinguaient facilement les erreurs commises par leurs confrères. L'infirmière, par contre, n'arrivait pas à gérer ces nombreuses erreurs et perdait beaucoup de temps à essayer de comprendre la logique à l'œuvre.

D'autres différences sont apparues au sein de l'équipe médicale. Les plus jeunes médecins rencontraient une difficulté accrue à dégager du temps de travail en dehors de leur consultation pour réaliser les tâches demandées par l'infirmière. A l'opposé, il était plus difficile pour les médecins plus âgés de manier l'outil informatique.

ii) Hiérarchie perçue et évaluation des médecins

Lors des entretiens individuels avec l'infirmière, elle aborde un sujet fréquemment : « *Quoique la hiérarchie ne soit pas explicite entre médecin et infirmier, dans les faits elle existe.* »¹

Cette hiérarchie n'est pas directement perçue par les médecins qui parlent de « *plus grande autonomie du rôle de médecin* »² mais pas de hiérarchie. Son impact négatif sur la collaboration entre les deux fonctions est d'ailleurs documenté (6).

¹ Entretien individuel avec infirmière 19/01/2018, non retranscrit.

² Entretien de groupe du 12/01/2018, texte reproduit en annexe 4

L'infirmière insiste sur la manière dont la relation perçue comme asymétrique et impacte sa pratique : « *Dans ce job, beaucoup de travail m'est imposé mais moi je ne peux pas imposer, parce que la personne qui a autorité sur les médecins n'existe pas, il n'y a pas moyen d'avancer* »³

Le rôle qui lui a été donné est *de facto* un rôle de coordinateur. Cette position implique de pouvoir se sentir dans une relation non hiérarchique voire dans une position hiérarchique supérieur. Elle extrapole également son sentiment d'impuissance. Non seulement elle n'a pas d'autorité sur les médecins mais en plus personne n'en a. Cette idée s'appuie sur l'impression que les médecins sont trop importants pour la maison médicale que pour être disciplinés : « *Les médecins sont trop précieux, ce n'est pas possible de les corriger, on ne peut pas se permettre qu'ils partent* »⁴

Cette analyse prend sa source dans une réalité que nous avons mentionnée. Il est vrai qu'une des raisons pour lesquelles la collaboration interprofessionnelle est autant mise en avant dans l'actualité est l'existence, ou la menace croissante, d'une pénurie de personnel médical, mais cette dernière est également une réalité dans le métier d'infirmière (7).

Il semble que l'incapacité ressentie par l'infirmière à évaluer et diriger des médecins a aussi un rapport avec sa perception de la réalité. Dans l'analyse du travail accompli pendant 2 mois, il ressort qu'elle n'a pas pu prendre un rôle de superviseur de l'équipe médicale pour des raisons structurelles mais aussi personnelles. Lorsque nous abordons les raisons de ce blocage, un élément apparaît : la définition générale de son rôle de responsable au sein de la maison médicale.

« *Il n'y a pas de solidarité de l'équipe face à des patients ou n'importe qui d'autre, quand il s'agit de prendre ma défense dans un conflit par exemple. Normalement quand il s'agit de travail infirmier, les médecins devraient aussi dire au téléphone : « Désolé mais la responsable c'est [elle] ».*

Il ne s'agit pas seulement de la position des médecins mais aussi de la définition précise de la place de l'infirmière dans la maison médicale. La définition de son rôle prend une place importante dans sa capacité à participer aux processus de décision et à prendre le leadership.

³ Entretien individuel avec infirmière 19/01/2018, non retranscrit.

⁴ Idem

⁵ Idem

d) Une collaboration efficace

Pour évaluer l'efficacité, une analyse rétrospective a été menée lors d'un entretien avec l'infirmière au sujet du travail accompli avant cette étude. Le résultat de cet entretien a permis d'identifier plusieurs problèmes de collaboration.

D'un point de vue quantitatif, lors de la période test où l'infirmière seule a pris en main la gestion de l'échéancier, l'avancement a été fort limité. Des 2125 items présents dans l'échéancier à la date du 1er novembre 2017 il en restait encore 2050 à la date du 2 janvier 2018. En commentant cette période lors de son entretien, l'infirmière s'est dite fort limitée dans sa capacité à mettre en œuvre la collaboration avec l'équipe médicale. Elle estime que cette méthode de travail n'est pas satisfaisante.

Elle explique qu'en 2 années de travail, aucun résultat concret n'a été réalisé à ce sujet. Bien qu'elle se dise très motivée, elle se sent incapable d'obtenir des résultats satisfaisants avec les outils actuels. Elle ne voit pas non plus comment communiquer différemment avec les médecins pour améliorer cette prise en charge. Les principaux obstacles qu'elle avance pour expliquer ce manque d'efficacité sont la mauvaise distribution des tâches et le peu de volonté de la part de l'équipe médicale. Elle exprime n'avoir aucune emprise sur la réalisation finale, aucune évaluation n'étant mise en place pour permettre celle-ci. Pourtant, l'objectif initial de tenir cet outil à jour lui semble bien pertinent.

L'absence de résultat est aussi perçue par l'équipe médicale. Chacun des médecins s'excuse devant son manque d'efficacité mais aucune solution ne ressort de cette constatation. Un certain fatalisme s'exprime face à la pauvreté de la collaboration.

Concernant l'efficacité de la collaboration, le bilan de l'analyse montre que le manque d'emprise sur le comportement des médecins, l'absence d'évaluation structurée et le manque de communication sont des freins conséquents à une bonne collaboration. Cela rejoint fortement ce qui a été relevé précédemment sur l'attribution des rôles.

L'absence de résultats est en soi un facteur d'échec. L'inertie qui empêche le lancement de ce projet est liée avec la perception d'une inefficacité. Tout le monde s'accorde sur l'importance de la tâche mais semble pessimiste quant à sa réalisation.

TITRE 2 : Pendant le changement

Ayant approfondi l'état initial de la question, Nous décrivons les interventions proposées pour susciter le changement. Ensuite nous présenterons et analyserons les résultats de ces interventions.

1) Stratégie pour un changement

Sur base des pistes d'actions identifiées dans la phase d'analyse, nous avons dressé une liste d'objectifs et planifié le changement au travers d'actions concrètes. Ces actions prennent racine dans la littérature, la volonté de l'équipe ou les deux. À chacun de ces objectifs correspond une série de tâches attribuées à des membres de l'équipe et une évaluation des ressources nécessaires pour permettre leur réalisation. A chaque objectif correspond un indicateur et une méthode d'évaluation.

Les tableaux qui suivent reprennent les interventions menées au long de l'étude. Il est important de souligner que ces interventions sont imbriquées l'une dans l'autre. Nous avons divisé chacune d'entre elle dans ce travail pour des raisons méthodologiques et chacune fera l'objet d'une évaluation mais il faut considérer l'ensemble de ces interventions comme un tout tendant vers un but final commun : Améliorer la collaboration médecin infirmier par la réalisation pratique d'un échéancier.

a) **Mettre en place d'un outil fonctionnel pour le suivi et la prévention**

Le premier objectif était de remettre en ordre l'échéancier le plus rapidement possible.

OBJECTIF N°1 : Mise en ordre de l'échéancier			
Activités	Par qui ?	Quand ?	Ressources nécessaires
Tri des tâches non réalisées /archivées dans l'outil informatique via des listes individuelles	Toute l'équipe	Début du projet	4 h de temps de travail par personne
Ouverture systématique de l'onglet « échéancier » lors des consultations médicales et infirmières et mise en ordre lors de la consultation.	Idem	Idem	Lors de la consultation
Bulletin d'information sur l'avancement des travaux	Toute l'équipe	2 fois par mois lors du briefing	Analyse régulière des chiffres statistiques

Trois interventions ont été menées dans ce cadre.

i) Distribution de listes de travail individuelles

Chaque médecin ainsi que l'infirmière se sont vus attribués une liste d'items dont la réalisation dans l'échéancier était en retard. Chacun de ces items représentait une action qui aurait dû être menée dans le cadre du suivi ou de la prévention chez un patient. Le temps de travail total estimé nécessaire pour la réalisation de cette tâche était de minimum 4h. Un exemple du type de document distribué sous format Excel est disponible en annexe 4.

ii) Systématisation de la démarche

Par ailleurs, il a été demandé à tous de prendre le temps d'ouvrir et d'analyser cet outil échéancier lors des consultations. Puisque la mise en ordre de ces items dépend pour beaucoup de pouvoir communiquer avec un patient, la consultation est un lieu privilégié de réalisation de ce processus. Une des critiques formulées par l'infirmière était justement que selon elle, les médecins ne prenaient pas le temps de suivre cet outil de manière systématique lors des consultations. L'évaluation de cette démarche repose aussi sur le suivi des chiffres cités précédemment.

iii) Bulletin d'information

Puisque l'efficacité concrète de la démarche est un facteur favorisant l'implication des membres de l'équipe, il a été prévu d'informer régulièrement ceux-ci sur l'avancement de la tâche. C'est une démarche d'évaluation continue.

b) Améliorer la perception de l'équipe

Dans le but d'améliorer la satisfaction des membres de l'équipe par rapport au travail interdisciplinaire et par la même occasion d'améliorer la collaboration, nous avons développé deux activités.

OBJECTIF N°2 : Améliorer la perception de l'équipe quant au travail interdisciplinaire			
Activités	Par qui ?	Quand ?	Ressources nécessaires
Entretien de groupe autour des résultats du questionnaire IPC 65 pour discuter des pistes de travail	Toute l'équipe	Dès le début du projet	1h de temps de travail en groupe
Mise en place d'un lieu de partage interdisciplinaire	Toute l'équipe	1h par semaine,	Dans le temps de travail

i) Entretien de groupe autour des résultats du questionnaire IPC 65

Les catégories ayant récolté les scores les plus médiocres ont été abordés en équipe comme thème de travail. L'objectif était double : collecter des informations pouvant servir à implémenter des mesures efficaces dans le futur et permettre une discussion d'équipe en vue d'obtenir une meilleure vision commune de ce que cette collaboration pourrait être.

ii) Mise en place d'un lieu de partage autour de la collaboration interprofessionnelle

Afin de pouvoir continuer la communication initiée par cet entretien de groupe, un lieu de partage autour sur le sujet a été mis en place. Cette intervention répondait à plusieurs demandes issues de l'équipe.

Un des bénéfices de ce lieu de partage est de réunir les compétences autour d'un but commun. Ensuite, il peut aussi devenir un lieu de communication privilégiée entre les métiers. L'objectif est d'augmenter la solidarité dans la réalisation des tâches interprofessionnelles.

Un de facteurs identifiés comme nuisible à la collaboration était la perception d'une hiérarchie implicite. L'infirmière ne trouvait pas la manière de prendre un rôle de superviseur vis à vis des médecins. En organisant un lieu où l'infirmière et les médecins se retrouvent pour discuter de leur tâche commune, on a tenté d'aplanir cette difficulté relationnelle.

c) Améliorer la participation de tous dans les tâches collaboratives

Dans l'objectif d'augmenter la participation de tous dans les tâches collaboratives, plusieurs actions ont été menées.

OBJECTIF N°3 : Améliorer la participation de tous dans les tâches collaboratives			
Activités	Par qui ?	Quand ?	Ressources nécessaires
Evaluation du travail personnel via les listes individuelles	Tous	Dès le début du projet	Evaluation régulière en duo
Mise en place d'un moment de parole réservé au service infirmier	Infirmière	30 minutes par semaine, au début du briefing le vendredi	Dans le temps de travail
Mise en place d'un protocole écrit expliquant la manière de travailler sur l'échéancier et le rôle de chacun	Rédaction avec infirmière	Dès que possible	2h de temps de collaboration

i) Evaluation de l'avancement personnel

Pour augmenter et d'évaluer la participation de chacun, ressentie comme un problème par l'équipe, nous avons mis sur pied des évaluations individuelles. L'objectif de ce suivi est de pouvoir suivre le travail de chacun pour personnaliser la prise en charge. Cela se base sur l'idée qu'une division équitable des tâches est un vecteur de bonne collaboration. Dans l'éventualité où des difficultés individuelles seraient rencontrées, ce suivi permettra de faire des diagnostics personnels des difficultés ou dysfonctionnements.

ii) Mise en place d'un moment de parole réservé au service infirmier

Dans le but de rééquilibrer le temps de parole entre infirmier et médecins, un espace a été créé pour la communication du service infirmier lors de la réunion hebdomadaire. Chaque vendredi 30 minutes sont ainsi désormais consacrées aux tâches infirmières d'une manière générale. L'objectif de cette mesure était d'augmenter la connaissance des médecins au sujet du travail de l'infirmière et de permettre de meilleurs échanges entre les deux services.

Cette intervention est une réponse aux résultats catastrophiques de l'évaluation des ressources disponibles par l'infirmière. L'idée est de permettre une meilleure interaction sur les questions de collaboration mais aussi de soutenir de manière plus efficace l'infirmière dans son travail quotidien.

iii) Améliorer la distribution des rôles et des tâches

écrit de ce guide proposant leur utilisation avait pour but de redévelopper une pratique déjà existante.

2) Effets du changement

Dans le tableau suivant nous présentons un résumé des objectifs et actions proposés tels qu'ils ont été dressés lors de la mise en place du projet. Pour s'assurer de l'impact positif de ces mesures, nous avons développé des indicateurs pour chacun des objectifs ainsi qu'une méthode de mesure appropriée (opérationnalisation).

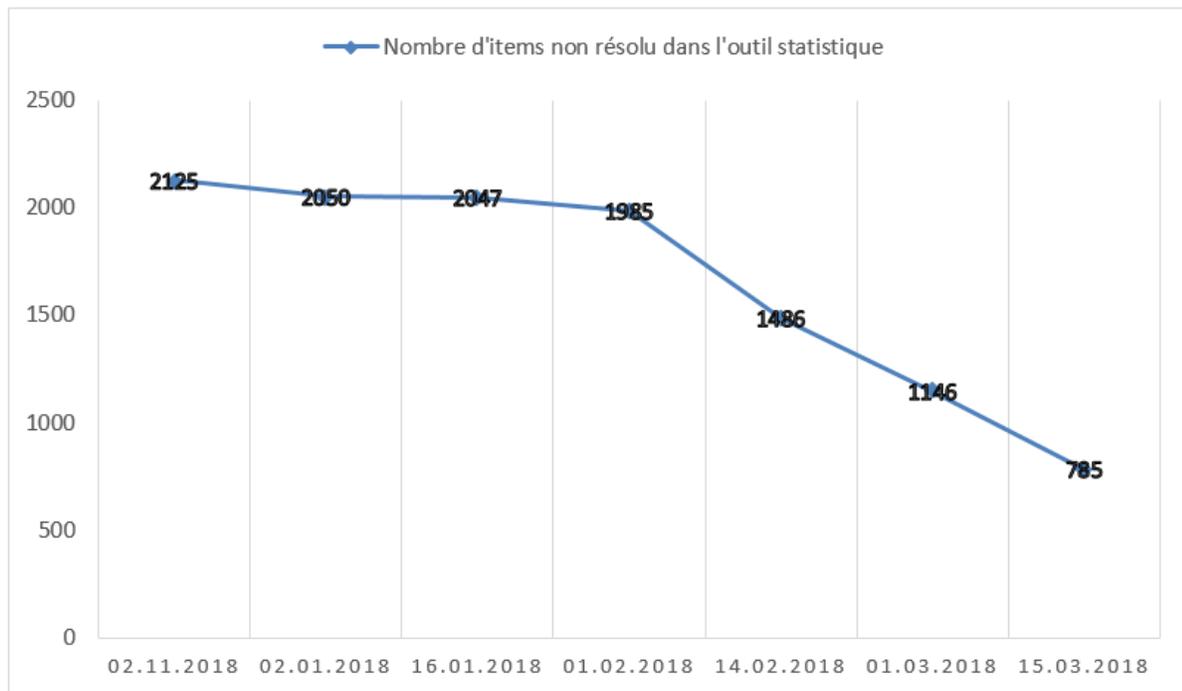
Objectifs et activités	Indicateurs	Opérationnalisation
OBJECTIF N°1 : Mettre en place un outil fonctionnel pour le suivi et la prévention	Evolution du nombre d'items non résolus dans l'échéancier	Extraction régulière des données via le système de statistique du programme
OBJECTIF N°2 : Améliorer la perception de l'équipe quant au travail interdisciplinaire	Nouveau questionnaire ICP 65	Evaluation après 2 mois d'intervention par le même questionnaire + interviews individuelles
OBJECTIF N°3 : faire intervenir tous les membres du personnel médical et infirmier dans la réalisation de l'échéancier.	Fiche de rapport de travail individuel reprenant les tâches à résoudre par chaque médecin et infirmière.	Auto-évaluation par les médecins et infirmière avec débriefing régulier et analyse des listes finales.

a) **Mettre en place un outil fonctionnel pour le suivi et la prévention**

L'évaluation régulière du nombre d'items dans l'échéancier a permis de distinguer différentes phases de travail et de montrer des résultats satisfaisants. On peut comparer ces résultats à ceux obtenus précédemment par l'infirmière dans la phase test. Pour rappel elle avait pris cette tâche en charge seule et n'avait pas pu obtenir une diminution conséquente du nombre d'items non résolus dans l'échéancier sur une période de 2 mois (une centaine d'items avait été résolue).

Lorsque nous avons commencé l'encodage via les fiches personnalisées le nombre d'items non résolus s'élevait encore à 2050. Ces chiffres vont subir une évolution au fur et à mesure de petites modifications apportées à la manière de travailler. C'est le résultat d'une évaluation et réorientation constante. Pour cette raison, il est difficile de tenir un journal précis qui lie chacune des activités à une évolution des chiffres. Nous pouvons cependant décrire leur évolution au fur et à mesure de l'expérience.

Figure 2 Evolution du nombre d'items non résolus dans l'outil statistique du programme médical



Lors des deux premières semaines, l'action a été peu efficace. Une des raisons était la faiblesse du support écrit. Comme décrit précédemment, il a fallu intervenir à plusieurs reprises pour identifier puis de mettre par écrit un protocole plus abouti. Certains obstacles techniques liés à l'utilisation de l'outil informatique ont aussi été réglés.

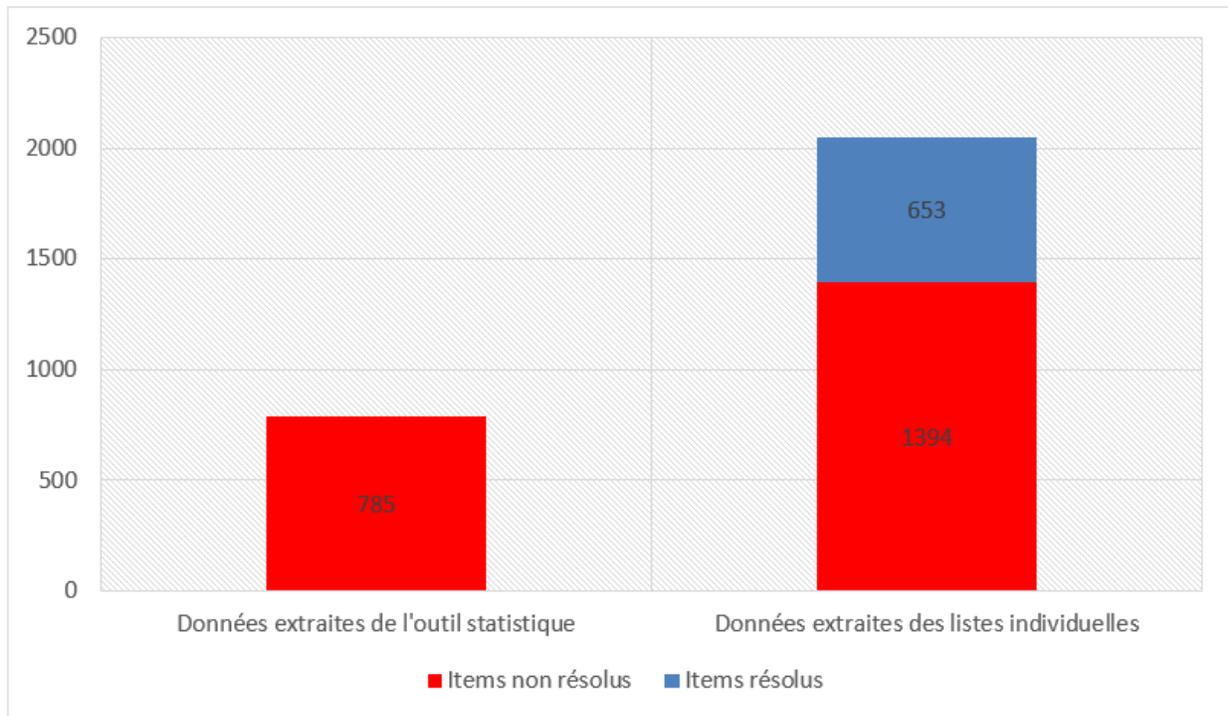
Après un mois de réalisation, nous pouvons constater qu'un mécanisme s'est mis en marche. Une baisse importante d'items non résolus est apparue. Lors de cette première évaluation, il semble que le travail individuel soit responsable pour une grande partie de ces résultats. Deux membres de l'équipe n'avaient pas encore commencé, mais plusieurs centaines d'items avaient déjà été résolus dans les listes individuelles des autres participants.

Par la suite, nous pouvons constater une baisse régulière des items non résolus.

Bien que cela corresponde à l'objectif fixé, il s'agit de chiffres étonnants. En effet, de façon concomitante, on a observé sur cette période une forte stagnation dans la réalisation des tâches individuelles. Au final, la somme des items résolus dans les listes individuelles était largement inférieure à la diminution totale du nombre d'items dans l'échéancier en général, alors que le

nombre d'items est en augmentation constante puisque l'outil statistique nous permet seulement d'extraire les nouveaux chiffres non résolus à la date de l'extraction.

Figure 3 : comparaison du nombre d'items résolus dans l'outil statistique du programme informatique et dans les listes individuelles des médecins à la date du 15.03.2018



Les discussions d'équipe ont fourni une explication à cette diminution : il s'agit d'une prise de conscience au sein de l'équipe de l'efficacité potentielle de l'outil. Autant les médecins que l'infirmière expliquent que lors de leurs consultations avec les patients, ils ont de plus en plus tendance à mettre spontanément les dossiers en ordre en posant les questions nécessaires aux patients en face d'eux.

L'évaluation de ces résultats a été possible pour la période allant jusqu'au 15 mars 2018. A cette date, il est devenu impossible d'utiliser ce procédé à cause d'un changement de programme informatique. Lors du transfert des données, une mauvaise conversion a corrompu les informations de l'échéancier. Ainsi pour une recherche équivalente avec le nouvel outil statistique, le nombre d'items non résolus était supérieur à 9000. Il est apparu que les items affichés comme terminés dans l'échéancier se sont retrouvés dédoublés dans le nouvel outil. Ils apparaissaient simultanément comme « fait » et « à faire ».

Cet évènement nous a contraints à suspendre temporairement le suivi de la mise en ordre. En travaillant avec le fournisseur du programme informatique, il a été possible de revenir à un relatif équilibre dans le courant du mois d'avril. La remise en ordre a depuis repris mais le suivi de ce processus ne s'inscrit plus dans la démarche de cette étude.

A la date du 15 mars, une nouvelle intervention a été mise en place pour palier le problème. Celle-ci est décrite dans un chapitre suivant.

b) Améliorer la perception du travail de collaboration chez les membres de l'équipe

Pour évaluer la manière dont la perception du travail interdisciplinaire avait évolué, un deuxième questionnaire IPC65 a été rempli par tous les membres de l'équipe. (Tableau des résultats disponibles en annexe 6) Une évaluation en réunion a été réalisée. Nous reprendrons ici les points principaux de leur analyse.

i) Une légère amélioration

La note globale n'a pas changé, passant de 1.95 à 1.96. La gestion des réunions, les règles de travail, le fonctionnement interne du travail sont des points qui progressent. Cela peut être mis en lien avec la manière dont nous avons travaillé sur le cadre de travail. Dans l'ensemble, l'intégration clinique et l'intégration des soins passent au-dessus de la barre des deux points, envoyant par là un message rassurant.

ii) Une nette régression

En même temps que cette amélioration, la vision commune et l'intérêt pour le travail interdisciplinaire, qui précédemment marquait plus de 2.5 points passent tous les deux sous cette limite. Le leadership, supérieur à 2, tombe à 1.60. Malgré une amélioration de l'évaluation de l'appui administratif, les points attribués aux ressources disponibles, déjà les plus bas précédemment chutent encore légèrement. Ces diminutions interpellent d'autant plus que ce sont des domaines sur lesquels nous avons travaillé, de manière directe ou indirecte. Pour comprendre cette évolution, il est nécessaire de regarder leur distribution.

iii) Une lecture différente en fonction du profil

Ce sont particulièrement les notes de médecins qui ont baissé. L'infirmière donne peu de points mais son score est en progression par rapport à la première évaluation passant à une moyenne de 1 sur 3 alors que sa note était proche de 0 en moyenne auparavant.

Lors de l'évaluation en équipe de ce questionnaire, un médecin donne une explication à ce phénomène. *« [...] je me suis seulement rendu compte des difficultés [que l'infirmière] avait à cause de son travail. Avant ça pour moi c'était simple parce qu'il y avait des choses où je me disais : « ah mais c'est parce que légalement elle ne se sent pas à l'aise ». Mais ce n'était pas que ça, il y avait plein de choses et voilà c'est ça qui est intéressant dans ce qui est ressorti [...] »*⁶

Et un autre : *« Une chose qui m'a frappé c'est la définition des rôles et fonctions. Avant je me disais : « pourquoi on met ça en avant ? », mais après je me suis rendu compte à quel point c'est important pour que toi A., comme infirmière, tu te dises : ok je sais ce que je dois faire et je me sens à l'aise pour le faire et donc je vais le faire. »*⁷

Au travers de ce discours, il est intéressant de percevoir que malgré des notes plus faibles, les médecins ont en fait une meilleure perception de la collaboration après le travail réalisé. Leur capacité à percevoir des faiblesses du processus est rassurante au vu des différences importantes entre les notes des médecins et de l'infirmière à la première évaluation. Et malgré une évaluation toujours négative, l'infirmière semble être passée d'une analyse catastrophique de la situation à un avis « simplement » négatif. Cela montre que beaucoup de travail doit encore être consacré à ces deux points.

Nous proposons une explication supplémentaire : non seulement les médecins sont plus conscients des difficultés de l'infirmière mais en plus, leurs attentes quant à la collaboration ont augmenté. Cette théorie semble se confirmer dans le discours des médecins dont la note a baissé.

*« J'ai mis des scores moins bien que ce que j'avais mis au début parce que justement les discussions qu'on a eu m'ont permis de comprendre que sur des choses où je pensais que c'était acquis, je me rends compte que ce n'était pas le cas et que ça nécessitait encore des discussions et qu'en fait on n'était pas très loin. »*⁸.

⁶ Entretien de groupe du 17/04/2018, texte reproduit en annexe 7

⁷ Idem

⁸ Idem

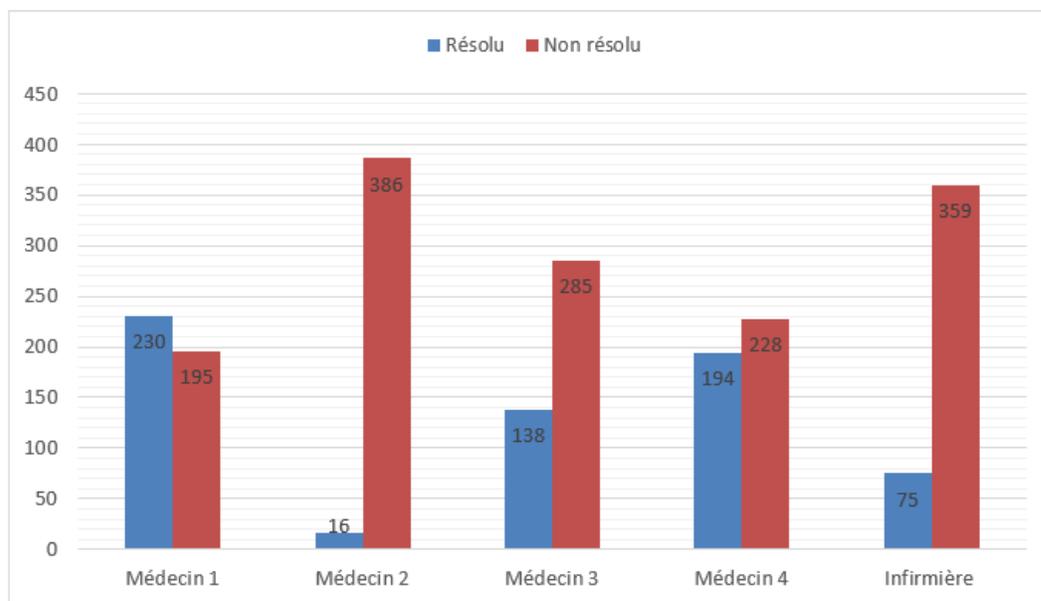
Et : « *Je me suis rendu compte que la collaboration, en y creusant un peu on se rend compte à quel point c'est riche, complexe et il y a plein de choses qui viennent jouer dedans et donc ce n'est pas en se disant « on veut le faire, c'est notre volonté » qu'on va forcément y arriver* »⁹

Ces deux médecins soulignent le fait que beaucoup de travail reste à accomplir. Lors de l'évaluation initiale, l'infirmière avait souligné ces deux éléments. Elle décrivait que les médecins ne semblaient pas comprendre les difficultés qu'elle rencontrait et qu'elle ne ressentait pas de volonté de leur part de creuser la question. Au vu du discours des médecins lors de cette évaluation finale, nous voyons que les mentalités ont évolué vers plus de compréhension mutuelle.

c) Améliorer la participation de tous dans les tâches collaboratives

L'objectif de cette action était de mettre la collaboration au centre des préoccupations de tous en permettant à chacun d'identifier clairement quelles étaient ses tâches dans la réalisation du projet. L'analyse des chiffres individuels de la réalisation de l'échéancier présente des résultats mitigés. Comme expliqué dans le chapitre précédent, un automatisme dans la mise en ordre des dossiers et la transmission de tâches d'un service à l'autre semble avoir pris forme. Par contre aucun des travailleurs n'est réellement venu à bout de la liste de travail qui lui avait été communiquée.

Figure 4 : nombre d'items résolus sur base des documents de suivi donnés aux participants



⁹ Entretien de groupe du 17/04/2018, texte reproduit en annexe 7

i) Des profils différents

Nous constatons que les variations sont grandes. Certaines de ces différences peuvent être expliquées par le profil particulier des participants. Le médecin 1 travaille à mi-temps et peut plus facilement trouver le temps de faire des tâches administratives. Le médecin 2 n'a pas utilisé le support informatique proposé, préférant le papier. Le médecin 3 est dans sa première année de travail et ressent plus de difficultés à gérer des tâches annexes. Les résultats du médecin 4 sont liés avec son implication dans le projet.

L'infirmière fait clairement état de ses difficultés à prendre des responsabilités dans la gestion des dossiers. Le moment infirmier lors du briefing le vendredi et la mise par écrit de protocole sont des actions qu'elle apprécie et lui permette de mieux avancer dans cette tâche, même si cela n'est pas apparent dans les résultats ci-dessus. Nous avons pris la décision de garder ce moment et d'aller encore plus loin dans la prochaine intervention en termes de mise par écrit des protocoles.

ii) Un manque de temps

Le premier argument dégagé par l'équipe pour expliquer ces mauvais résultats est le manque de temps disponible pour la réalisation de la tâche. L'enregistrement des données dans un fichier Excel représente également un supplément de travail dont l'utilité était mal perçue.

L'évaluation initiale du temps nécessaire était erronée. La libération de temps de travail pour la réalisation de la tâche est une nécessité. Ces deux données ont été intégrées lors de l'intervention suivante. Il a aussi été conclu que le recueil de données, nécessaire pour l'évaluation, pouvait être amélioré.

iii) Une mauvaise évaluation et une dilution des responsabilités

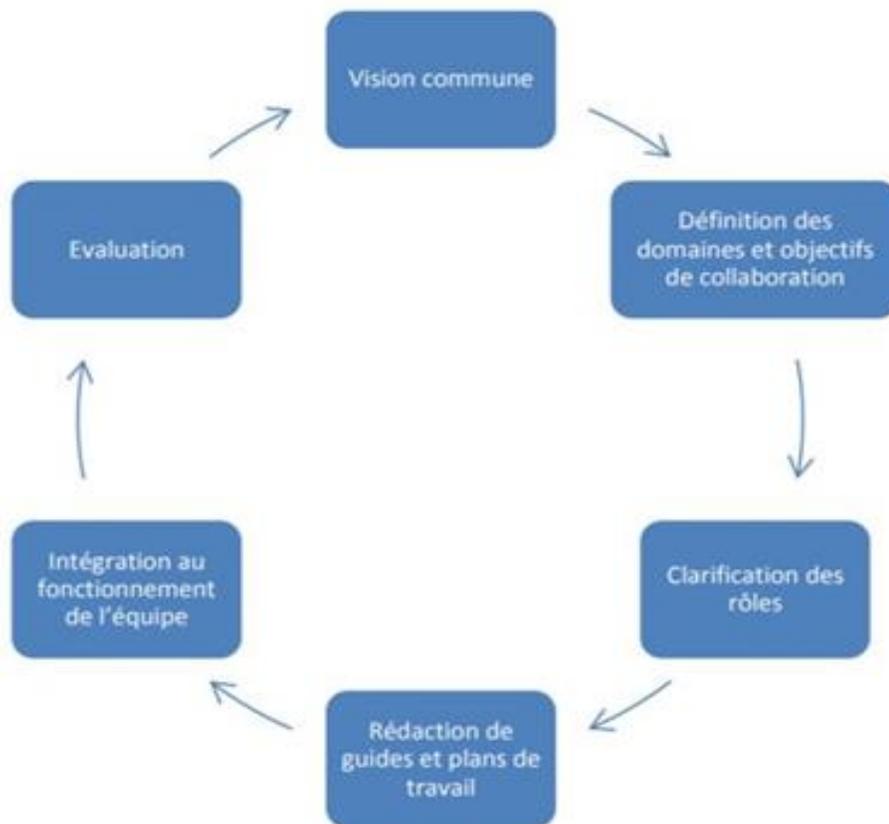
Les évaluations prévues ont été réalisés de manière informelle et sans structure ni horaire défini. Ce manque de précision sur le mode d'évaluation a eu un impact négatif sur les résultats. Plutôt qu'un suivi de leur travail, le soutien proposé consistait en une forme d'aide à la demande. Ce manque de structure a provoqué une évaporation des responsabilités. Chacun se dédouanait de son manque d'efficacité en observant le même chez les autres et personne ne prenant à sa charge la responsabilité finale de la bonne réalisation du projet.

Pour l'intervention suivante, il a été décidé de procéder à des évaluations sur base d'un horaire précis et de ne pas donner une tâche à plusieurs personnes simultanément. Pour une plus grande facilité il est préférable de proposer un modèle où chaque médecin à tour de rôle est responsable de la partie médicale de l'échéancier.

3) Réorientation

L'incident technique nous a privé d'une méthode de suivi efficace et visible. De plus avec le changement de programme, la manière d'encoder a changé et les protocoles proposés n'étaient plus pertinents. Au niveau de la satisfaction des travailleurs, cela a eu un impact négatif. Les conclusions précédentes restant pertinentes, nous avons choisi de mettre en place un sous forme de guideline papier reprenant les concepts déjà développés. Pour intégrer ces différents éléments, nous avons utilisé un schéma repris d'une étude qualitative sur la collaboration entre médecin et infirmiers en Belgique francophone (12). Avec ce nouvel outil, nous avons pu matérialiser une partie de ce cycle.

Figure 5 cycle d'amélioration qualité proposé par Dispas et al.



Les quatre premières parties du cycle d'amélioration qualité ont été mis par écrit dans un document à destination des acteurs de la collaboration. Celui-ci propose de partir d'une vision commune du travail interdisciplinaire et de la collaboration. Ensuite, il intègre les domaines de collaboration et les objectifs. Dans le cas présent, il s'agit de mettre par écrit des objectifs précis pour l'échéancier identifié comme un domaine spécifique de collaboration.

Le document reprend ensuite les rôles de chacun dans la réalisation de la tâche et des guides de travail sous la forme d'organigrammes. Ainsi, les quatre premières étapes de ce cycle sont désormais proposé aux acteurs sur un support écrit qui peut être réévalué et récrit de façon cyclique par l'équipe (approche itérative)

i) Nouvel objectif

Sur la même méthode que celle développée précédemment, nous avons défini un nouvel objectif.

OBJECTIF réorientation : Mettre en place sur le mois suivant un protocole fonctionnel de gestion de l'échéancier			
Activités	Par qui ?	Quand ?	Ressources nécessaires
Réalisation d'un carnet de protocoles de collaboration concernant l'échéancier incluant une charte de vision commune et une clarification des rôles de chacun	L'auteur	Pour le 20 mars	Temps de travail : 4h Entretiens avec infirmière
Mise en ordre de l'échéancier pour les mois de mars et avril 2018 sur base du fonctionnement proposé par le protocole	Infirmière + 1 médecin	Pour le 13 avril	Temps de travail libéré pour les deux
Présentation de la démarche en cours à l'équipe entière de la maison médicale	Toute l'équipe	Jeudi 29 mars	Réunion d'équipe de 30 minutes avec l'ensemble de la maison médicale
Evaluation du travail accompli	Infirmière	Pour le 16 avril	

Comme décrit dans ce tableau, la guideline une fois réalisée (annexe 7) a été donné à l'infirmière et à un médecin. Elle reprenait une charte de la vision du travail de collaboration, une brève

description des objectifs et des rôles de chacun dans cette démarche et des protocoles sous forme d'organigrammes. La tâche leur a été donnée de mettre en ordre l'échéancier du mois en cours et du mois suivant. Un seul médecin se verra attribuer la tâche de mettre en ordre l'échéancier. Si cette démarche s'avère efficace, ce rôle sera distribué à un médecin différent chaque mois. Par ailleurs, ce projet a été présenté à l'ensemble de l'équipe en réunion pour intégrer l'étape suivante proposée dans le cycle.

ii) Nouvelle évaluation

Objectifs et activités	Indicateurs	Opérationnalisation
OBJECTIF : Mettre en place sur le mois suivant un protocole fonctionnel de gestion de l'échéancier	Quantitatif : - Proportion de d'items de l'échéancier résolus Qualitatif : - Appréciation de l'équipe quant à la démarche	Analyse des chiffres de l'échéancier a posteriori de l'intervention Entretien qualitatif de groupe le 16 avril 2018

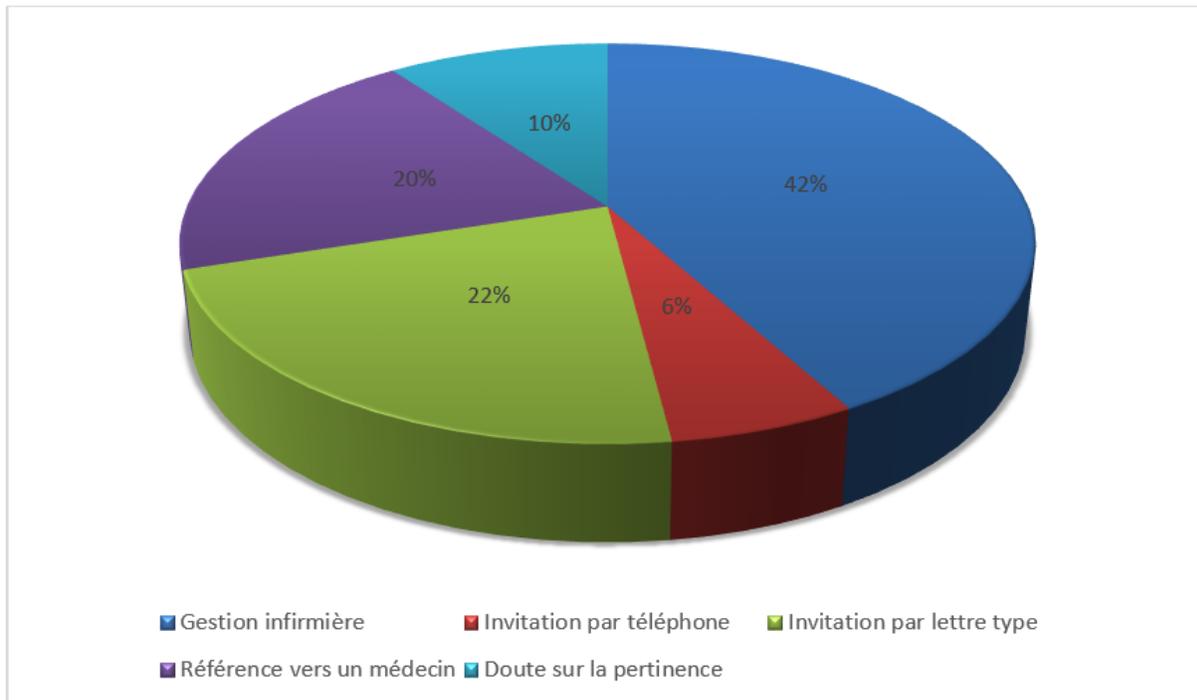
(1) D'un point de vue quantitatif

La liste des tâches à accomplir pour la période des mois de mars et avril concernait 57 patients et 128 items. Les participants avaient un mois pour mener la tâche à bien avec l'aide du document. Au bout d'une période de 3 semaines, les chiffres étaient peu probants : Il restait 50 patients dans l'échéancier et 116 items encore non résolus. Une discussion a été entamée avec l'infirmière pour comprendre le nœud du problème. Mauvais timing : l'intervention était tombée dans une période de congés et d'absence de certains collaborateurs. Trois heures de travail ont été débloquées pour cette tâche le lendemain pour l'infirmière et le médecin responsable. De plus, plusieurs points techniques ont été résolus par rapport à l'utilisation de l'outil informatique. Entre autres, il a été nécessaire d'intégrer les lettres types qui étaient déjà utilisées auparavant dans le programme informatique. Après une semaine supplémentaire de travail les résultats étaient extrêmement satisfaisants. Sur les 57 dossiers et les 128 items, à la date du 20/04/2018 il restait à traiter 5 dossiers.

Pour analyser la portée de ces chiffres, il faut les comparer avec l'état des lieux avant toute intervention réalisée dans le cadre de ce travail. La réalisation de l'échéancier était alors laissée entièrement à l'infirmière qui n'arrivait pas à obtenir une réelle collaboration de la part des médecins. L'activité sur le sujet était presque nulle. En donnant les chiffres réalisés sur une période

d'un mois, nous ne pouvons pas distinguer précisément de quelle manière chaque intervention a participé à l'amélioration du travail interdisciplinaire mais nous pouvons prendre la mesure plus générale d'un changement dans le mode de fonctionnement.

Figure 6 : distribution du type de résolution en pourcentage des dossiers à traiter



La figure ci-dessus décrit la manière dont les dossiers ont été traités. Dans un premier temps l'infirmière a identifié un problème dans l'extraction des données et a pu éliminer des dossiers non pertinents. Sur les patients restants, 70 % ont été gérés par l'infirmière, directement ou via une invitation à se présenter en consultation. Pour 20 % des dossiers, elle a référé la tâche vers un médecin, soit parce que cela concernait des points spécifiquement médicaux, soit parce qu'elle ne se sentait pas capable de gérer la situation. Enfin 5 dossiers n'ont pas été résolus parce que l'infirmière a proposé de ne plus inclure ce type de démarche dans l'outil. Il s'agit d'injections mensuelles pour des pathologies chroniques chez des patients compliants. Nous avons décidé de ne procéder aux rappels de ce type d'injection que chez les patients très peu compliants ou dans le cas d'injection d'antipsychotique.

Si nous comparons cet essai à la situation initiale, beaucoup de chemin a été parcouru depuis six mois. L'infirmière ne savait pas par où commencer pour utiliser cet outil. Elle est maintenant capable de gérer la majorité des dossiers. Elle a également repéré des erreurs dans l'extraction des données et interroge l'équipe sur la pertinence de l'encodage. Il s'agit d'une prise en charge complète de la problématique et d'une interaction proactive sur le sujet avec ses collègues.

(2) D'un point de vue qualitatif

Un entretien de groupe a été mené au sujet de cette nouvelle intervention. Nous reprenons quelques éléments de cette rencontre. Toutes les citations présentées dans ce point sont issues de l'entretien de groupe du 17/04/2018 dont le texte est reproduit en annexe 8.

(a) *Que doit-on mettre dans cet échéancier ?*

Dans la suite de l'intervention de l'infirmière au sujet du contenu, un médecin soulève la question suivante : *« Comment utiliser l'échéancier, est-ce qu'on l'utilise comme un outil de prévention ou comme aide-mémoire par exemple pour refaire une échographie ? L'utilise-t-on pour des examens dans le cadre préventif ou pour des actions qui pourraient être oubliées si on ne met pas un rappel et qui servent à être proactif pour un besoin non exprimé par le patient ? »*

Il aborde ainsi un sujet jusqu'alors mis de côté dans la recherche. Nous avons travaillé à la mise en ordre de l'outil et à son implémentation dans le travail quotidien. Mais nous n'avons pas discuté du contenu précis depuis le début de cette recherche action. Des discussions avaient été menées précédemment mais il ne semble pas qu'un consensus soit atteint. Un médecin dit :

« [L'utiliser dans un cadre préventif], c'est à ça que ça sert normalement et pas comme aide-mémoire ». Et un autre : « Moi je trouve que ça peut quand même avoir les deux fonctions quoique maintenant je ne dis pas que l'infirmière doit gérer les deux fonctions parce que quand il s'agit d'un suivi médical effectivement c'est déjà plus compliqué »

Les médecins ne sont pas d'accord entre eux sur les éléments qui doivent se retrouver dans l'échéancier et cela impacte le travail de l'infirmière. Elle explique que les médecins avaient pour habitude de noter dans l'échéancier des éléments de réflexion pour ne pas les oublier mais une fois

les résultats d'examens arrivés, ils n'avaient pas le réflexe de régler l'item dans l'échéancier. Ce qui suscitait une réaction de l'infirmière :

« Du coup moi je dois faire ton travail et ça ce n'est pas cool parce que je ne suis pas là pour lire tes résultats d'examens en fait »

Ce sujet semble une potentielle source de conflit et les membres de l'équipes sont d'accord sur la marche à suivre pour le futur : *« On doit encore faire un travail pour dire ce qu'on met dans l'échéancier et ce qu'on n'y met pas »*

Concernant le contenu, le bilan de l'utilisation à titre préventif est mitigé. Et les pistes sont plutôt favorable à une évolution dans ce sens :

« Actuellement on a des patients qu'ils font les dépistages du cancer du côlon mais on n'a pas une méthode pour être systématique, de le proposer à tous les patients qui sont dans la catégorie. »

« Si on arrive à mieux gérer idéalement il faut ajouter toutes les préventions possibles [dans le planning] »

(b) Un support écrit indispensable

Lors de la réalisation des listes individuelles, l'infirmière avait déjà fait part à plusieurs reprises de ses difficultés à prendre des responsabilités dans la gestion des items non résolus. Ce thème revient encore lors de l'évaluation finale :

« Des fois c'est une connaissance que je n'ai pas et donc je transfère directement, et des fois c'est une connaissance que je pense avoir mais même si je suis sûre à 90 % je ne vais pas prendre cette responsabilité ».

Elle souligne son manque de formation sur certains sujets, mais aussi ses doutes quant à sa légitimité au sujet de compétences pourtant acquises.

« Cette peur de prendre la responsabilité est toujours présente pour des choses parfois qui paraissent bêtes ou qui pour vous semblent simples. Mais voilà c'est parce qu'en tant qu'infirmière on a quasiment aucun droit finalement ».

Son statut d'infirmière, ou en tout cas la vision qu'elle a de ce dernier, est un frein dans la prise en charge d'une liste comme celle-ci. Pourtant le reste de l'équipe ne partage pas ses doutes quant à la légalité de son travail :

« Je pense que si on travaille avec des protocoles clairs et des ordres clairs, on peut déléguer en toute légalité. »

Dans ce cadre, il semble que la mise en place d'un support écrit aide à affirmer la position de l'infirmière. En même temps elle rassure les médecins sur sa capacité à gérer la situation.

L'écriture se fait au fur et à mesure et il semble qu'avancer dans cette direction permette d'augmenter l'autonomie de l'infirmière. Un médecin dit à ce sujet :

« Il vaut peut-être mieux [en suivant le protocole écrit] que l'on revienne à ce qu'elle gère 10 % de ce qu'il y a dans l'échéancier pour le moment. Comme on est dans une évaluation permanente, on pourrait aller progressivement vers un objectif de 60 % géré par l'infirmière. ».

Ce médecin, ne sait pas que l'infirmière à ce moment-là est déjà capable de gérer seule 80% des demandes mais elle souligne qu'il vaut mieux réduire le champ d'action de l'infirmière pour la rassurer et progresser vers plus d'autonomie si cela fonctionne. Le protocole écrit est vu comme une manière efficace de guider le travail de collaboration pour les médecins.

Ce mode de fonctionnement obtient l'adhésion de la part de l'équipe mais doit faire l'objet d'améliorations futures. Il semble que son utilisation permette à l'infirmière de gagner beaucoup en autonomie même si sa confiance dans l'outil n'est pas encore totale.

(c) Une histoire de rôles et de leadership

Précédemment à ce travail, il n'existait pas vraiment de leadership sur la question de l'échéancier ou de la collaboration. Le leadership était un élément fort négatif du dernier questionnaire IPC 65 et le thème revient dans l'entretien de groupe. A ce sujet un médecin dit : *« Il y a une condition pour que ça marche, il faut que ce soit vraiment un projet d'équipe discuté régulièrement et pour le faire il faut quelqu'un qui est plus impliqué, qui dirige le projet et dans ces conditions-là ça peut marcher ».*

C'est une vraie prise de conscience de l'importance du rôle de responsable, reprenant le thème déjà abordé de la formalisation des rôles. Avant cette intervention, la tâche avait été donnée à l'infirmière de gérer entièrement l'échéancier. *De facto* elle portait un rôle de responsable. Pour

différentes raisons, nous avons vu qu'elle avait du mal avec cette responsabilité. Pendant ce travail, nous avons tenté de préciser quel était son rôle. Mais le leadership a été pris par l'auteur et cela n'a aidé ni à la définition de son rôle ni à l'intégration de cette notion par l'équipe.

Quant à l'infirmière elle nous dit :

« On a on n'a pas mis de mot clair sur ma fonction et en fait il y a toujours pas de mot très clair sur ma fonction ici. C'est-à-dire que j'ai débarqué j'ai repris ce que je pouvais, j'ai essayé de créer des choses. Voilà je suis infirmière responsable et donc qu'est-ce que ça veut dire exactement ? »

« Voilà ça va être bien pour moi aussi de clarifier mon rôle avec l'arrivée de la seconde et de clarifier mon rôle de manière générale de toute façon. »

Nous pouvons extraire deux informations de ces phrases. Premièrement, la définition de son rôle est quelque chose de très important pour elle et le manque de clarté l'empêche d'avancer dans ses tâches. Deuxièmement, ce rôle n'est toujours pas clair malgré le travail accompli. Cela est dû en partie au fait qu'en ciblant notre champ d'action uniquement sur l'échéancier, il a été difficile de définir le rôle global de l'infirmière. Malgré l'importance capitale du sujet, la clarification des rôles de chacun et du rôle de leader n'a pas été un franc succès. Au lieu de mener un travail descriptif des rôles observés sur le terrain, il aurait été intéressant d'utiliser une approche proactive et de partir du rôle de leader pour l'attribuer à l'infirmière.

Même si un médecin émet des doutes sur cette distribution des rôles :

« Mais moi je ne pense quand même pas qu'une infirmière puisse jouer ce rôle-là. »

L'infirmière s'exprime positivement sur la manière dont ses prises de responsabilités sont un outil d'intégration à l'équipe.

« [...] J'ai voulu être responsable briefing alors qu'avant c'était un médecin, je pense que d'une certaine manière j'ai repris une série de ces responsabilités parce que je voulais en fait, avoir un peu plus de poids dans la balance et dans la façon dont c'était géré. »

TITRE 3 : Après

Dans cette dernière partie, nous aborderons les leçons tirées de l'expérience vécue. Nous ferons une analyse critique du déroulement du processus. Enfin nous concluons en proposant des pistes de recherches futures.

1) L'échéancier, un bon modèle de collaboration ?

L'expérience de collaboration autour de l'échéancier est globalement positive. Il a été décidé de mener l'expérience au-delà de cette recherche en poursuivant la démarche d'amélioration qualité. Cet outil correspond à un besoin dans la pratique de notre maison médicale mais doit encore être perfectionné.

Lors de la dernière évaluation, il a été décidé d'intégrer des tâches supplémentaires pour l'infirmière qui pourra initier des démarches de prévention en dehors de toute affection pathologique. L'objectif est de développer la capacité de l'outil préventif et d'augmenter la couverture en termes de dépistage et de vaccination par exemple.

Lors de cette recherche, l'analyse s'est fortement intéressée aux modes de fonctionnement entre les membres de l'équipe. L'échéancier a été utilisé comme un instrument de mesure. Il est nécessaire maintenant que nous avons trouvé des modalités de collaboration fonctionnelle de travailler sur le contenu.

Derrière l'utilisation de ce genre d'outil existe un vrai challenge pour la médecine générale. De plus amples études doivent être menées pour évaluer l'efficacité de cet outil sur la santé et la satisfaction des patients.

2) Un soutien structurel est indispensable

Une grande partie des interventions proposées ont été possibles parce que le cadre de travail s'inscrit dans une structure soutenance. Par exemple, la possibilité de libérer du temps de travail infirmier ou médical était relativement aisé. Les membres de l'équipe toutefois ne s'estiment pas toujours satisfaits des ressources disponibles. Mieux évaluer les besoins des soignants est une priorité dans la suite du processus.

Dans une optique plus générale, les sources consultées mentionnent que le type d'organisation influence la collaboration (10).

Nous pensons que le fonctionnement en maison médicale au forfait a été un atout. Cependant il n'est pas possible ici de faire une comparaison avec une pratique solo ou une pratique de groupe à l'acte. Des études comparatives entre ces modes d'organisation devraient être menées.

Il est important de documenter la collaboration interprofessionnelle. Elle s'inscrit dans une transformation globale de la première ligne de soin, et les principes légaux structurant l'organisation des soins de santé l'impactent fortement. Les changements de systèmes nécessaires doivent être implémentés au niveau régional voir national pour espérer un résultat significatif sur le paysage médical belge.

3) Gestion globale : vers un rôle à définir

L'étude de la collaboration par cette recherche action a montré que des changements importants sont possibles. Une évaluation continue a été nécessaire pour réorienter un grand nombre de fois l'action ou débloquer des situations. L'importance d'une personne ressource, d'un leader a été souligné comme facteur de réussite. Pour permettre à ce projet de continuer son chemin et aussi, pour assurer le succès de futurs projets autour de la collaboration, il est nécessaire de définir ce rôle et de l'attribuer à un membre de l'équipe. C'est un thème central dans la littérature (1,14) et dans l'analyse au niveau local.

Dans cette recherche, ce rôle a été porté par l'auteur médecin, mais il est imaginable qu'il soit confié au personnel infirmier. Il a en effet été montré que les infirmières se voient souvent attribué le rôle de coordinateur de soins en première ligne mais que cela demande non seulement une formation sur le sujet mais aussi toute une série de changement organisationnel (21).

4) Un modèle pertinent pour de futures démarches de collaboration ?

L'utilisation du modèle proposé par Dispas et al. (12), est particulièrement pertinente dans le contexte de notre étude. La transposition dans un support écrit d'une partie du cycle est une manière efficace de travailler sur la collaboration interdisciplinaire.

Pour l'échéancier, ce document sert désormais de base de travail. Il est proposé aux travailleurs dans une démarche dynamique. Chaque modification de celui-ci doit amener une nouvelle intégration et une nouvelle évaluation. Il est intéressant de reprendre ici éléments de ce schéma

a) Une vision commune

La différence entre le premier et le deuxième questionnaire IPC 65 et les entretiens de groupe a bien montré l'importance d'une vision commune. L'intégration de celle-ci dans le travail interdisciplinaire est effectivement, comme dans le schéma proposé, un processus en mouvement constant et même lorsqu'une équipe semble percevoir ce point comme optimal, il semble que beaucoup de travail reste à accomplir.

La notion de vision commune ne peut se perfectionner que par l'exercice. Au-delà de la confrontation des idées, il y a la rencontre du terrain. Des convictions pertinentes doivent se confronter à la difficulté d'agencer des profils différents et des visions du monde différentes dans la pratique. Pour permettre d'avancer dans ce domaine, les réunions d'équipes sont très intéressantes mais insuffisantes. Ces dernières sont limitées dans le temps et concernent avant tout le travail quotidien de l'équipe soignante. L'organisation de rencontres autour d'un sujet spécifique de collaboration nous semble indispensable pour permettre une vraie amélioration de la vision d'équipe.

b) Définir les domaines et objectifs de la collaboration

Dans le cas présent, le domaine de collaboration était limité. Le choix d'un échéancier était une évidence comme sujet de travail interdisciplinaire, mais bien d'autres sujets auraient pu servir de base. Cela étant dit, le fait de travailler sur un objet précis, a été un atout précieux. La notion de collaboration peut vite sembler immatérielle et générer des conflits. Pour évaluer la capacité que nous avons de travailler ensemble, il nous faut des objectifs concrets et une direction commune.

C'est la définition d'un objectif commun : « obtenir un outil fonctionnel pour le suivi et la prévention chez nos patient » qui nous a permis de prendre conscience en équipe de nos forces et de nos faiblesses. Connaitre le domaine étudié et les objectifs qui en découlent permet aux acteurs de se repérer. Cette étape est primordiale.

c) Clarification des rôles

Déjà soulignée dans la littérature (14) l'importance de la définition des rôles est aussi apparue comme une évidence au fur et mesure de l'avancement du projet. Une bonne définition des rôles permet de distribuer la responsabilité sans la diluer. Nous avons vu précédemment, avec les listes individuelles d'items à réaliser, que la division d'une tâche sans responsable final nuit à sa réalisation.

La mise par écrit des rôles dans la guideline est une amélioration à reproduire. Cependant, le l'impact reste limité et de nombreux doutes subsistent parmi les membres de l'équipe. Il semble pertinent dans le futur d'associer une réflexion sur un modèle de leadership et la répartition des rôles. Sur cette base, il devient alors possible de mener des actions concrètes pour que ces rôles se concrétisent. Cette démarche proactive nous semble plus ambitieuse.

d) Rédaction de plans et de guides de travail

La mise par écrit des protocoles est une idée très appréciée par l'équipe. Quelques réticences existent quant à la régulation explicite de l'intégralité de la collaboration mais nous recommandons fortement l'utilisation généralisée de support écrits.

L'attribution d'une tâche sans protocole défini a montré des résultats décevants. Par ailleurs, la mise par écrit de protocoles implique une limitation de l'autonomie de professionnels habitués à travailler avec beaucoup de libertés. Ces deux extrêmes doivent être évités pour se rapprocher du modèle d'une guideline. Celle-ci permet de guider les actions des professionnels lorsqu'ils manquent de repères. Elles sont aussi un support, pour ceux qui veulent proposer des améliorations ou identifier des failles dans le fonctionnement.

C'est grâce à ce type de support que les excès ou les manques d'une procédure deviennent facilement identifiables pour tous les acteurs. Ils peuvent en outre, avec les descriptions des rôles de chacun, servir de base de travail en réunion pour évaluer la pertinence d'une démarche à tout moment. Enfin dans une perspective de transposition du travail accompli vers une autre équipe, dans le cadre d'un nouveau venu dans l'équipe ou même de l'utilisation futur du travail pour un autre projet dans la même équipe, ce genre de support permet une certaine pérennité de l'action.

5) Approche critique de la méthode

La méthodologie de la recherche action permet une très grande flexibilité. Lors de ces derniers mois nous en avons profité pour opérer de nombreuses réorientations. Vu le grand nombre de pistes et de sujets abordés, une grande rigueur est nécessaire pour suivre l'avancement des travaux car la richesse des observations que nous pouvons faire n'est que partiellement documentée par écrit. Dans les prochaines recherches de ce type, nous recommandons d'utiliser de manière plus approfondie des outils écrits, pour permettre une plus grande intégration de l'équipe entière dans la recherche.

Dans la réalisation de ce travail, plusieurs initiatives ont été portées majoritairement par l'auteur médecin. La démarche de la recherche action participative insiste pourtant sur l'importance des décisions de groupe (22) Nous pensons qu'il existe une incompatibilité entre la structure d'un travail de fin d'étude tiré par la volonté individuelle de l'auteur et une recherche-action participative.

Dans le futur, nous recommandons d'inclure la totalité de l'équipe de manière plus proactive dans toutes les étapes de décisions. La réalisation de ce genre de travaux pourrait être co-écrite par plusieurs membres d'une même équipe, idéalement de professions différentes, pour diminuer ces biais.

6) Conclusion

Comment améliorer la collaboration entre médecins et infirmière dans la maison médicale autour de l'outil concret qu'est l'échéancier ? Pour répondre à cette question, nous avons plusieurs pistes de réponse.

D'abord, l'échéancier, objet de cette collaboration offre plein de possibilités pour la médecine générale actuelle. La manière dont nous l'utilisons est assez basique mais, intègre de manière efficace le travail de l'infirmière et celui des médecins. Son développement en interne comme à une plus grande échelle pourrait permettre d'offrir de réels changements dans la couverture préventive.

Ensuite, collaborer, cela prend du temps et de l'énergie, il est nécessaire de pouvoir ancrer les démarches dans un fonctionnement d'équipe au travers de réunions. Il aussi est nécessaire d'identifier un responsable ayant le leadership pour procéder à l'implémentation et à l'évaluation des mesures nécessaires. Dans ces démarches, le soutien d'une structure comme la maison médicale est un atout important.

L'utilisation d'un support écrit sous forme de guideline, reprenant les éléments cruciaux à la collaboration constitue une aide importante pour le suivi et l'évolution de la collaboration. Nous recommandons que celui-ci intègre une charte du travail interdisciplinaire, les rôles de chacun dans l'équipe et les domaines de collaboration ainsi que des protocoles décrivant le fonctionnement des processus collaboratifs. L'étude de laquelle s'inspire ce modèle (12) est une source intéressante pour la compréhension du phénomène en maison médicale francophone en Belgique.

Enfin, la recherche action a montré être un mode de travail adapté à ce genre de problématique. Nous avons pu améliorer de manière concrète la collaboration au sein de notre pratique et mettre en place un outil intéressant dans la démarche de soins. Les résultats de cette étude sont précieux pour la suite de la collaboration dans notre cabinet. Ce projet local pourrait être extrapolé au niveau méso et macro afin de dégager des éléments de comparaison avec d'autres types de pratique (méso) et réorienter la politique de santé (macro).

Au-delà de ces considérations pragmatiques, ce projet a été une aventure humaine passionnante. L'étude de l'interaction entre les acteurs de la santé permet de prendre du recul sur le travail quotidien. Se rendre compte de ses propres barrières et de celles de ses collègues permet d'identifier et de résoudre des conflits potentiels. Et à chaque conclusion, de nouvelles portes s'ouvrent.

Dans le futur, de nombreuses pistes restent à explorer. Comment exploiter nos avancées pour améliorer notre taux de vaccination et de dépistage, comment partager notre expérience avec d'autres équipes, quels autres sujets de collaboration pouvons-nous développer ? Nous terminons ce travail avec plus de questions que de réponses.

Bibliographie

1. Bédard S.K., Poder T.G. Larivière C. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. *Santé Publique*. 2013;25(6):763-73.
2. Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, de la Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2012;20(4):303-12.
3. Prévost M, Gosselain Y, Laperche J, Roland M: Carnet de bord « Assurance de Qualité ». Bruxelles: Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones asbl, 1999.
4. Prevost M. La recherche-action en maison médicale. *Santé Conjugué*. 2004;(30):19-24.
5. Smith R. Quality improvement reports: a new kind of article. *BMJ*. 9 déc 2000;321(7274):1428.
6. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. sept 2015;71(9):1973-85.
7. Nelson P, Martindale A-M, McBride A, Checkland K, Hodgson D. Skill-mix change and the general practice workforce challenge. *Br J Gen Pract*. févr 2018;68(667):66-7.
8. ORS (Observatoire régional de la santé), URPS (Union régionale des professionnels de santé). Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire.[Internet]. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2014. 8 p. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_10_integration_infirmiers_panel2mgpdl.pdf
9. Dispas H. Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins, Recherche de pistes applicables à un centre de santé intégré en région liégeoise [Travail de fin d'étude]. [Liège]: Université de Liège; 2013.
10. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. *Quest D'économie Santé*. 2005;(95):12.
11. Cadastre wallon des médecins généralistes [Internet]. AViQ - Agence pour une Vie de Qualité; 2016. Disponible sur: <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>
12. Dispas H., Somassè E., Marganne M., Drielsma P. Collaboration interdisciplinaire en première ligne de soins : analyse de l'expérience de maisons médicales francophones de Belgique, au départ de la collaboration entre médecins généralistes et infirmiers. *A paraître*.
13. Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F. The Link Between Teamwork and Patients' Outcomes in Intensive Care Units. *Am J Crit Care*. 11 janv 2003;12(6):527-34.
14. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*. 10 mai 2013;11:19.

15. Gosselain Y, Laperche J, Prevost M. Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser. *Santé Conjug.* 1999;(10):42-5.
16. Dagneaux I, Degryse J, Vercruysse B. Résultats de l'enquête : médecin généraliste et personne âgée - résumé. *Bull Mém L'Académie R Médecine Belg.* 1 janv 2008;163:240-6.
17. Vanmeerbeek M, Belche J., Lemaître A-F, Vandoorne C. Can French-speaking Belgian GPs improve their preventive healthcare delivery? A qualitative study. *Exercer* 2013;107:107-13.
18. Berquin E, Vanmeerbeek M. Le recueil systématique de données informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique. *Santé Conjug* [Internet]. 2004 [cité 25 avr 2018];30. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/85020>
19. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health Oxf Engl.* déc 2015;37(4):716-27.
20. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. *Fam Pract.* 1 déc 2002;19(6):641-6.
21. Parker S, Fuller J. Are nurses well placed as care co-ordinators in primary care and what is needed to develop their role: A rapid review? *Health Soc Care Community.* 9 févr 2015;2.
22. Chevalier JM, Buckles DJ, Bourassa M. Guide de la recherche-action, la planification et l'évaluation participatives. Ottawa: SAS2 Dialogue; 2013.

Annexe 1 : Questionnaire IPC65

Évaluation de l'interdisciplinarité en pratique clinique (Questionnaire IPC65)

Ce questionnaire anonyme est à compléter par tout **intervenant** travaillant dans une **équipe interdisciplinaire en santé, soit en CH, CHU, CSSS et autres**. Son objet est de **mesurer le degré d'intégration d'une équipe interdisciplinaire** par rapport aux standards établis dans la littérature scientifique.

Définition : Une **équipe interdisciplinaire** consiste en un « 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 concentrée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. L'interdisciplinarité exige une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent et coordonné. » Hébert (1997).

Définition : Une **équipe multidisciplinaire** consiste en un « regroupement de plusieurs intervenants où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et en assure le suivi. Il décide seul de ce qui est bon pour le client. Il établit un plan d'intervention et en assume la responsabilité. » (Larivière et Ricard, 1998).

Définition : Le **plan d'intervention interdisciplinaire** consiste en un « ensemble d'interventions planifiées conjointement par les membres de l'équipe interdisciplinaire en vue de satisfaire les besoins de soins et d'assistance du client au cours d'un épisode de soins intra-établissement et/ou inter-établissement. » (Leprohon et Lessard, 2006, p.18).

Nom de votre établissement _____

Domaine de votre équipe interdisciplinaire _____

Nombre d'intervenants dans votre équipe _____

Nommez votre profession _____

Nombre d'années d'expérience en interdisciplinarité _____

S.V.P. : Répondez spontanément à partir de la situation réelle dans votre équipe interdisciplinaire et non pas en considérant la situation que vous souhaiteriez avoir.

Intégration normative	Cotation				
Éléments à considérer	Totalemment en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalemment en désaccord	Non applicable
<p><i>Vision</i></p> <p>Il existe une vision claire des objectifs au sein de l'équipe :</p> <p>1. <i>Travailler en synergie afin de prodiguer des soins et services de qualité qui répondent aux besoins de la population cible</i></p> <p>2. <i>Contribuer à assurer un meilleur continuum de soins et service pour la population cible</i></p>	<input type="checkbox"/>				
<p><i>Intérêt pour le travail en interdisciplinarité</i></p> <p>3. Tous les membres de l'équipe croient aux bénéfices du travail en Interdisciplinarité</p> <p>4. Tous les membres de l'équipe se sentent impliqués dans le bon fonctionnement de l'équipe</p> <p>5. Le rôle de chacun est considéré utile au bon fonctionnement de l'équipe et à l'atteinte de soins de qualité</p> <p>6. La motivation à travailler en groupe est perçue par les membres comme étant importante</p> <p>7. Les interactions se font dans un climat de confiance et de respect mutuel</p>	<input type="checkbox"/>				
<p><i>Leadership</i></p> <p>8. Il existe un leadership médical et/ou clinico-administratif au sein de l'équipe</p> <p>9. Le leadership exercé permet à l'équipe de bien fonctionner et d'atteindre ses objectifs</p> <p>10. Le leadership exercé permet de créer un climat de confiance en favorisant la communication et la transparence</p>	<input type="checkbox"/>				

Intégration fonctionnelle	Cotation				
Éléments à considérer - Appui administratif - Ressources disponibles	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Appui administratif</i>					
11. L'établissement reconnaît l'importance de l'équipe interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>				
12. L'établissement soutient les membres de l'équipe dans leur processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts à la population cible	<input type="checkbox"/>				
<i>Ressources disponibles</i>					
Le service dont dépend l'équipe fournit les ressources nécessaires au bon fonctionnement clinique :					
13. <i>Composition adéquate de l'équipe pour fournir des soins et services de qualité</i>	<input type="checkbox"/>				
14. <i>Formation visant à rehausser les compétences de chacun</i>	<input type="checkbox"/>				
15. <i>Coaching (au besoin) en interdisciplinarité</i>	<input type="checkbox"/>				
Le service dont dépend l'équipe fournit les ressources nécessaires :					
16. <i>Au bon fonctionnement administratif</i>	<input type="checkbox"/>				
17. <i>À l'intégration des personnes nouvellement enrôlées</i>	<input type="checkbox"/>				
18. <i>À l'intégration des stagiaires</i>	<input type="checkbox"/>				
19. La stabilité de l'équipe et la rétention du personnel sont encouragées (reconnaissance, promotions, etc.)	<input type="checkbox"/>				

Intégration clinique	Cotation				
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation explicite des rôles - Gestion des réunions - Règles de travail - Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits 	Totallement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Non applicable
<i>Formalisation explicite des rôles</i>					
20. Les rôles et tâches de chacun sont bien définis et formellement documentés en conformité avec les lois 90 et 21	<input type="checkbox"/>				
Le partage des tâches est optimal en ce qui concerne :					
21. <i>Les soins et les services prodigués au patient</i>	<input type="checkbox"/>				
22. <i>Le fonctionnement interne de l'équipe</i>	<input type="checkbox"/>				
23. L'autonomie professionnelle de chacun est reconnue	<input type="checkbox"/>				
<i>Gestion des réunions</i>					
Les réunions permettent concrètement de :					
24. <i>Générer des objectifs communs vis-à-vis de l'état de santé du patient</i>	<input type="checkbox"/>				
25. <i>Coordonner les actions des différents intervenants</i>	<input type="checkbox"/>				
26. Il existe également des réunions sur les processus de fonctionnement	<input type="checkbox"/>				
27. Lorsque requis, les membres de l'équipe sont présents aux réunions interdisciplinaires	<input type="checkbox"/>				
28. Les réunions sont bien gérées (préparées et animées avec efficacité)	<input type="checkbox"/>				
<i>Règles de travail</i>					
29. Le plan d'intervention intègre de façon harmonieuse les interventions des différentes disciplines et/ou spécialités	<input type="checkbox"/>				
30. Le plan d'intervention est déposé au dossier du patient	<input type="checkbox"/>				
31. Les documents utiles au bon fonctionnement de l'équipe (documents d'encadrement clinique, protocoles de soins, etc.) sont connus, à jour et disponibles	<input type="checkbox"/>				
32. Les canaux formels et informels sont utilisés pour informer les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>				

Intégration clinique	Cotation				
Éléments à considérer	Totalment en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalment en désaccord	Non applicable
33. Les règles de fonctionnement de l'équipe sont bien comprises	<input type="checkbox"/>				
34. Des mécanismes d'amélioration continue du fonctionnement de l'équipe sont utilisés (révisions des processus d'intervention, remises en question et discussions franches sur le fonctionnement, etc.)	<input type="checkbox"/>				
35. La fréquence des réunions de l'équipe interdisciplinaire est suffisante pour permettre une intercommunication et une collaboration active entre les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>				
36. La communication entre les membres est claire : chacun comprend ce que l'autre veut dire et utilise la rétroaction pour clarifier les situations	<input type="checkbox"/>				
<i>Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits</i>					
37. Le rôle de chacun est interdépendant et collaboratif, fondé sur une collaboration interprofessionnelle mature	<input type="checkbox"/>				
38. Les membres de l'équipe ont une bonne capacité de remise en question (introspection, ouverture d'esprit, etc.)	<input type="checkbox"/>				
39. Les membres de l'équipe font preuve de maturité dans la résolution de leurs différends	<input type="checkbox"/>				
40. Les conflits associés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité sont normaux et peuvent être résolus	<input type="checkbox"/>				
41. Les conflits associés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité sont fréquents	<input type="checkbox"/>				
42. Les logiques individuelles et professionnelles de certains membres de l'équipe peuvent miner la collaboration en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>				
43. Les membres de l'équipe sont solidaires face aux critiques externes émises à l'encontre des décisions prises en interdisciplinarité	<input type="checkbox"/>				
44. Lorsque les médecins perçoivent davantage les autres professionnels comme étant à leur service, ils négligent de les considérer comme des collaborateurs à part entière	<input type="checkbox"/>				
45. Les membres de l'équipe qui ne sont pas médecins se sentent parfois comme étant au service des médecins	<input type="checkbox"/>				

Intégration des soins	Cotation				
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> - Ce qui vise la structure - Ce qui vise l'équipe - Ce qui vise le patient 	Totalment en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalment en désaccord	Non applicable
<i>Résultats relatifs à la structure</i>					
Le mode de fonctionnement de votre équipe permet de fournir des soins de qualité en maximisant l'utilisation des ressources :					
46. <i>Le regroupement de professionnels des services concernés permet à l'équipe de planifier l'allocation des ressources (la bonne personne au bon moment)</i>	<input type="checkbox"/>				
47. <i>Favorise la réduction de la durée des épisodes de soins</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Le mode de fonctionnement de votre équipe permet :</i>					
48. <i>D'assurer la cohérence, la qualité et la continuité des soins et des services dispensés par l'établissement et l'intégration des activités des partenaires afin de fournir un continuum de soins et services à la population cible</i>	<input type="checkbox"/>				
49. <i>De donner aux équipiers le sentiment d'être utile, de pouvoir influencer sur la capacité opérationnelle de l'organisation</i>	<input type="checkbox"/>				
50. <i>De favoriser le recours à des outils d'évaluation des besoins des patients et de leurs familles</i>	<input type="checkbox"/>				
51. <i>De favoriser la collaboration avec les partenaires externes (médecin de famille, SAAQ, CSST, établissements de santé, CSSS, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Résultats relatifs à l'équipe</i>					
Le mode de fonctionnement de votre équipe :					
52. <i>Permet de traiter des cas complexes (dont le diagnostic et le traitement demandent l'expertise et le jugement de plusieurs cliniciens expérimentés)</i>	<input type="checkbox"/>				
53. <i>Permet de développer davantage les connaissances et les habiletés d'intervention (compétences professionnelles)</i>	<input type="checkbox"/>				
54. <i>Permet le soutien mutuel et facilite l'intégration des débutants et des stagiaires par des professionnels plus expérimentés (mentorat, préceptorat)</i>	<input type="checkbox"/>				
55. <i>Favorise le respect et la reconnaissance de la spécificité de chacun</i>	<input type="checkbox"/>				
56. <i>Permet de transcender ses valeurs personnelles pour travailler au partage de valeurs professionnelles communes</i>	<input type="checkbox"/>				

Intégration des soins	Cotation				
	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Non applicable
Éléments à considérer <ul style="list-style-type: none"> - Ce qui vise la structure - Ce qui vise l'équipe - Ce qui vise le patient 					
57. <i>Permet de rassurer l'équipe sur la pertinence des interventions</i>	<input type="checkbox"/>				
Résultats relatifs aux patients					
Le mode de fonctionnement de votre équipe permet d'améliorer la qualité des soins et des services en se basant sur :					
58. <i>L'atteinte des objectifs cliniques (guérison, maintien ou amélioration des capacités fonctionnelles et cognitives chez la clientèle âgée, retour au travail, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>				
59. <i>Des services sécuritaires (respect des normes et des pratiques organisationnelles requises pour l'agrément)</i>	<input type="checkbox"/>				
Le mode de fonctionnement de votre équipe permet de clarifier et de mieux cibler :					
60. <i>Les besoins bio-psycho-sociaux du patient et/ou de sa famille</i>	<input type="checkbox"/>				
61. <i>Les attentes du patient et/ou de sa famille</i>	<input type="checkbox"/>				
Le mode de fonctionnement de votre équipe favorise, au cours de l'épisode de soins :					
62. <i>La transmission d'un message cohérent et uniforme</i>	<input type="checkbox"/>				
63. <i>L'adhésion du patient au plan d'intervention et l'implication de la famille</i>	<input type="checkbox"/>				
64. <i>L'implication du patient dans son processus de guérison (affirmation de soi / empowerment)</i>	<input type="checkbox"/>				
65. <i>L'accompagnement du patient et de sa famille</i>	<input type="checkbox"/>				

Merci de votre aimable participation

Comment citer ce questionnaire :

Bédard S.K., Poder T.G. et Larivière C. (2013). Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. Santé Publique, volume 25, n°6.

Contacts :

Suzanne K. Bédard
Conseillère en ETMIS
sbedard.chus@ssss.gouv.qc.ca

Thomas G. Poder
Conseiller-cadre en ETMIS
tpoder.chus@ssss.gouv.qc.ca

Comment utiliser ce questionnaire ?

Ce questionnaire sert principalement à évaluer une équipe dans son ensemble. Différents scores du degré d'intégration des concepts menant à une pratique interdisciplinaire peuvent être calculés. Un score global peut ainsi être calculé pour indiquer un résultat d'ensemble, de même qu'un score par sous-dimension et un score pour chaque question pour indiquer des résultats spécifiques. Au niveau des sous-dimensions et des questions individuelles, les scores obtenus permettent d'évaluer les points forts et les points faibles d'une équipe. Éventuellement, il sera aussi possible d'observer des points de divergences au sein de l'équipe pour certaines questions.

Chaque réponse peut être transformée en un score compris entre 0 et 3 ou 0 correspond à « totalement en désaccord », 1 à « plutôt en désaccord », 2 à « plutôt en accord » et 3 à « totalement en accord ». Les réponses « non applicable » sont exclues du calcul du score. Dans le calcul du score, aucune pondération n'est effectuée, chaque item étant considéré comme également important.

Un score entre 2,5 et 3 indique une bonne intégration des concepts menant à une pratique interdisciplinaire efficace. Pour un item individuel cela correspond à un point fort.

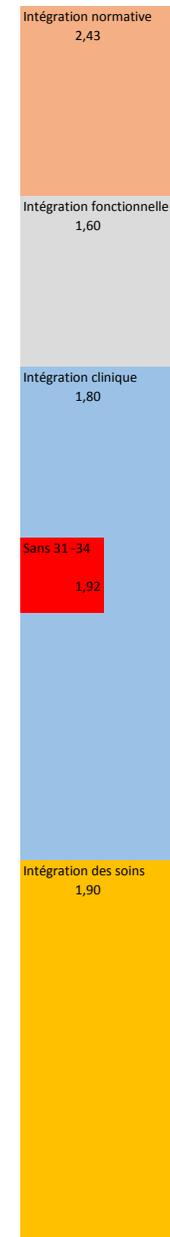
Un score entre 2 et 2,5 indique un fonctionnement assez bon avec quelques éléments d'amélioration à apporter après examen en groupe.

Un score entre 1 et 2 indique soit des divergences marquées, soit plusieurs situations qu'il faudrait examiner en groupe et potentiellement corriger.

Un score inférieur à 1 indique qu'il y a très vraisemblablement un ou plusieurs problèmes à régler. Pour un item individuel cela correspond à un point faible.

Annexe 2 : Tableau de résultat de la première évaluation IPC 65

Participant question	S	T	E	RL	A	Total	Moyenne	Theme	Note par thème	
1	3	3	3	3	3	14	2,80	Vision	2,70	
2	2	3	3	3	3	13	2,60			
3	2	3	3	3	2	13	2,60	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité	2,52	
4	2	2	3	3	2	11	2,20			
5	2	3	3	3	2	13	2,60			
6	3	3	3	3	2	13	2,60			
7	3	2	3	3	2	13	2,60			
8	2	2	2	2	3	12	2,40	Leadership	2,07	
9	2	2	2	2	2	10	2,00			
10	2	2	2	2	2	1	9	1,80		
11	2	1	2	2	3	1	9	1,80	Appui administratif	1,80
12	2	2	2	1	3	1	9	1,80		
13	2	1	1	1	2	0	6	1,20	Ressources disponibles	1,39
14	2	1	1	2	3	0	8	1,60		
15	2	1	1	1	3	0	7	1,40		
16	1	2	1	1	2	0	6	1,20		
17	1	1	1	3	2	0	7	1,40		
18	1	1	1	2	2	0	6	1,20		
19	1	1	2	2	3	1	7	1,75		
20	1	1	2	2	0	0	4	1,00	Formalisation explicite des rôles	1,50
21	1	2	1	1	1	0	5	1,00		
22	1	2	2	2	2	0	7	1,40		
23	2	3	3	3	3	2	13	2,60		
24	2	3	3	3	3	2	13	2,60	Gestion des réunions	2,20
25	2	3	3	3	3	2	13	2,60		
26	1	2	2	2	2	2	9	1,80		
27	2	3	3	3	2	2	12	2,40		
28	1	2	2	2	2	1	8	1,60		
29	1	0	1	1	1	3	0,75	Règles de travail	1,47	
30	1	0	1	1	1	3	0,75			
31	1	1	1	1	1	4	1,00			
32	2	2	3	3	2	9	2,25			
33	1	2	2	2	2	1	8	1,60		1,75
34	1	1	2	2	2	2	8	1,60		
35	2	2	3	3	2	1	10	2,00		
36	2	2	2	2	2	1	9	1,80		
37	2	2	2	2	3	2	11	2,20	Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits	2,02
38	2	2	3	3	3	1	11	2,20		
39	2	2	3	3	3	2	12	2,40		
40	1	2	3	3	2	2	10	2,00		
41	2	1	1	1	1	2	7	1,40		
42	1	1	0	1	1	3	5	1,25		
43	2	2	3	3	3	2	12	2,40		
44	2	3	0	2	2	2	9	1,80		
45	2	2	2	3	3	3	10	2,50		
46	2	1	2	2	1	2	8	1,60	Résultats relatifs à la structure	1,63
47	2	2	1	1	1	2	8	1,60		
48	2	2	2	2	2	2	10	2,00		
49	2	2	2	2	2	2	10	2,00		
50	1	0	1	1	1	2	5	1,00		
51	1	2	2	2	1	2	8	1,60		
52	2	3	3	3	1	2	11	2,20	Résultats relatifs à l'équipe	2,33
53	2	3	3	3	3	2	13	2,60		
54	2	2	3	3	3	1	11	2,20		
55	2	2	3	3	3	2	12	2,40		
56	2	3	3	3	2	3	13	2,60		
57	1	2	3	3	2	2	10	2,00		
58	1	2	3	3	2	2	10	2,00	Résultats relatifs aux patients	1,77
59	1	2	2	2	2	2	7	1,75		
60	2	1	3	3	2	2	10	2,00		
61	2	1	3	3	1	2	9	1,80		
62	2	2	2	2	1	2	9	1,80		
63	2	0	2	2	2	0	6	1,20		
64	2	1	2	2	2	2	9	1,80		
65	2	2	2	2	1	2	9	1,80		
2145	110	117	142	131	99				1,95	



Annexe 3 : exemple de liste individuelle sous format Excel

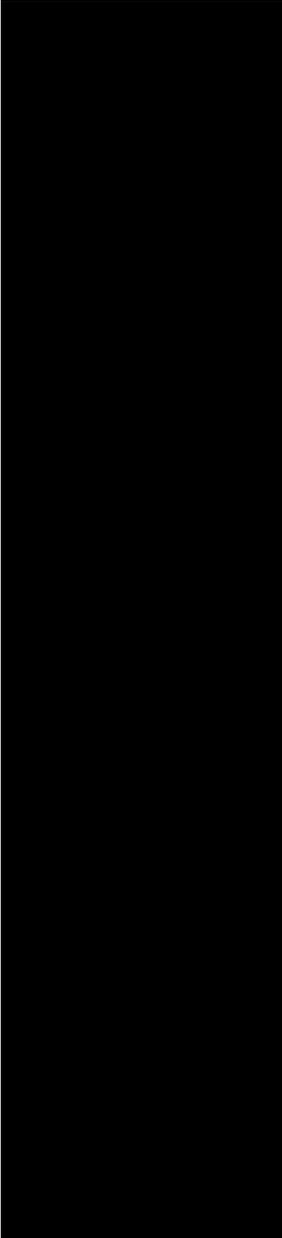
Value date

Due date

Code couleur

	Patient terminé, pas besoin de rouvrir le dossier -> plus d'onglet en retard dans le
	Objet terminé chez un patient dont le planning n'est pas entièrement terminé
	Tâche à réaliser -> inscrire dans la prochaine case ce qu'il faut faire (lettre, télépho
	Patient trop complexe : doit venir en consultation
	Tache en attente -> lettre envoyée par exemple en attente retour patient = report
	Cas à revoir par un médecin -> pas clair

identification du patient

	28/10/2004	influenza
	29/10/2003	influenza
	01/01/2012	01/01/2013 Renouvellement DMG+
	31/10/2005	31/10/2006 GASTROSCOPIE° ulcère bas-c
	17/10/2011	07/02/2012 taux de glucose sanguin ctrl 1
	01/01/2012	01/01/2013 Renouvellement DMG+
	28/08/2013	07/09/2013 taux de glucose sanguin trim
	04/08/2017	04/10/2017 TAUX D'HEMOGLOBINE SAN
	20/09/2005	20/10/2005 hépatite B
	20/10/2005	20/03/2006 hépatite B
	27/09/2017	27/10/2017 tétanos
	20/09/2005	oreillons
	20/09/2005	rougeole
	20/09/2005	rubéole
	22/02/2006	hépatite B
	29/01/2003	28/02/2013 tétanos
	23/01/2017	23/02/2017 hépatite B
	17/12/2012	15/02/2013 TAUX D'HEMOGLOBINE SAN
	05/03/2013	05/04/2013 pneumocoques (13 sérotype
	06/06/2012	06/06/2013 Renouvellement DMG+
	04/11/2013	04/11/2014 influenza/grippe
	05/10/2009	30/11/2009 influenza/grippe
	07/11/2013	07/11/2014 influenza/grippe
	24/05/2007	24/06/2007 diphtérie
	24/05/2007	24/06/2007 tétanos
	02/04/2008	02/04/2013 diphtérie
	02/04/2008	02/04/2013 coqueluche (whole cell)
	10/08/2006	10/08/2016 oreillons
	10/08/2006	10/08/2016 rougeole
	10/08/2006	10/08/2016 rubéole
	28/11/2016	28/06/2017 biologie clinique follow up ar
	28/02/2012	28/02/2013 Renouvellement DMG+

19/01/2017	taux glucose sanguin control
11/03/2016	12/08/2016 taux glucose sanguin
22/10/2008	22/10/2009 influenza/grippe
19/10/2009	19/10/2010 influenza/grippe
03/11/2015	TAUX DE GLUCOSE SANGUIN
31/10/2005	31/10/2005 BIOPSIE AUTRE hepatique
19/08/2011	31/08/2011 prise de sang check-up
02/10/2016	controle oesophagite grade I
29/12/2015	29/12/2017 mammographie depistage
26/04/2012	26/04/2013 Renouvellement DMG+
19/12/2012	19/12/2012
27/12/2011	27/12/2012 Renouvellement DMG+
31/07/2017	31/07/2017 Prendre TA : contrôle car éle
03/10/2017	03/01/2018 TAUX DE GLUCOSE SANGUIN
27/06/2007	27/07/2007 coqueluche (whole cell)
27/06/2007	27/07/2007 diphtérie
27/06/2007	27/07/2007 Haemophilus influenzae type
27/06/2007	27/07/2007 hépatite B
27/06/2007	27/07/2007 polio (parentéral)
27/06/2007	27/07/2007 tétanos
25/11/1996	27/11/1996 RX THORAX
04/07/2002	01/08/2002 tétanos
14/06/2002	14/12/2002 hépatite A
14/06/2002	14/06/2005 typhus (parentéral)
04/07/2002	04/07/2012 diphtérie
03/01/2012	03/01/2013 Renouvellement DMG+
19/10/2012	19/10/2013 influenza/grippe
24/03/2017	taux de glucose sanguin
04/09/2017	04/12/2017 tsh
02/01/2013	02/02/2013 tétanos
31/01/2013	30/06/2013 hépatite B
05/10/2009	30/11/2009 influenza/grippe cocoon
10/04/2009	10/09/2010 FROTTIS CERVICAL depistage
20/11/2017	20/12/2017 faire vaccin RRO 2 doses ave
12/07/2002	12/07/2012 tétanos
12/07/2002	12/07/2012 diphtérie
30/05/2012	30/05/2013 Renouvellement DMG+
24/05/2007	24/05/2017 diphtérie
24/05/2007	24/05/2017 tétanos
14/04/2014	14/10/2014 ECHO THYROIDIEN nodule
29/12/2011	29/12/2012 Renouvellement DMG+
28/10/2011	25/03/2013 taux sérique du cholestérol
19/10/2016	19/10/2017 influenza/grippe
05/02/2010	21/06/2010 FROTTIS CERVICAL ASCUS, cc
25/08/2010	25/09/2010 biologie ctrl crp et anémie
16/03/2016	16/03/2016 controle mammographie + e
28/12/2011	28/12/2012 Renouvellement DMG+
28/11/2014	28/12/2014 diphtérie
28/11/2014	28/12/2014 tétanos
20/12/2006	01/06/2007 FROTTIS CERVICAL controle I

27/05/2009	08/07/2009 FROTTIS CERVICAL LSIL, cont
21/12/2011	21/12/2012 Renouvellement DMG+
28/12/2011	28/12/2012 Renouvellement DMG+
05/10/2009	30/11/2009 influenza/grippe
22/10/2009	22/10/2010 influenza/grippe
10/06/2012	10/06/2013 Renouvellement DMG+
06/03/2006	31/03/2006 ECHOGRAPHIE DIAGNOSTIQU
15/02/2006	07/04/2006 biologie thyroide
01/06/2012	01/06/2013 Renouvellement DMG+
20/01/2017	04/05/2017 taux de glucose sanguin hyp
13/09/2011	examen fond d'oeil nl
13/12/2016	TAUX DE GLUCOSE SANGUIN
02/04/2012	02/04/2013 Renouvellement DMG+
04/12/2016	04/01/2017 frottis cervical
04/08/2016	04/08/2017 mammographie
12/09/2005	12/09/2005 nouveau prise de sang: foie,
06/10/2005	06/10/2006 influenza/grippe
11/01/2012	11/01/2013 Renouvellement DMG+
19/10/2015	19/10/2016 influenza/grippe
03/09/2010	03/08/2011 coqueluche (whole cell)
03/09/2010	03/08/2011 diphtérie
03/09/2010	03/08/2011 Haemophilus influenzae type
03/09/2010	03/08/2011 hépatite B
03/09/2010	03/08/2011 polio (parentéral)
03/09/2010	03/08/2011 tétanos
11/01/2012	11/01/2013 Renouvellement DMG+
27/05/2010	06/05/2013 FROTTIS CERVICAL depistage
06/06/2013	31/08/2013 TAUX D'HEMOGLOBINE SAN
18/06/2009	18/12/2009 hépatite A
24/10/2017	24/11/2017 controle anémie et ferritinér
	kyste épais.
	+ reconstrôler
	en cas
	d'augmentati
	on de
24/10/2017	24/12/2017 volume
03/10/2017	03/01/2018 taux de glucose sanguin + TS
09/06/2009	09/07/2009 coqueluche (whole cell)
09/06/2009	09/07/2009 diphtérie
09/06/2009	09/07/2009 polio (parentéral)
09/06/2009	09/07/2009 tétanos
31/05/2012	30/08/2012 MESURE DU POIDS CORPORI
12/08/2016	02/09/2016 depo-provera test grosses n
13/02/2008	13/04/2008 papillomavirus humain (4 sé
26/05/2008	26/09/2008 papillomavirus humain (4 sé
09/10/2012	09/10/2013 influenza/grippe
18/04/2001	01/03/2002 RX thorax
26/12/2011	26/12/2012 Renouvellement DMG+
13/01/2012	13/01/2013 Renouvellement DMG+

21/01/2014	21/01/2017 frottis cervical dépistage
23/08/2017	23/11/2017 consultation en première ligu
25/04/2016	25/04/2017 biologie clinique
23/09/2005	diphtérie (dose pour enfant)
23/09/2005	tétanos
19/08/2003	19/08/2013 tétanos
19/08/2003	19/08/2013 diphtérie rappel fait via lettr
03/06/2013	03/06/2016 FROTTIS CERVICAL rappel fai
05/05/2015	taux glucose sanguin
16/12/2016	30/04/2017 taux de glucose sanguin ctrl
16/12/2016	16/12/2017 influenza/grippe
25/04/2016	25/06/2016 frottis cervical lettre de rapp
24/01/2012	24/01/2013 Renouvellement DMG+
01/08/2013	02/08/2015 TEST HEMOCCULT
18/09/2006	SPIROMETRIE
20/01/2017	12/10/2017 mammographie depistage
03/11/2014	03/11/2017 FROTTIS CERVICAL
19/08/2008	30/07/2010 MAMMOGRAPHIE CHEZ LA F
02/09/2008	01/09/2010 MAMMOGRAPHIE CHEZ LA F
29/04/2014	29/07/2014 TAUX DE GLUCOSE SANGUIN
29/09/2005	oreillons
29/09/2005	rougeole
29/09/2005	rubéole
10/05/2007	10/06/2007 coqueluche (whole cell)
10/05/2007	10/06/2007 diphtérie
10/05/2007	10/06/2007 polio (parentéral)
10/05/2007	10/06/2007 tétanos
27/12/2011	27/12/2012 Renouvellement DMG+
02/06/2008	31/08/2008 biologie
01/05/2001	01/05/2011 tétanos
10/01/2012	10/01/2013 Renouvellement DMG+
10/01/2012	10/01/2013 Renouvellement DMG+
06/08/2003	06/08/2013 tétanos
06/08/2003	06/08/2013 diphtérie
06/08/2002	tétanos
06/09/2002	tétanos
06/08/2003	diphtérie
06/09/2003	diphtérie
25/09/2017	13/12/2017 taux de glucose sanguin + ch
29/09/2005	29/10/2005 hépatite B
30/11/2010	30/11/2011 influenza/grippe
28/11/2011	28/11/2012 influenza/grippe
08/03/2000	08/04/2000 diphtérie
08/03/2000	08/04/2000 tétanos
27/01/2017	27/06/2017 hépatite A
vendredi 27 janvier 2017	mardi 27 juin 2017 hépatite B

Annexe 4 : Entretien de groupe du 12/01/2018

5 personnes présentes : 4 médecins et 1 infirmière

Médecin 1 : (même couleur par la suite)

Pour servir de trame à ce groupe, j'aimerais d'écrire les résultats du questionnaire « IPC65 » qui nous a permis de mettre en lumière des manquements ou des forces de notre collaboration. On peut transformer les résultats que vous avez fournis en note qui vont de 0 à 3, la note maximale étant 3 et la note minimale étant 0 et ces notes décrivent des catégories, une note qui est entre 2.5 et 3 est une bonne intégration des concepts menant à une pratique interdisciplinaire efficace pour un item individuel ça correspond à un point fort. Entre 2 et 2.5 on indique un fonctionnement assez bon avec quelques éléments d'améliorations à apporter après examen en groupe un score entre 1 et 2 indique soit des divergences marquées soit plusieurs situations qu'il faudrait examiner en groupe et potentiellement corriger et un score inférieur à 1 indique qu'il y a un ou plusieurs problèmes à régler pour un item individuel cela correspond à un point faible.

Première chose à mettre en avant dans ce test c'est que premièrement, on a détecté qu'il y avait vraiment des faiblesses sur des items, ces items où il y avait particulièrement les plus grosses faiblesses liées aux items "plan intervention que j'avais tenté avant de répondre au questionnaire, j'avais essayé de définir la notion de "plan intervention". On va ici pour des raisons méthodologiques exclure les questions qui intégraient le plan intervention parce qu'il y a des différences de compréhension du concept voire simplement le fait d'avancer que le concept n'est pas utilisé dans notre pratique donc il n'est pas pertinent pour l'analyse actuelle mais on pourrait en discuter dans le futur de développer un plan intervention mais il n'y a pas de réalité tangible à laquelle ça correspond dans notre pratique aujourd'hui donc ceci exclut les items 29 à 32 ainsi que l'item 63.

Médecin 2 : (même couleur par la suite)

Au-delà de ça, je pense que le concept en soi, même si on ne les utilise pas de la même manière qu'au Canada, le questionnaire est très important justement pour diriger le travail interdisciplinaire et donc qu'il faut trouver l'équivalent. Je pense qu'on a pleins de trucs, de plans d'interventions un peu partout mais que ce n'est pas encore intégrés.

Et donc malgré que j'exclus les items dans l'analyse du résultat, je pense que c'est l'élément 3 que vous voyez dans le focus groupe d'aujourd'hui, c'est la planification de mesure applicable qu'on peut tout à fait considérer comme un outil dans le futur du coup un outil que l'on devra définir et aujourd'hui ça ne correspond pas à une réalité pour chacun d'entre nous qui puisse être comparé et donc qui n'a pas beaucoup de pertinence. C'est un choix de ne pas s'attarder dessus comme analyse parce que ce serait un sujet à part entière à aborder dans les pistes de réflexions.

La première chose importante à soulever c'est que si on exclut cette histoire de plan intervention il n'y a pas de note inférieure à 1 donc il n'y a pas de point considéré comme catastrophique ou particulièrement problématique par tout le monde de manière univoque. Alors cela ça veut quand on analyse la moyenne effectivement il y a des notes qui sont qui effectivement équivalent à zéro. Pour des notes individuelles, on soulignera les discordances dans les réponses entre l'équipe médecins et l'équipe infirmiers.

La première chose importante à soulever c'est qu'il y a quand même des points forts et des points vraiment très forts par rapport au reste. C'est les 2 premiers points : c'est la vision donc les questions qui ont attirés que l'équipe entretient une vision commune de ce que pourrait être le travail en groupe, le travail interdisciplinaire et donc il y aurait une note de 2.7/3 et l'intérêt pour le travail en interdisciplinarité donc nous sommes dans une équipe où tout le monde semble avoir une vision de ce qu'est le travail interdisciplinaire qui est en accord ou du moins tout le monde se sent être en accord et tout le monde trouve que ce travail a de l'intérêt.

Ce qui est particulièrement intéressant, car dans la littérature, on va retrouver que c'est effectivement une condition pour pouvoir faire du travail interdisciplinaire que d'avoir une vision commune et que tout le monde soit d'accord sur l'intérêt de ce travail pluridisciplinaire. Voilà pour commencer avec un point fort.

Alors il y a des domaines ou quelques améliorations pourraient avoir lieu mais fonctionnent bien dans l'ensemble ce sont les notes qui sont comprises entre 2 et 2.5 alors évidemment ça peut amener à des discordances personnelles mais donc ça inclut le leadership, la gestion des réunions, le fonctionnement interne de travail et le mode de résolutions des conflits avec la particularité que nous avons un item qui est particulièrement bas et que nous aborderons et les résultats relatifs à l'équipe concernant l'intégration des soins, on a ici un bon résultat.

Par contre, on a des domaines problématiques. Deux thèmes en entier vu que l'on est capable de reprendre des thèmes qui en moyenne sont problématiques et sont donc en premier lieu, les ressources disponibles là on a une note inférieure à 1.5 qui montre qu'il a une préoccupation à marquer et la formulation explicite des rôles. On a une note basse pour les règles de travail car elles intègrent la notion de plan d'intervention.

Donc c'est la formulation explicite des rôles.

D'autres thèmes importants à aborder c'est la discordance parfois entre l'équipe infirmiers et l'équipe médecins. Les deux choses qui sont particulièrement mises en avant sont les ressources disponibles pour lesquelles l'équipe médicale est dans l'ensemble peu satisfaite mais qui estime que ça se passe plutôt bien quand même. Par contre pour l'équipe infirmiers, une note de zéro à quasiment l'entièreté des...

**Infirmière : (même couleur par la suite)
C'était quoi encore les questions?**

On va revenir sur les questions et sur les items problématiques.

L'appui administratif qui en ce qui concerne les médecins, la note est égale à 2 et pour l'équipe infirmiers, la note est égale à 1 donc il y a quand même une différence marquée. Ce sont les deux choses que j'ai pu soulever. Alors, un point faible isolé, qui correspond à l'outil d'évaluation des besoins des patients et de la famille qui est un item particulier et correspond à l'item 50 que nous aborderons si nous avons le temps.

Dans un premier temps, j'aurai voulu entendre vos réactions avant de revenir dans le détail sur les questions en particulier. Est-ce que cela vous évoque quelques choses?

Médecin 3 (même couleur par la suite)

Lorsque j'ai complété le questionnaire, j'ai ressenti à chaque fois que c'était une question de vision ou de volonté ou de comprendre que c'était important. J'étais très motivée mais dès que c'était plus du concret.

J'ai ressenti que la vision était présente que l'on était tous motivé à le faire mais dans les faits, nous sommes en construction encore. Je retrouve chez vous le même sentiment que moi j'ai eu

Les résultats semblent assez cohérents avec la situation sur le terrain. Le questionnaire est assez bon pour mesurer la situation réelle donc c'est un bon outil pour continuer

Médecin 4 (même couleur par la suite)

Il fallait bien mettre un score mais je ne trouvais pas ça évident de mettre un score, difficulté à mettre le 3 mais je trouve qu'on ne méritait pas un trois. J'avais plus envie de me dire, il faut qu'on discute de ça. J'ai difficile à mettre le 2 et le 1 car je trouvais le 2 pas suffisant non plus. Le 1 je trouvais fort radical car ce n'était pas d'accord. Pas mal de sujets méritent d'être travaillés pour être améliorés. Effectivement globalement, on est dans la vision, on est assez unique que cela peut nous apporter que ça peut apporter aux patients...mais comment définir le rôle de chacun, par exemple ça n'est pas encore établi.

A. ?

Souvent, j'ai des scores sous ceux des médecins mais c'est aussi lié au fait que je suis seule dans le service infirmier et qu'au bout de deux ans, il y peut-être un espèce d'essoufflement au travail. C'est vrai que l'envie est là et on travaille à ce que ce travail pluridisciplinaire se fasse mais c'est quelque

chose qui est long et que j'ai souvent l'impression de porter seule ou en tout cas de devoir batailler et donc c'est parfois un peu fatigant. Je ne suis pas du coup toujours objectif dans mes réponses et comme je suis la seule à répondre, cela à un poids sur le questionnaire aussi.

Ça c'est pour le questionnaire en général et comment on perçoit cette évaluation. Maintenant, ce que je vous propose c'est de passer en revue les points les plus problématiques pour les aborder. Le but n'étant pas de se dire qu'on aborde que le côté négatif mais de se dire qu'on est dans un processus qualité. On va donc d'abord s'intéresser à ce qui va le moins bien et remonter jusqu'à toutes les améliorations qu'on peut faire.

Je trouve en tout cas le questionnaire hyper intéressant et soulève des questions auxquelles on ne pense pas toujours et donc c'est vrai qu'en le lisant j'ai mis beaucoup de temps à y répondre. Il y a des questions qui sont vraiment intéressantes et pour lesquelles on ne pense pas toujours.

J'ai deux questions : est-ce qu'on pouvait faire de l'entre-deux? Qu'est-ce que tu as fait, à la baisse?

Oui, j'ai fait à la baisse car le test précisait qu'il faut répondre spontanément à partir de la situation réelle donc ce que tu as mis, on est en route vers..., c'est donc la situation réelle qui compte et pas ce qu'on aimerait qu'il soit.

Mon autre question c'est qu'il y avait certaines questions où j'avais tendance à voir toute l'équipe et des questions qui avaient tendance à nous voir nous. Donc ma question est : est-ce que c'est médecins - infirmiers? Ou médecins-infirmiers-accueil-psychothérapeutes-logopèdes?

Je pense que la compréhension du questionnaire doit être prise dans le cadre où l'établissement vaut dire l'ensemble des personnes qui travaillent ici avec nous voir médecine pour les boîtes nationales alors qu'effectivement le mot équipe désigne nous 5 ici présent. Est-ce que quelqu'un l'a compris différemment?

Il y a certaines situations comme par exemple, les réunions, je trouve que nos réunions sont super bien organisées et fréquentes mais pour les réunions pluridisciplinaires avec par logopèdes et psychothérapeutes, j'ai trouvé ça trop écartées, pas assez organisées et donc là je ne savais pas quoi répondre.

Je pense que qu'on fait la distinction dans le questionnaire? Il y a un endroit où l'on parlait des réunions pluridisciplinaires ou des rassemblements entre équipe ?

Si on a le temps, on abordera ces questions de réunions pluridisciplinaires et relire le questionnaire ensemble et se poser des questions.

On commencerait par « ressources disponibles », je vais commencer par lire les propositions qui étaient mises dans les ressources disponibles et on discutera, chacun donnera son avis sur pourquoi ce résultat et d'où vient cette différence.

Donc dans les « ressources disponibles », on avait le service dont dépend l'équipe donc le service médico-infirmiers ici fournit les ressources nécessaires au bon fonctionnement clinique.

Donc la première chose c'est la composition adéquate de l'équipe pour fournir les soins et service de qualité

La deuxième chose étant la formation visant à rehausser les compétences de chacun et le troisième étant le coaching aux besoins en interdisciplinarités.

En gros, les notes sur ces trois items sont de 1.2-1.6-1.4 donc il y a une particularité c'est qu'A. a mis une note totalement en désaccord pour chacun de ces items mais les notes parmi les médecins mis à part toi R. étaient plutôt hautes. A. as-tu quelques choses à dire à ce sujet-là?

Je pense pour moi et pour la composition adéquate de l'équipe et je pense que l'équipe infirmiers n'est pas du tout en suffisance et donc fournir des soins et des services de qualité actuellement ce n'est pas vrai car il y a des choses que je n'arrive pas à faire seule et on est au courant mais la situation réelle est

cela. D'où la question du planning car on sait très bien qu'il y a des choses qui ne sont pas bien gérées car je n'ai pas le temps de le faire dans mon horaire.

Les formations visant à rehausser les compétences de chacun, c'était en lien avec le fait par exemple que ça fait deux ans que je suis engagée et que je dis que j'aimerais bien faire des formations mais que j'ai juste pas le temps de les faire car mon horaire ne me le permet pas. Parce que pour me remplacer c'est compliqué, lorsqu'on doit me rajouter des choses dans ma liste des actes, il faut toujours qu'un médecin soit disponible pour me former, ce n'est pas toujours évident de le mettre en place car en plus nous n'avons pas un nombre de médecins en suffisance dans la maison médicale, donc voilà pour moi ça se justifiait. En ce qui concerne le coaching en interdisciplinarité c'est plus ou moins la même chose. Encore une fois, c'est par rapport à la situation réelle et pas la vision car on est bien conscient de ces problèmes-là de toute façon.

R. es-tu plutôt satisfaite, as-tu chose à dire ?

En ce qui concerne, les rehaussement des compétences, je n'ai juste pas le temps de participer a des formations parce que si je ne suis pas là c'est compliquer de me remplacer ...et quand on doit me rajouter des choses fans ma liste d'actes et bien il faut toujours qu'un médecin soit disponible pour me former, pour ce nouvel acte donc cela n'est pas toujours évident non plus vu qu'on n'a pas toujours un nombre de médecin en suffisance dans la maison médicale donc voile pour moi ça se justifiait.

Et pour le coaching en interdisciplinarité c'était plus ou moins la même chose donc encore une fois c'est par rapport à la réalité et pas la vision car on est conscient que ce problème-là.

Et toi R. qu'est-ce que tu penses ?

Oui, nous sommes plutôt bien encadrés. Par rapport aux ressources, j'ai aussi pensé à l'infirmière supplémentaire mais je me suis trompée entre la volonté et ce qui est réelle et donc quand on parle de conditions adéquates de l'équipe pour fournir des soins, la seule chose qu'il manque serait une infirmière en plus. Et dans ce cas, j'aurai pu mettre une note inférieure à celle que j'ai mise car nous n'y sommes pas encore. Pour moi les formations visant à rehausser les compétences de chacun, du fait que l'on fait des réunions médicales ou l'on essaie tous de rehausser le niveau de chacun et ce tous ensemble, je me trouve assez bien encadrée mais peut être que je me compare avec d'autres assistants et moi, je me sens bien encadrée et pour le coaching, il y a eu des moments un peu plus difficiles mais en général on est assez bien coaché et chacun s'y met et j'ai compris ça en interdisciplinarité c'est-à-dire que tout le monde se coache, il n'y a pas qu'une personne qui est responsable de ton coaching c'est vraiment tout le monde ensemble se coach et par rapport à l'accueil aussi on fait souvent des feedback dans tous les sens donc je suis assez positive.

En coaching en interdisciplinarité, j'ai compris ça comme le fait d'avoir une espèce de personne externe qui viendrait donner des directives sur comment travailler en interdisciplinarité, qu'est-ce que le travail en interdisciplinarité donc j'ai mis une note négative parce que je trouve que ça n'avait pas d'existence ici moi j'avais donc l'impression que l'on n'avait pas de coaching spécifique à l'interdisciplinarité donc qu'on se formait un peu sur le tas. Dans le sens du titre « ressources disponibles », à part nous-même comme ressource en interdisciplinarité je n'ai pas trouvé que l'on n'a pas beaucoup de ressources externes.

Alors que pour moi c'est l'inverse, si tu me parles de qqn de national qui vient me coacher alors la réponse aurait été différente.

Donc qui te forme en infirmerie et en interdisciplinarité et qu'ils ne nous intègrent pas la dedans.

Non ce n'est même pas qu'ils me forment en infirmerie c'est qu'ils me forment en vision

C'est ce qui est intéressant, donc toi tu as un coaching par rapport à ça ?

Non j'avais un coaching la première année.

Non, on n'a pas de coaching pour comment collaborer avec une infirmière par exemple. C'est intéressant de le soulever.

Pour mes notes de non composition d'équipe, je pensais aussi en premier lieu au manque d'infirmières/infirmiers qui est un problème connu et reconnu et pour lequel on fait les démarches. Lorsque tu es seul dans ta discipline c'est difficile évidemment de faire des réflexions, on pas de référent pour réfléchir et partager le travail. Par rapport à la formation, on a peu de système structuré c'est à ce niveau-là qu'il y a des manques et qu'il faut s'orienter sur ça. C'est aussi à chacun de faire son propre chemin et réfléchir sur qu'est-ce que j'ai besoin et donc une aide extérieur peut peut-être faire avancer. Pour le coaching national, on peut nous même nous auto-coacher et donc on doit le faire tout le temps surtout si on pense que sur d'autres points on a avancé, on va pas creuser et réinventer des choses qui ont déjà été faites et j'ai l'impression que les compétences existent au sein de la médecine pour le peuple mais qu'il faut pouvoir les trouver et les appliquer et donc du coup tu es moins stimulé d'aller creuser toi-même.

Sophie as-tu quelques choses à dire à ce sujet-là ?

Pas spécialement, rien de plus que les autres mais globalement j'ai mis des plus hauts scores que les autres parce que j'étais peut-être plus satisfaite. Par rapport à la composition des équipes, tout le monde est d'accord pour dire qu'on doit engager une infirmière c'est pas encore mis en place pour des raisons de budget qu'on peut expliquer. Par rapport aux formations en interdisciplinarité, un grand problème en Belgique c'est que c'est quelque chose qui n'existe pas beaucoup, y a pas réellement de cours où A. aurait pu s'inscrire. On a parlé des formations de soins de plaie mais cela ne nous avance pas sur le thème dont on parle maintenant. C'est un problème dans notre pays ce manque de ressources même pour les médecins à part les infirmières qui font les toilettes et les piqûres et les prises de sang à notre place on n'a pas énormément d'expérience avec ce thème-là en Belgique. Il n'existe pas vraiment de formations continues en Belgique on peut aller chercher des idées chez certaines équipes mais il n'existe pas de formations continues. Au niveau du coaching, je ne comprends pas trop ce que je dois comprendre mais il y a la question et la définition de l'interdisciplinarité. Nous ça fait depuis 2007 que l'on veut faire de l'interdisciplinarité, on a eu différentes infirmières et on n'a pas vraiment avancé, l'idée du coaching c'est aussi la pratique qu'on a et qu'on doit remettre en question et la changer et là je crois que c'est quelque chose qu'il faut travailler et qui est beaucoup plus difficile qu'on ne le pense. Que le médecin va réellement déléguer. Quels sont les vrais freins à la délégation des tâches ?

Trouve-tu qu'on a déjà abordé les freins à la collaboration ou que si ça n'a pas été fait qu'il mériterait d'être abordée ?

Oui, je pense qu'on en a déjà parlé, malgré tout pas encore assez.

C'est la mise en pratique qui semble difficile à chaque fois.

Mais faut pas être négatif, le nombre de consultations a aussi augmenté l'année passée malgré que tu sois resté toute seule. On a presque doublé, on est passé de 400 à 600 le nombre de consultations effectué par l'infirmière alors que tu étais quand même toute seule.

L'expérience le plus poussé d'interdisciplinarité a été je pense mais la dynamique était différente avec Anne quand elle est devenue infirmière spécialisée en diabétologie, on a eu bcp de discussions pour référer les patients, on l'a fait car elle avait acquis une compétence particulière et assez poussée dans la matière. Ici, la dynamique est différente car souvent on sous utilise les compétences de l'infirmière qui sont différentes du médecin et que logiquement il doit pouvoir gérer des choses plus complexes mais beaucoup de choses peuvent être gérées par l'infirmière car ça n'est pas dans la tradition qu'elle le fasse pas mais elle a des compétences de haut niveau et des compétences à développer et donc dans l'autre système c'est l'infirmier qui z obtenu des compétences plus poussées que le médecin d'où coup, il y a une autre dynamique pour déléguer mais c'est ça qu'on recherche en général je pense. Il faut trouver chacun à son vrai niveau et pas le niveau déterminé par la tradition.

Mais le problème c'est qu'à cette époque-là, on avait instauré des consultations diabétiques pour l'infirmière mais ça n'a pas vraiment fonctionné, les plages étaient vides, il n'y avait pas de protocole clair, il y en avait un en théorie mais pas vraiment appliquée. Je n'en tire pas une conclusion de dire que c'était vraiment mieux.

Ça, c'est le problème avec le protocole, il était peu « protocolé » et peu systématisé d'où coup quand la personne part, l'expérience ne peut pas continuer, il n'y avait pas vraiment de méthode.

Oui elle essayait de nous motiver, elle discutait avec les gens, on envoyait les gens comme ça et elle les motivait mais ça n'était pas avec un feedback systématisé. On revenait, oui ok, j'ai discuté avec ce patient mais aujourd'hui je trouve que même si on est moins loin dans certaines choses c'est la force que l'on a mnt avec les infirmières c'est que c'est plus protocolé, qu'elles se posent des questions, pk vous faites ça et donc du coup, nous aussi on doit se consulter entre médecins, alors il est vrai que le chemin semble plus long mais nous avons un but commun qui demande du temps mais qui est plus clarifier, on sait vers quoi on va avec ce médecin. Ce que je trouve important dans le protocole c'est que pour référer, la manière dont je fonctionne, j'essaie soit qu'elle a un protocole précis et qu'elle va l'appliquer et pour moi, c'est très important car cela me rassure. Lorsque j'envoie quelques choses donc je sais que le protocole n'est pas encore bien finalisé avec le système de rdv qu'on a je note toujours la raison pour laquelle j'envoie le patient et j'essaie de bien expliquer ce que je veux que l'infirmière fasse et j'essaie aussi qu'elle fasse un retour.

Là ou toi tu trouves que c'est une force pour toi que j'ai de poser des questions et de remettre en question les choses, de critiquer et bien pour moi c'est souvent une peur, de faire cela car j'ai l'impression d'embêter et de me faire passer pour une « casse bonbons » et de vous dire que vous ne faites pas tous pareils. Toi tu trouves que c'est une force mais moi j'ai l'impression d'embêter. Ça me fait du bien de l'entendre de temps en temps car ça me permet aussi à moi de continuer à le faire.

Est-ce que vous êtes familiers avec la différence entre un travail en complémentarité ou en subsidiarité ? La subsidiarité des tâches c'est de dire je prends ma tâche et je la subsidie à qqn d'autres, un peu comme je fais le suivi d'une patient en diabétologie, Anne est une infirmière spécialisée en diabétologie et bien je subsidie ma tâche, ma tâche n'est plus ma tâche, je la supervise de loin mais c'est elle qui accomplit cette tâche qui s'oppose au principe de complémentarité qui veut dire que l'on va travailler ensemble, communément sur une tâche avec chacun nos compétences spécifiques mais dans un but bien précis. Cela aurait pu être pris comme de la complémentarité avec Anne.

Est-ce que vous pensez qu'il vaut mieux travailler en subsidiarité ou en complémentarité ? A. ça m'intéresse d'avoir ton opinion sur cette question-là.

Il y a toute une partie du travail qui est en subsidiarité comme les vaccins, les prises de sang, les actes plutôt traditionnels. Ensuite, il y a eu des choses au début de mon engagement ici ou je trouvais plus que c'était un délaistage de la part des médecins vers moi pour soulager les médecins et là je comprenais pas trop et j'étais pas forcément d'accord et la plupart de ces choses ont été annulées et je ne les ai plus faites. C'est vrai que la réflexion que l'on doit rajouter des consultations et trouver des choses à te faire faire pour gonfler les consultations et très vite j'ai dit je veux que ce soit un travail complémentaire car je ne veux pas me retrouver seul comme par exemple l'option du planning ou au départ je devais le gérer seul et j'ai toujours dit que c'était un travail que je n'étais pas censée gérer seule que j'espérais de la complémentarité car sans l'aide des médecins c'était ingérable et je tiens encore le même discours aujourd'hui, ça doit être un travail qui est complémentaire et donc dans le travail infirmier, il y a des tâches qui sont subsidiées et des tâches qui doivent être travaillées ensemble. Donc ta question est -ce majoritairement l'un ou l'autre, c'est normal qu'il ait des tâches en subsidiarité mais ce que je voudrais instaurer en tout cas pour les nouvelles tâches et les projets que l'on a que ce soit pour le travail du planning ou des prochains projets avec Roseline par exemple pour le travail parents=enfants et tout ce que je voudrais mettre en place depuis que je suis ici mais qu'on arrive pas à mettre en place car c'est difficile en terme de temps etc. c'est du travail en complémentarité c'est ce qui m'intéresse c'est de travailler avec les médecins et pas seule dans mon coin et je trouve que c'est le travail le plus intéressant à faire. Et que la maison médicale permet et si on ne peut pas faire ça ici, je ne sais pas où on peut le faire.

Je pense que l'on a deux buts, un but un peu plus médicalement intéressant qui est la complémentarité c'est-à-dire que la complémentarité sera meilleure pour les patients aussi c'est le premier but et c'est plus enrichissant pour toi, pour nous, pour le patient et pour tout le monde. Ça c'est le premier but et qui nous amène vers une approche plus complémentaire et l'autre but c'est d'augmenter le nombre de patients, et donc augmenter le nombre de médecins et pour augmenter le nombre de médecins, il faut augmenter la délégation vers l'infirmière et là c'est subsidier qu'on fait, puisqu'on veut donner des tâches aux infirmières pour que les médecins puissent assurer ces consultations et prendre plus de patients et c'est un but pragmatique de la maison médicale et là c'est plus subsidier que complémentaire et pour

moi je pense qu'il y a vraiment deux visions différentes mais qu'il ne faut pas tomber dans le piège de faire que subsidier car on ne s'enrichit pas du tt et je pense que personne ne va trouver du sens à ça à part avoir plus de patients et ça ce n'est pas vraiment enrichissant.

C'est important que l'on aborde les questions suivantes qui avaient obtenu des notes assez mauvaises par exemple pour la question 19 quand je lis la note que j'ai mis je changerai bien maintenant que je relis :

Le service dont dépend l'équipe fournit les ressources nécessaires 1 au bon fonctionnement administratif, 2 à l'intégration des personnes nouvellement enrôlées 3. à l'intégration des stagiaires et une nouvelle question : la stabilité de l'équipe et la rétention du personnel sont encouragées (reconnaissance, promotion...)

J'enchaîne directement parce que j'ai mis 1 et je pense que c'est totalement faux ce que je dis car moi je l'ai vue de mon point de vue en me disant que si je suis membre de l'équipe, je suis pas du tout dans la démarche d'encourager la rétention car je n'ai pas l'intention de rester c'était plus une vision personnelle et je ne me sens pas dans cette démarche mais j'ai l'impression que le reste de l'équipe l'est donc en fait j'ai mal répondu à la question, il y a quand même des efforts qui sont mis à ce que les gens restent et qu'on fasse du long terme. Donc est-ce qu'on donne les moyens nécessaires pour accueillir les nouveaux, les stagiaires, fonctionner bien de manière administrative et est-ce que il y a une stabilité d'équipe qui est encouragée et qu'on essaie de retenir les bons éléments parmi nous. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Je pense que la question est difficile à répondre à notre niveau et la question se pose plus pour les grandes structures ou il y a une direction claire donc est-ce que c'est nous même le service ou est-ce que c'est la direction de la maison médicale ? c'est difficile je pense pour les petites structures, je pense que les questions sont moins pertinentes de les poser comme ça. Par contre si on pose la question : est-ce qu'on fait attention à un bon fonctionnement administratif, pas un service externe mais tous ensemble, on ne fait pas assez d'efforts pour mettre sur papier les conclusions, qui soient accessibles à tout le monde et au bon moment sur des choses comme cela la note ne sera pas très bonne, en ce qui concerne l'intégration des personnes nouvellement enrôlées, j'avais donné de bonne note parce que je pense que c'est la cas, à l'intégration des stagiaires c'est la même optique, sur la stabilité, c'est surtout au niveau des reconnaissances et les motivations intrinsèques qu'on travaille et que je pense qui est assez bien.

On ne donne pas de l'argent, des promotions ou augmenter les salaires pour garder les gens.

Les mots choisis pour la stabilité de l'équipe sont mal choisis par rapport à la vision commune qui est partagée ici.

Je pense que l'on donne d'autres moyens pour garder les gens.

Cela ça fait partie d'une question ressource

C'est une question où l'infirmière a été fort discordante avec nous ?

J'ai donné mes plus mauvais scores là aussi et le dernier, j'ai rien mis, j'ai pas répondu parce que j'ai trouvé que ça ne s'impliquait pas trop, c'est plus dans des structures classiques que l'on donne des promotions. Mais je pense que ça manque un peu l'administratif et c'est pas toujours au top mais toi tu vois plus l'administratif dans le sens administratif du dossier, est-ce qu'il est administrativement en ordre. Je comprends pas trop le sens de la question.

Je trouve que c'est difficile comme question car est-ce que c'est Lisa qui doit nous contrôler par rapport à ça ou nous devons nous même nous autocontrôler ?

Moi je pense à l'administratif des dossiers comme les adresses manquantes au dossier ou pas correcte c'est pour cela que moi j'ai mis un mauvais score en pensant plus à des choses comme ça et effectivement des choses comme les facturations qui ne sont pas faites...

On ne va pas s'attarder sur des problèmes de sens, de compréhension des questions car ce sont des points qui vont être abordés dans "appui administratif" mais qui a été exprimée différemment.

Je propose de revenir sur la question du soutien administratif et j'imagine qu'il y a un problème que le questionnaire est formulé pour une équipe qui est compris dans un service qui est compris dans un établissement. Nous nous sommes une équipe qui fait partie d'un établissement et il n'y a pas de service au-dessus de nous, nous représentons un service en entier et donc je propose de revenir sur la question de l'administratif.

Par exemple, il y a un problème informatique, lorsque le « médidoc » ne fonctionne pas bien et bien moi j'ai mis dans pas bon fonctionnement administratif.

Je propose de revenir sur appui administratif après car c'est une question que l'on voulait aborder. Alors on va passer maintenant à la question de l'intégration des personnes nouvellement enrôlées et des stagiaires, moi j'entends bien le message d'Éric que tu avances que c'est plutôt pas mal, moi personnellement qui ait été stagiaires et personnes nouvellement enrôlée avec un an et demi ici, je trouve que j'ai été assez bien accueilli, il y a eu des quoique, je ne mettrai pas un 3 mais d'office un 2. Je vois que Roseline qui est aussi nouvellement enrôlée mais aussi une note satisfaisante donc la effectivement c'est l'équipe médicale qui parle mais je trouve intéressant de revenir comment est-ce qu'on passe à 0 pour toi A.?

Je suis désolée mais parce que moi mon arrivée en tant qu'infirmière a été particulièrement compliquée parce que je suis arrivée à un moment où il n'y avait plus d'infirmière et donc je n'ai pu avoir aucun retour de ces infirmières, c'était vide, il n'y avait plus aucun protocole. Bon là ça n'est pas la situation réelle mais intégration des stagiaires, moi je ne prends pas de stagiaires, j'ai eu beaucoup de demandes mais je les refuse, je ne donne même pas suite car je ne peux pas les encadrer, je ne peux pas donner de temps aux stagiaires. J'ai eu une super demande d'une stagiaire qui demandait x heures pour développer un projet dans la maison, c'est super intéressant et sans doute qu'elle aurait amené des idées sympas sauf que comment moi je peux gérer cette stagiaire qui vient avec son projet alors que j'ai déjà du mal à finir les tâches qui me sont propres et comment je fais pour lui donner du temps et comme je fais pour suivre son projet et lui donner du temps. Pour toutes ces raisons, je ne donne pas suite aux demandes et j'ai dit à Isa et Sophie, que je mets de côté les stagiaires et que si j'ai une stagiaire pour me remplacer, ce n'est pas la conception que j'ai des choses, j'ai trop connu cela à l'hôpital, on arrive pour remplacer du personnel, on n'a pas de temps pour nous, les employés sont surchargés et ça moi je veux pas être comme ça pour un stagiaire pour moi c'est pas ça être un modèle. Voilà pourquoi j'ai mis un score négatif. Le service infirmier est connu des employés mais dès qu'il y a une nouvelle personne qui arrive (bénévoles, stagiaires,), je constate à l'accueil qu'ils ne savent pas comment fonctionne les domiciles ou mes prises de rendez-vous alors que ce devrait être expliqué. Alors expliqué par qui, je n'en sais rien mais je dirai a priori par un responsable de la personne à l'accueil mais encore aujourd'hui, il des personnes à l'accueil qui n'ont jamais vu le protocole infirmier. Donc, il y a des problèmes pas graves mais c'est frustrant que ce sont des problèmes simples qui devraient être résolus simplement vu que le contenu existe, il a été travaillé et mis à jour par mes soins mais ça n'est pas suivi et donc si moi je ne fais pas attention à dire aux nouveaux attention vous avez lu le truc et bien ça ne se fait pas forcément alors est ce que c'est à moi de faire ça est ce que c'est à la responsable du service accueil de faire ça, donc ça ce n'est pas claire encore donc c'est un peu une course à l'efficacité et c'est pour ça que j'ai mis une note à l'intégration des personnes nouvellement enrôlées et intégration des stagiaires et ça me semble juste.

Moi aussi par rapport aux personnes nouvellement enrôlées, je pense que par rapport à avant on a déjà avancé, on a déjà plus ou moins un plan en tête quand qqn arrive mais ça manque encore cruellement d'avoir une personne responsable et une sorte de checklist de tout ce qu'une nouvelle personne qui vient doit savoir et avoir entendu. Nous avons remarqué que la nouvelle accueillante est déjà qqn qui avait fait un travail d'étude ici et j'ai remarqué qu'il y a des choses qui n'ont pas du tout été expliqué qu'on a pas prévu donc par exemple avant de laisser la personne seule à l'accueil on doit s'assurer qu'elle maîtrise un minimum de choses sinon effectivement pour le travail interdisciplinaire ça pose vraiment problème car c'est qqchose qui n'est pas courant en Belgique encore une fois la personne ne sait pas vraiment, elle va avoir la vision classique de l'infirmière mais aussi pour les assistants j'aurai voulu aussi une checklist, je ne sais pas si vous encodez vos prestations techniques, on ne va pas au bout de ce qu'on doit expliquer c'est pour cette raison que l'on avait dit qu'un des but c'était d'avoir un carnet d'accueil pour les nouveaux membres du personnel et là en tant que dirigeant de l'équipe c'était compliqué car quand A. est arrivée au service infirmier par rapport à l'accompagnement j'ai essayé de mettre en place un accompagnement, par rapport à Lisa j'ai essayé de faire en sorte qu'elle soit bien

accueillie dans l'équipe, en ce qui concerne Pauline, je ne l'ai pas fait mais je n'ai pas veillé aussi à ce que ce soit fait par qqn d'autre c'est donc pas encore intégré et c'est quand même important. Il y a énormément de choses à expliquer et ce n'est pas protocolaire

En tant que nouvelle assistante, il y a choses de que je découvre aussi petit à petit aussi ou de travailler pendant les vacances m'as permis de mettre bcp de choses en place mais c'est vrai que je me suis dit si je n'étais pas venue pendant les vacances je me serai retrouvée sans session, sans adresse mail et il y a des choses qui se sont créées petit à petit et il n'y a pas de liste lorsqu'on arrive ou l'on se dit il y a ça, ça à mettre en place pour pouvoir travailler comme vous.

Et même là ton certificat "Herent" ça a pris plusieurs mois, t'es toujours pas en ordre ?

Si mais pas sur mais pas sur 54.20 ?? n'arrive pas encore à faire une demande

Voilà, là on revient encore aux problèmes administratifs avant que Ingrid puisse recevoir les protocoles électroniques c'était le 01 décembre donc je ne pense pas qu'on puisse donner des bons points pour ça.

Par rapport à l'appui administratif ne pas se spécifier juste sur l'échéancier mais de manière générale. Qu'est-ce que vous pensez du soutien administratif qui entre dans la collaboration entre médecins et infirmiers ? Je trouve ça intéressant de mettre en comparaison avec la littérature, on l'on voit que l'intégration de l'entièreté du service et des gens autour des médecins et de l'infirmier dans la collaboration, en tout cas qu'il y a une participation commune, que tout le monde sache que ça existe, c'est un facteur positif pour la collaboration. Qu'Est-ce que vous pensez de l'état des choses pour l'instant, est ce que le reste du personnel avec qui on travaille, nous soutiennent et interviennent positivement dans la collaboration entre médecin et infirmiers ?

Pas pour le planning particulièrement mais en général, dans notre collaboration, est ce qu'on a un soutien administratif qui nous entourent ?

Il y a certaines choses à l'accueil qui manquent, des choses qui peuvent être faites par l'infirmière ça sera plus important si on peut intégrer le travail et avoir des taches supplémentaires alors c'est un frein , c'est une partie qui ne savent pas et nous devons travailler là dessus aussi. Pour le moment, ça ne suffit pas.

Ça ne suffit pas mais dans le travail infirmier, il y a une large partie de gestion administrative qui pourrait être déléguée à un personnel administratif ou du genre secrétaire médicale ou simplement secrétaire ou assistante sociale ou une accueillante mais qui ne se fait pas car on a une équipe accueil pour lequel il y a beaucoup de freins et qui est en construction et donc moi j'ai tout un panel de gestion administratif que je dois continuer à gérer en même temps qu'augmenter les consultations médicales en même temps qu'essayer de rajouter des choses, en même temps qu'assurer le service et en même temps de concrétiser des projets donc c'est pour cela que j'ai mis un score négatif parce qu'en terme de soutien administratif, je n'en ai pas beaucoup mais Sophie est au courant ainsi que Lisa et on a essayé de déléguer certaines choses, on a essayé de mettre en place certaines choses mais qui ne se font pas parce que il y a des freins de la part de certaines accueillantes et ça c'est la situation réelle, il y a des freins de la part du service accueil à raison ou à tort, peu importe, mais on est au courant de la situation je pense qu'on en est tous conscient.

Maintenant, quand on parle du planning et de l'appui administratif, le programme bug un peu et c'est essentiel comme souci mais il y un problème dans la rédaction de certains courrier ou d'envoi postal mais c'est vrai qu'une fois décidé cela pourrait se faire par du personnel administratif pour le moment, je ne pense pas que cela se fait. Dans un deuxième temps, on pourrait envisager, même si ça demande plus de travail, de par exemple téléphoner aux patients pour rappeler les examens. Là où on a mieux réussi c'est pour la campagne de vaccination contre la grippe, là on a su trouver un fonctionnement ou l'on a eu l'appui de l'accueil, l'accueil s'est intégré dans le processus.

Mais c'est une belle évolution car cela n'aurait pas été réalisable il y a un an.

Et même avec des quoiques, on a eu une accueillante qui a envoyé des ordonnances sans mettre de noms du patient sur l'ordonnance, voilà encore une fois pour la délégation des taches, il faut du personnel compétent.

Il y a peut-être aussi une faute de ma part car tu m'as dit de faire une liste de tâches que je pense pouvoir déléguer, la liste n'est pas longue car en termes de capacité des personnes de l'accueil de le faire je me dis que ça va coïncider. Pas nécessairement de capacité intellectuelle mais capacité de volonté aussi. DU coup je ne délègue pas car je sais que soit ça ne sera pas fait soit il va y avoir des quinquies parce que c'est arrivé à plusieurs reprises ou j'ai des réponses négatives de la part de l'accueil. Donc de ma part c'était, aussi pendant tout un temps, ça va c'est bon je le fais moi-même.

Plusieurs fois en évaluation, Sophie m'a demandé quelle tâche je peux déléguer d'un point de vue informatique ou administratif et c'est vrai que je le fais jamais car je n'arrive pas à visualiser quelle tâche je peux ou pas donner qu'est-ce qui fait partie de leur compétence ou pas, qu'est-ce que je peux pas demander, qu'est-ce que je devrais demander du coup ça me simplifie la tâche de le faire moi-même enfin j'ai l'impression de me faciliter la tâche et ça m'épargne d'aborder un thème qui est sensible alors je fais un peu tout moi-même alors qu'on s'est rendu compte que c'est plus pertinent de faire appel au personnel administratif pour certaines tâches qui sont purement administratives même si ça peut amener à une petite erreur qui est imaginable dans le cadre de ce qu'on a défini mais qui n'est pas non plus de l'ordre de la catastrophe.

L'avantage avec la grippe c'est que c'est qqch de récurrent, on le fait chaque année et donc on a qqch de précis. Les problèmes de planning que l'on rencontre c'est que ce n'est pas assez précis, comment on travail et de quelle manière, ça fait partie aussi du problème de pouvoir déléguer, il faut un plan plus précis.

La question du planning c'est aussi le secret médical partagé.

Sur un autre thème, l'une des tâches de l'infirmière s'est de voir la première fois le patient cela pourrait aussi nous aider dans l'interdisciplinarité en quelques sortes si le patient dès qu'il est inscrit, il voit l'infirmière donc il sait qu'il n'y a pas que des médecins ça peut nous aider dans l'interdisciplinarité car on a constaté que pour le moment dans le fonctionnement attendu et qu'il est demandé à l'infirmière de téléphoner à chaque patient pour leur proposer un rdv. Dans l'état actuel c'est déjà pas gérable pour elle mais c'est une tâche qui pourrait être déléguée à l'accueillante ou au personnel administratif en disant votre dossier d'inscription pour le finaliser complètement sur un plan médical vous devez rencontrer notre infirmière et il y aurait un petit scénario à réaliser.

Je rebondis sur le sujet et sur ce qu'on a le droit de faire concernant le secret médical partagé, c'était d'ailleurs aussi abordé dans le questionnaire, et qui n'a pas obtenu les meilleures notes c'est dans la formalisation explicite des rôles et je propose de lire les questions ensuite on en discute. C'est un onglet qui fait partie de « intégration clinique » et donc formalisation explicite des rôles qui nous dit les rôles et tâches de chacun sont bien définis formellement documentée en conformité avec la loi, il y a des lois canadiennes qui sont citées et on ne prend pas la loi belge du coup et quand on voit les notes, on a eu mieux qqn qui dit qu'il est d'accord, 2 désaccords, une abstention et un pas du tout d'accord. Qu'est-ce que vous en pensez ? Il y a totalement en désaccord c'est pas tout à fait défini mais la question est, est-ce qu'on a envie de le définir qu'est-ce que ça vous évoque ? On parle de la collaboration médecins-infirmiers

Oui selon la loi, je pense qu'une infirmière n'a pas le droit de changer un dosage de « saint tronc », elle peut pas faire une posologie selon la loi alors que nous on veut quand même aller vers ça donc on a un protocole c'est sous notre responsabilité qu'elle le fait.

C'est intéressant ce que tu rappelles mais je suis déjà tombé sur certains documents qui sont utilisés dans d'autres maisons médicales sur qu'elle est la loi, il y a pas mal de choses définies mais pas mal de zones d'ombres aussi mais en tout cas quand on en a parlé avec A. et d'autres médecins et infirmiers sur la collaboration, il y a des endroits où c'est très travaillé où il y a des documents disponibles sur ce sujet-là. Et ce qui m'a vraiment étonné c'est que les infirmières étaient super bien formées là-dessus elles savent toutes de quelle loi on parle, elles sont toutes au courant de la loi et de ce qu'une infirmière peut faire et les médecins n'en savent rien. Peut-être Éric toi tu sais ?

La réponse reflète mon allergie pour trop de règles et je suis d'accord de déléguer des choses ça doit être claire pour la personne et aussi pour protéger la personne. Il faut toujours des règles pour fonctionner mais pas trop.

Enfaite, on a une liste d'actes rédigée par je ne sais pas qui mais qu'on peut retrouver sur le site de l'INAMI qui sont classées par actes traditionnels, actes spécialités et actes délégués par un médecin sous supervision ou actes délégués par exemple pendant tout un temps les vaccins étaient un acte partagé mais qui ne pouvaient fait qu'en présence d'un médecin, on a aussi toute une série d'actes dans la liste souvent dans les services hospitaliers que peuvent faire les infirmières spécialisées à la place des médecin, mais parce que les infirmières ont été formées à faire ces actes pour ça et où les médecins ont donné leur autorisation de faire ses actes.

Mais dans cette réunion, les infirmières elles faisaient quoi, elles faisaient bcp de choses ? Moi dans mon souvenir quand je parlais à d'autres infirmières sur ce que nous on faisait faire par les infirmières, j'avais plutôt l'impression qu'ils allaient pas vraiment loin.

Il y avait pas dans autant de maisons médicales où ils allaient vraiment loin dans la prise en charge.

Il y en avait une ou deux, il y avait des exemples de maisons médicales, j'ai des exemples de documents que je pourrais éventuellement apportés qui pourraient rentrer dans la suite de notre travail ou c'était plus clairement défini. Ce sont des documents internes aux maisons médicales qui sont une interprétation de la loi mais c'est un travail qui est réalisable en tout cas. Si c'est un frein important mais j'ai pas l'impression qu'ici se soit un frein du tout mais si s'en est un c'est important de l'aborder. Je pense que c'est ça que cette question soulève maintenant moi je vois la réponse à cette question comme, il y a deux facteurs, il y a la loi et est-ce que les rôles sont clairement définis, je pense qu'il y a d'abord le fait qu'on perçoive les choses plus négativement et finalement qu'est ce qui est plus négatif, la loi ou c'est plus le faite que ce soit clairement définis ensuite, il y a aussi la différence par exemple toi A. qui donne une note largement inférieure car je pense que la loi elle joue plus en notre faveur en tant que médecin. Car nous on sait la limite de notre responsabilité qui a priori si on prend des taches infirmiers on aura jamais de problème avec la loi alors que si une infirmière prend des taches du médecin cela pose problème, il y a une asymétrie.

Moi j'ai mis totalement en désaccord car simplement moi ici, je n'ai pas de profil de fonction il est en construction par le national donc je n'ai toujours pas le profil infirmier. Donc depuis que je travaille ici, il y a des choses que je me dis que je n'ai pas le droit de faire. Surtout les premiers mois, je n'ai pas arrêté de vous dire, nous ça je n'ai pas le droit légalement de le faire par exemple, un bon de laboratoire je n'ai pas le droit de cocher. Normalement tout actes infirmiers à domicile doit être prescrit sur prescription « aide infirmière à domicile », on ne fait pas ici mais légalement on devrait avoir pour chaque acte fait à domicile une prescription à part les toilettes mais normalement je dois avoir par exemple pour les injections, un mot du médecin pour faire une injection sinon je ne la fais pas mais bon ici je le fais car c'est un travail de confiance mais effectivement si demain il y a un quonique et un médecin me dit j'ai pas dit qu'il fallait le faire et bien moi je suis pas protégée du tout donc ça veut dire que mon diplôme peut être remis en cause et je peux perdre mon droit d'exercer. Ça doit être hyper précis, moi j'ai pas le droit de faire une injection à ma maman si j'ai pas un ordre du médecin parce que je peux perdre mon diplôme donc voilà donc pourquoi je suis en désaccord mais pas totalement avec ce qui se passe ici car c'est une relation de confiance et on travaille dans la même maison et je sais que vous n'allez pas changer d'avis sur un truc que j'ai fait mais effectivement la confiance joue beaucoup mais dans un autre endroit je le ferai pas.

C'est intéressant car la question de l'autonomie professionnelle de chacun même si l'item, la catégorie est mauvaise et bien cet item là est super bon et c'est même un des meilleurs items. Donc cela vaut dire que l'autonomie de chacun est reconnue. C'est à mettre en relation avec ce que tu viens de dire Le pendant positive de finalement il n'y a pas une définition des rôles précis c'est que l'autonomie est fortement reconnue donc c'est un équilibre à trouver. Donc les 2 autres questions sont intéressantes, le partage des taches est optimal en ce qui concerne les soins et services prodigués aux patients et le fonctionnement interne de l'équipe et donc on a tous des réponses fortement négatives. Au mieux, les médecins sont plutôt d'accord pour dire que par rapport au fonctionnement interne de l'équipe, c'est bien divisé comme travail sauf pour toi Sophie et A. vous n'êtes pas trop d'accord et on est plutôt pas d'accord, sauf moi pour dire que On parle bien de savoir si les taches sont bien divisées de manière optimale.

Moi j'ai dit non ?

Tu as dit plutôt pas d'accord mais voilà, ce sont des réponses spontanées.

Je trouve que ce n'est pas bien défini quand même.

En général, je dis oui mais pas optimale.

Et moi d'office je dis non en tant qu'infirmière car je suis seule.

On est d'accord pour dire que si on met la barre à optimale c'est pas le cas mais on ne peut pas dire que c'est mauvais. La division des tâches existe, elle n'est pas optimale mais elle existe.

Mais non car on peut quand même encore évoluer et arriver à ce que plus des choses soient plus complémentarisées.

Donc l'idée qu'on puisse évoluer.

Je comprends la nécessité d'être protégé et d'avoir des protocoles clairs. J'ai lu beaucoup de choses sur les infirmières mais que je n'ai pas mémorisé mais qui sont assez compliquées et qu'il y a beaucoup de choses sur « les ordres de... » mais qui doivent être claires.

C'est pour ça que j'ai voulu créer ce carnet de protocoles au départ pour avoir une trace écrite de comment ça fonctionne et me protéger bien que légalement ça ne me protège pas vraiment, il y a rien qui dit que si il y a un protocole tu es protégé mais au moins face à vous je peux dire c'est vous qui m'avez dit ça. Donc par rapport à moi-même, je suis plus en confiance. En ce qui concerne l'autonomie professionnelle de chacun est reconnue comme je l'ai déjà dit je sais qu'il faut un papier avec vos indications mais je sais qu'ici vous me faites confiance et qu'elle est mutuelle et ça c'est important pour moi.

Il faut clôturer déjà désolé, et merci pour votre participation.

Annexe 5 : deuxième protocole écrit proposé à l'équipe

INFI

Patient diabétique non suivi

Donner le nom à infi qui fait :

- 1) Tentative appel téléphonique et message vocal demandant à ce qu'il rappelle ou prenne RDV avec elle
- 2) Si message laissé : lettre type avec invitation à prendre RDV. Puis mettre dans le dossier du patient la tâche « en cours » (onglet jaune) et inscrire dans le journal : « lettre envoyée pour suivi diabète ».

Prise de sang à réaliser

Faire le bon, le donner à infi et elle prend elle-même le RDV.

- 1) Tentative appel téléphonique et message vocal demandant à ce qu'il rappelle ou prenne RDV avec elle.
- 2) Si message laissé : lettre type avec invitation à prendre RDV. Puis mettre dans le dossier du patient la tâche « en cours » (onglet jaune) et inscrire dans le journal : « lettre envoyée pour prise de sang ».

Injections à réaliser

Faire les prescriptions, puis la donner à infi et elle prend le RDV

- 1) Tentative appel téléphonique et message vocal demandant à ce qu'il rappelle ou prenne RDV avec elle
- 2) Si message laissé : lettre type avec invitation à prendre RDV. Puis mettre dans le dossier du patient la tâche « en cours » (onglet jaune) et inscrire dans le journal : « lettre envoyée pour injection ».

Vaccin pas en ordre

Faire les prescriptions, puis la donner à infi et elle prend le RDV

- 1) Tentative appel téléphonique et message vocal demandant à ce qu'il rappelle ou prenne RDV avec elle
- 2) Si message laissé : lettre type avec invitation à prendre RDV. Puis mettre dans le dossier du patient la tâche « en cours » (onglet jaune) et inscrire dans le journal : « lettre envoyée pour vaccin ».

MEDECINS

Mammotest pas en ordre

Médecin ou infi appelle patiente et lui demande état de la question

- ➔ Si pas de réponse : message + lettre d'invitation à consulter pour le sujet = mettre en jaune dans le planning et inscrire dans le journal que lettre a été envoyée et patiente prévenue.

Frottis de col

Médecin appelle patiente et lui demande état de la question

- ➔ Si pas de réponse : message + lettre = mettre en jaune dans le planning et inscrire dans le journal que lettre a été envoyée et patiente prévenue.

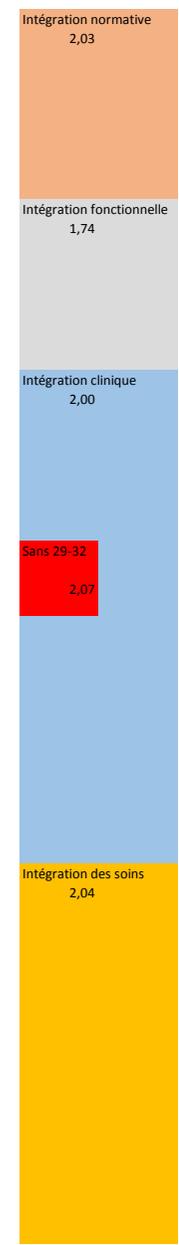
DOSSIER PAS CLAIRS, PAS EN ORDRE

Médecin appelle patiente et lui demande de prendre RDV

- ➔ Si pas de réponse : message + lettre = mettre en jaune dans le planning et inscrire dans le journal que lettre a été envoyée et patient prévenu.

Annexe 6 : tableau de résultats 2eme évaluation IPC 65

Participant question	S	T	E	RL	A	Total	Moyenne	Theme	Note par thème		
1	2	3	2	3	2	12	2,40	Vision	2,30		
2	2	2	3	2	2	11	2,20				
3	2	2	3	3	2	12	2,40	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité	2,20		
4	1	2	3	2	2	10	2,00				
5	1	2	3	3	2	11	2,20				
6	2	2	3	3	2	12	2,40				
7	1	2	3	2	2	10	2,00				
8	1	2	2	2	1	8	1,60	Leadership		1,60	
9	1	2	2	2	1	8	1,60				
10	1	2	2	1	2	8	1,60		2,10		
11	2	2	2	3	2	11	2,20	Appui administratif			
12	2	2	2	3	1	10	2,00				
13	1	1	1	2	1	6	1,20	Ressources disponibles		1,37	
14	2	2	1	1	1	7	1,40				
15	1	1	2	1	1	6	1,20				
16	1	1	2	2	0	6	1,20				
17	2	2	2	1	1	8	1,60				
18	2	2	2	1	1	8	1,60				
19	2	1	1	2	1	7	1,40				
20	1	2	1	1	1	6	1,20	Formalisation explicite des rôles			1,45
21	1	3	1	1	1	7	1,40				
22	1	2	2	1	1	7	1,40				
23	2	1	2	2	2	9	1,80				
24	2	3	3	3	2	13	2,60	Gestion des réunions	2,40		
25	2	3	3	3	2	13	2,60				
26	2	2	3	2	2	11	2,20				
27	2	3	3	2	3	13	2,60				
28	1	3	2	2	2	10	2,00				
29	1	1	1	2	1	6	1,20	Règles de travail		1,88	
30	1	1	2	2	2	8	1,60				
31	1	1	1	1	1	5	1,00				
32	3	3	2	3	2	13	2,60				
33	2	3	2	2	2	11	2,20				
34	2	2	3	2	2	11	2,20				
35	2	2	3	2	2	11	2,20				
36	1	3	2	2	2	10	2,00		2,13		
37	3	3	3	2	1	12	2,40	Fonctionnement interne de travail et mode de résolution des conflits			
38	3	3	3	3	1	13	2,60				
39	3	2	3	2	2	12	2,40				
40	3	2	3	3	2	13	2,60				
41	2	1	2	2	2	9	1,80				
42	1	1	2	2	2	8	1,60				
43	2	2	2	2	2	10	2,00				
44	2	2	1	2	2	9	1,80				
45	2	2	2	2	2	10	2,00				
46	2	3	3	2	1	11	2,20	Résultats relatifs à la structure		1,87	
47	2	2	2	2	1	9	1,80				
48	1	3	2	3	1	10	2,00				
49	1	2	2	3	2	10	2,00				
50	1	2	1	2	2	8	1,60				
51	2	2	2	1	1	8	1,60				
52	2	2	3	2	1	10	2,00	Résultats relatifs à l'équipe	2,13		
53	2	2	3	3	1	11	2,20				
54	2	2	3	3	2	12	2,40				
55	2	2	3	2	1	10	2,00				
56	2	2	3	2	1	10	2,00				
57	2	2	3	2	2	11	2,20				
58	2	2	3	2	2	11	2,20	Résultats relatifs aux patients		2,10	
59	2	2	2	2	2	10	2,00				
60	2	2	3	3	2	12	2,40				
61	2	2	3	2	2	11	2,20				
62	1	2	3	2	2	10	2,00				
63	2	2	2	2	1	9	1,80				
64	2	2	2	2	2	10	2,00				
65	2	2	3	2	2	11	2,20				
	113	133	149	136	104				1,96		



Annexe 7 : Guideline écrite avec étapes amélioration qualité intégré.

Vision commune : charte de la collaboration médecin-infirmier

- ➔ **Collaboration = associer les compétences et les actions de chacun de façon coordonnée pour une prise en charge optimale du patient**
 - **Collaborer c'est pouvoir compter les uns sur les autres = Les relations de travail doivent contribuer à cette solidarité en prenant en compte les tâches, les besoins et les réalités de l'autre.**
 - Il ne s'agit pas de déléguer des actes / des décisions qui incombent clairement au métier de l'un ou de l'autre (prescrire,)
 - Il ne s'agit pas de transmettre à l'autre les tâches qui semblent ingrates et indésirables mais bien d'attribuer à chacun les tâches pour lesquels il/elle est compétent et qualifié et d'accepter la part de tâches ingrates inhérente à chaque rôle (administration, encoder...)
 - Il s'agit de s'acquitter de ses tâches dans un timing qui respecte l'organisation du travail de l'autre et qui vise un trajet patient optimal (accueil et anamnèse infirmier, certificat)
- ➔ **Collaborer = Communiquer**
 - Lorsque nous communiquons, beaucoup d'informations circulent sur notre statut, notre éducation et notre profil professionnel. En être conscient permet de comprendre nos enjeux et nos émotions et de se respecter (importance du temps au chevet du patient pour l'infirmier, rationalité des décisions et des analyses du médecin)
 - Nous avons besoin de reconnaissance avec tout : apprendre à se dire ce qui va bien permet aussi d'apprendre à se dire aussi ce qui ne va pas bien. Pour apprendre nous devons être sécurisé et comprendre : il est nécessaire de pouvoir donner et recevoir du feedback dans un esprit constructif.
 - La communication peut prendre de multiples facettes. Les discussions informelles sont l'huile qui fait fonctionner les rouages, elles ne les remplacent pas. Tout ce qui ressort de l'organisation, des décisions ou des consensus gagne en pertinence et en clarté quand il est formulé par écrit et accessible à tous. Les supports écrits (PV, note de service, carnet de bord selon les besoins) sont des excellents outils pour assurer le suivi, l'objectivité et l'évaluation.
 - S'accorder ne va pas de soi. Quand des conflits émergent dans l'équipe et ne sont pas gérés, ceux-ci peuvent nuire au travail de tous. Il existe une charte de la maison médicale conseillant des orientations à prendre dans ces cas. N'hésitez pas à vous y référer en cas de problème ou à demander de l'aide à une personne de confiance.
- ➔ **Tout processus de travail doit être documenté dans un protocole**
 - Pour bien travailler en équipe, les processus de travail doivent être décrits dans des protocoles qui clarifient les rôles et responsabilités de chacun des acteurs ainsi que le flux des actions (logigrammes). Chaque étape peut s'accompagner d'instructions de travail détaillées quand c'est nécessaire.
 - Un protocole est une feuille de route. Il aide ceux qui ne se sentent pas à l'aise en les guidant, il permet aux plus créatifs de garder le cap et il permet à tous de travailler ensemble de façon efficace et consensuelle.
 - L'existence d'un protocole permet de gérer les évolutions de façon structurée (communication des changements, formations nécessaires, relevé d'indicateurs, évaluations)
 - Il est nécessaire d'avoir un cycle permanent de révision des processus qui garantisse à la fois la stabilité de ceux-ci et leur évolution qualitative.
 - On travaillera donc en équipe selon le schéma : P-D-C-A (plan = réfléchir à l'organisation optimale, do = mettre en place, check = évaluer le fonctionnement et A = faire les ajustements nécessaires) – Cycle de Deming

→ **L'évaluation est nécessaire à la cohérence**

- **Se centrer sur ce qui a mal fonctionné plutôt que sur qui s'est trompé donne un cadre constructif et qualitatif et permet d'apprendre collectivement.**
- Il n'est pas attendu d'une équipe qu'elle accomplisse un travail parfait du premier coup ou en permanence. Il est normal d'avancer par essais et erreurs : il est crucial d'apprendre de ses erreurs et d'identifier les facteurs de réussite et les contraintes. C'est pour cela que de manière régulière, la collaboration demande une évaluation.
- Toute évaluation positive ou négative d'un processus donne naissance à des adaptations de la manière de travailler. Dans l'idéal celles-ci sont consignées par écrit pour être une organisation apprenante : quand l'environnement change, les analyses peuvent servir à réévaluer les processus et les choix qui ont été faits.
- Il est important d'évaluer les processus (cycle de Deming) mais aussi la communication interne, les évolutions de l'environnement et même le sens que l'équipe attribue aux processus et aux modes d'organisation choisis : c'est la meilleure façon d'éviter les burnouts.

→ **L'équité avant tout : chacun selon ses moyens mais un investissement égal**

- Dans le travail collectif, nous tiendrons compte des compétences propres à chacun pour répartir les rôles et les responsabilités. Le but est de donner aux travailleurs les tâches qui leur correspondent et qu'ils peuvent exécuter de façon approfondie et continue avec sens/plaisir et sans souffrance au travail.
- L'équité est essentielle au développement de la collaboration au sein d'une d'équipe. Il est important que chacun ait la perception d'être traité selon des principes clairs et communs (charge de travail, congés, heures supplémentaires ...) et que tous exécutent leurs tâches de façon consciencieuse dans le respect des compétences de chacun au service d'objectifs communs. Une division équitable du travail ne veut pas dire une distribution mathématiquement égale de celui-ci. Chacun d'entre nous possède des compétences particulières dans certains domaines. De la même manière, chaque profession a une approche particulière avec ses points forts. Le but de la collaboration est d'exploiter ces forces et de les coordonner.

→ **Disponibilité et gestion du temps**

- Si l'on désire atteindre un objectif, cela demande du temps de réflexion et de coordination. Un temps suffisant doit être libéré dans le temps de travail des collaborateurs pour fournir une base de travail minimum nécessaire à ce que les projets fleurissent.
- Le temps de réunion et de décision se prépare : les rencontres informelles, la visite à l'autre sur son lieu de travail permettent une meilleure compréhension des contextes de chacun et de bâtir des liens qui seront bien utiles pour développer des consensus.
- Tout est affaire d'équilibre entre ces deux pôles et la charge de travail quotidienne.

→ **Professionalisme, une affaire de confiance**

- Dans nos métiers, nous mettons un point d'honneur à la défense de certaines valeurs et il est important de garder à l'esprit que le travail interdisciplinaire est un outil pour atteindre celles-ci. Notre objectif commun est la meilleure santé des patients.
- Chaque travailleur est compétent dans son propre domaine, il maîtrise ses outils théoriques et pratiques mais connaît aussi ses limites. Tout le monde travaille sur cette base et n'hésite pas à demander aux autres où ils se situent par rapport à une compétence professionnelle. Le travail d'équipe peut commencer à partir du moment où chacun voit l'autre comme un professionnel compétent.

Description de l'utilisation interdisciplinaire de l'échéancier

A. DESCRIPTION DES ROLES

Rôle infirmier :

Le service infirmier gère l'échéancier à titre principal : il est à l'initiative de sa constitution ainsi que du suivi de son utilisation. Il contribue au classement final en fonction de ses compétences.

Cela veut dire qu'il lui incombe de démarrer chaque mois la démarche et de transmettre à l'équipe médicale les tâches nécessaires à la mise en ordre des tâches après avoir réglé les onglets gérables rapidement ou les tâches qui lui sont directement attribuées.

En pratique :

- ➔ sortir le planning
- ➔ effectuer les tâches attribuées décrites dans le protocole ci-dessous
- ➔ transmettre la liste au médecin compétent pour la période concernée
- ➔ vérifier auprès du médecin la réalisation de la tâche après coup

Rôle médical :

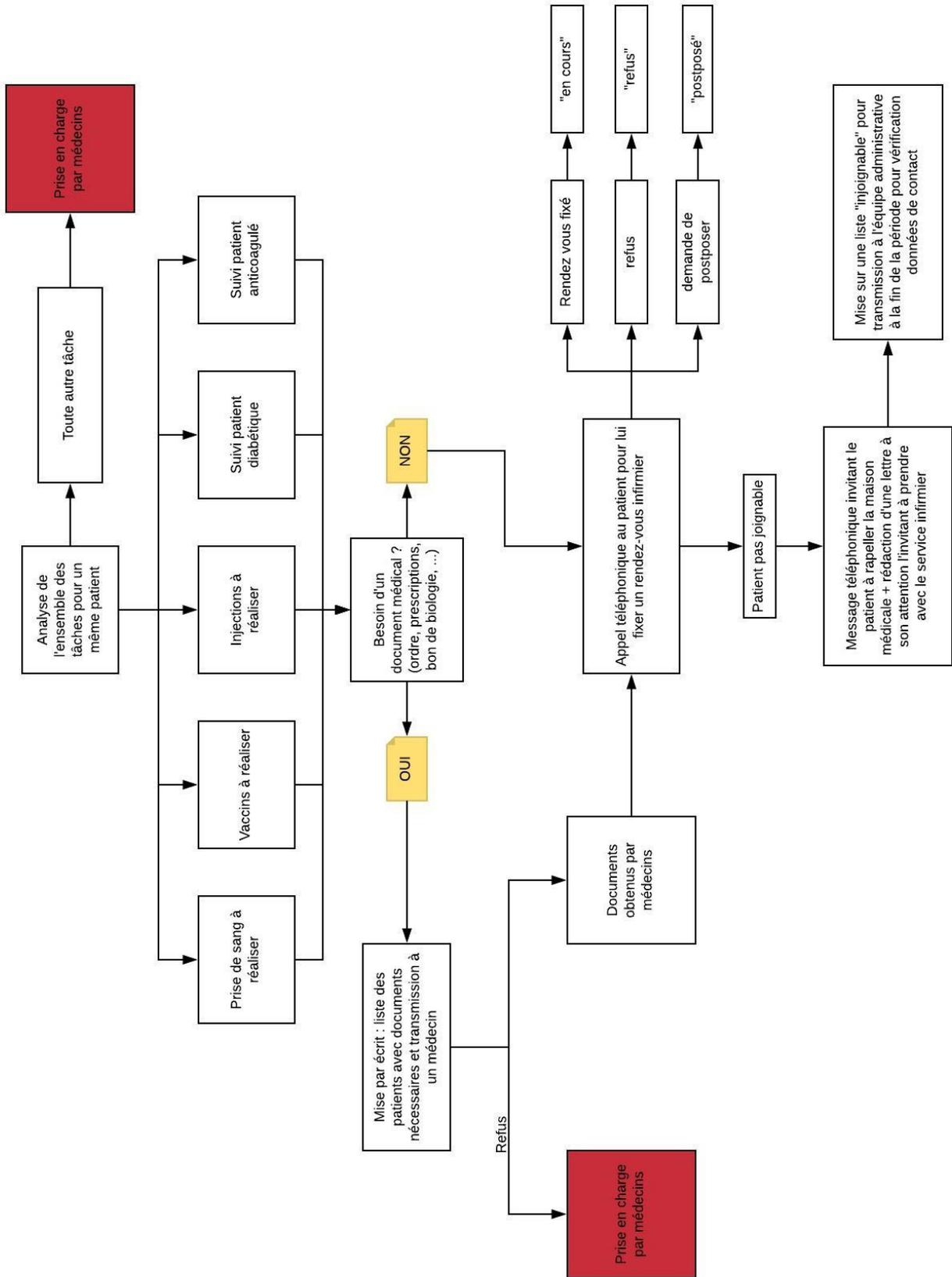
Le service médical porte la responsabilité finale de l'accomplissement des tâches et le suivi avec les patients. Par ailleurs, il lui incombe de prendre en charge toute situation sortant du protocole défini ci-dessous et de prendre en accord avec le patient toutes les décisions en matière de report ou de refus de soins.

Cela veut dire qu'il réceptionne l'intégralité des tâches restantes après vérification de l'infirmier et les accomplit dans le temps imparti. En outre il doit après coup débriefing avec l'infirmier responsable la réalisation de ces tâches et prendre une décision pour chaque item.

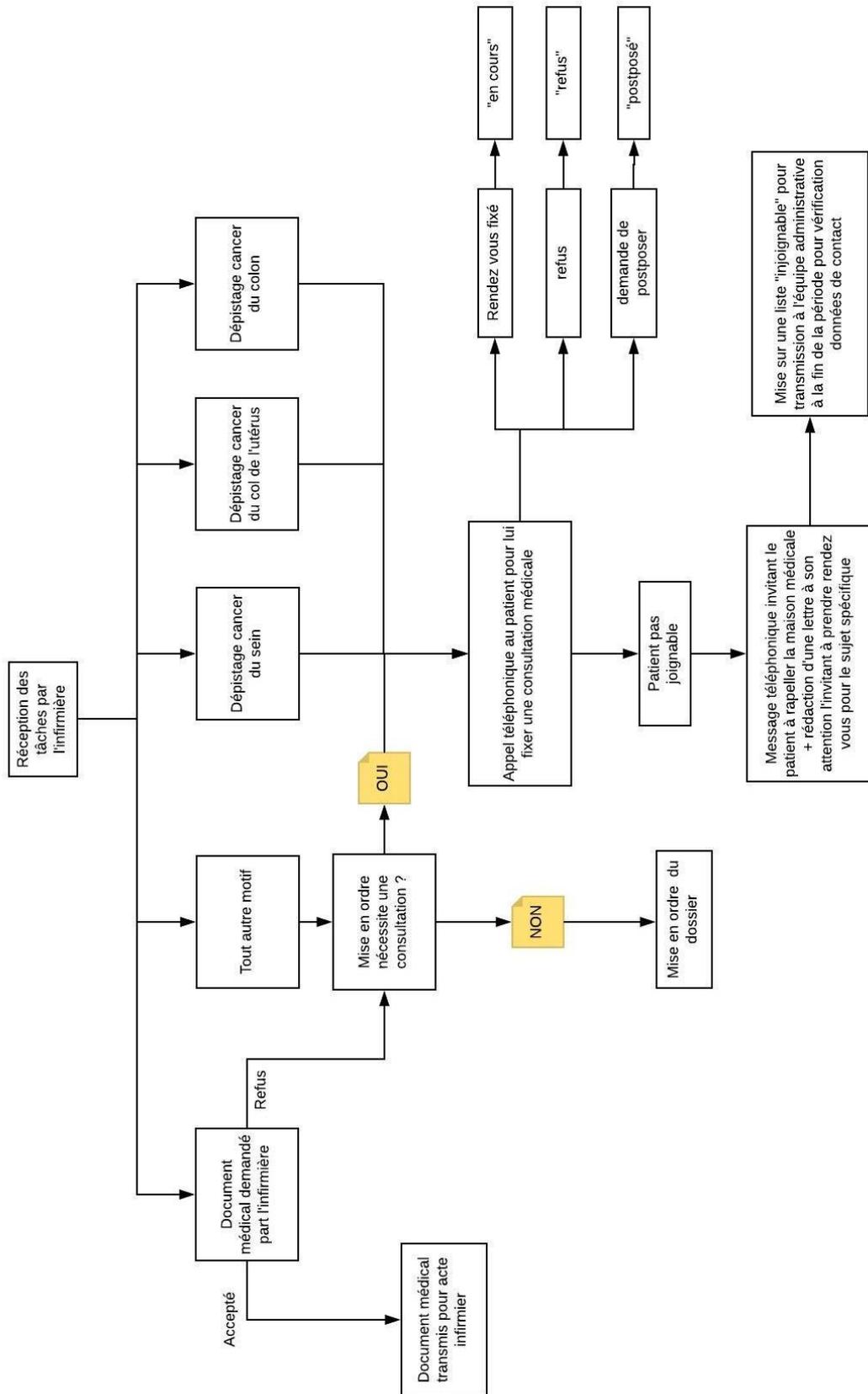
B. DEROULEMENT PRATIQUE

1. Extraction de tâches en attente
 - Dans le programme CareConnect, ouvrir l'outil statistique
 - sortir les lignes de commande suivante :
 - Planning → prévu
 - Nouvelle ligne de commande
 - Date : inférieure ou égale à dernier jours du mois en cours
 - Date : supérieure ou égale à : premier jours du mois précédent
 - Puis cliquer sur enregistrer les données et choisir « CSV » comme extension
 - Ouvrir le fichier CSV avec Microsoft Excel et définir la séparation par le symbole « ; »
 - Trier les colonnes par dates de résolution
 - Sélectionner les items correspondant aux dates du mois précédent et du mois en cours.

2. Gestion par service infirmier



3. Gestion par le service médical



Annexe 8 : Entretien de groupe du 17/04/2018

5 personnes présentes : 4 médecins et 1 infirmière

Infirmière :

Par rapport au document, on joue avec la légalité, vu qu'ici en maison médicale on est plus sur des profils « assistant de médecin ». Le poste ici en maison médicale est beaucoup plus large que les postes en hôpital. On a potentiellement une liberté d'action qui est beaucoup plus grande. Mais d'un point de vue légale à l'hôpital ça ne se passerait pas.

E.

La aussi mais bon c'est toi qui à mieux étudier l'affaire. Mais bon je pense que si on travaille avec des protocoles clairs et des ordres clairs je pense qu'on peut déléguer en toute légalité.

T.

Il existe déjà des expériences faites dans les pays anglo-saxons un autre rôle qui est défini et qui est celui de nurse practitioner et qui en fait simplement vraiment un statut mais c'est un statut qui est aussi en train de développer en Belgique qui a un statut ou vraiment l'infirmière a beaucoup plus de responsabilités mais oui après je peux revenir et je pense intéressant de revenir sur ce que ce que je propose quelque chose qui est apparu entre ce que j'ai observé ici et là la littérature donc comme futur quoi potentiel j'aurais vraiment voulu la vie un peu de Sophie aussi et R. reviens sur ce qu'on a déjà fait ce qui est proposé là et ce qu'on déjà fait et ce qu'on a déjà fait ça inclue le fait d'avoir créé un moment de parole pour le personnel infirmier au début du briefing je sais pas en général ce que vous voyez qu'on a pu faire sur le sujet

S.

Le travail que tu as fait en tout cas je trouve ça très intéressant. moi dans ici on a dû remettre les cases tu vois les questionnaires que tu nous a donné que j'ai dû refaire aujourd'hui donc c'est vrai que moi en fait j'ai mis des scores moins bien que ce que j'avais mis au début parce que justement les discussions qu'on a eu mon permis de comprendre en fait que sur des choses en fait ou je pensais que c'était acquis ou je pensais que j'avais cette idée-là quelqu'un que c'était pas le cas et que ça nécessitait encore des discussions et qu'on fait qu'on est pas encore très loin donc je pense que la volonté ça j'ai mis des scores assez positive et là pour faire tout ça mais de dire est-ce qu'on est vraiment au clair sur les choses, ça j'ai mis des scores un peu moins bien.

Aussi l'idée quand tu mets il s'agit à chacun d'accepter la part des tâches ingrates est inhérente à chaque rôle, voilà c'est aussi après quelque chose qu'on pourrait aussi dans le futur du travail par exemple dans la coopération avec l'accueil c'est un peu voilà aussi ce problème là c'est quand on définit clairement à chacun à sa part de choses ingrat à faire voilà donc on dit que l'accueil est au service des médecins ben nous on a une autre répartition des tâches et des autres compétences.

En ce qui concerne l'outil on a pas encore pu le tester beaucoup.

À terme allez je me dis que en fait on vient de la situation on en fait ce planning il était donné à l'infirmière et elle était un peu démuni aussi face à toutes les questions

médicales que ça posait, pour lesquels elle n'a pas de formation. Des questions légales, parfois administrative, d'un manque d'un gros manque de prise en main de cet outil par les médecins aussi ;

Donc que en fait on laissait ça l'infirmière on n'y regardait même pas en fait et donc du coup maintenant on a quelque chose qui permet peut-être effectivement une sorte de diminution d'autonomie. Va-t-il y a des soucis techniques comme elle ne sait pas faire une ordonnance de tétanos ça je trouve effectivement qu'il faudra trouver une solution.

Il faut peut-être mieux que l'on revienne à ce qu'elle gère 10 % de ce qu'il y a dans le planning pour le moment ; Comme il est mis on est dans une évaluation permanente, on pourrait aller vers un objectif que 60 % soit géré. Mais pour ça il fut que les médecins aient très bien encodé et qu'il y ait un protocole clair, sinon effectivement elle va quand même devoir demander au médecin si chaque médecin fait à sa sauce certaines choses et des problèmes comme ça.

Voilà je pense que c'est un peu le prix à payer actuellement que ce soit moins qu'autonomie mais au fil du temps ça nous permettra de voir chaque fois : Ah mais pour qu'elle puisse faire ça en fait il suffit d'avoir le document la ça peut peut-être facilement se mettre en place voilà donc moi je suis quand même optimiste.

R.

Exactement la même expérience en remplissant le questionnaire hier la première fois que je les remplis je venais de commencer à travailler ici, tout était très bien et je l'ai j'ai rempli sans vraiment comprendre la plupart des questions

Et puis hier je l'ai relu et j'avais l'impression de m'être sans arrêt « pas très bien » en fait ou « pas très bien mais on y arrive » et je me suis rendu compte que la collaboration c'est en y creusant un peu qu'on se rend compte à quel point c'est riche, complexe et il y a plein de choses qui viennent jouer dedans et donc ce n'est pas en se disant on veut le faire, c'est notre volonté qu'on va forcément y arriver

Et justement c'est en essayant de creuser un peu et de comprendre tout ce que ça implique qu'on avance. Et c'est ça qui est bien dans cet outil, c'est qu'il est dynamique. On a essayé une première manière, ça n'a pas marché, on a essayé une deuxième manière, ben on est en train d'essayer. Mais c'est surtout, voilà on se rend compte de comment chacun se retrouve par rapport à ça, comment chacun ressent ça. Et moi c'est une chose qu'y ma frappé c'est la définition des rôles et des fonctions, que ce soir clair. Je ne me rendais pas compte quel point c'était important. La première fois que j'ai vu ça je me suis dit : beuh, je ne sais pas pourquoi on met ça en avant ;

Mais après me suis rendu compte à quel point c'est important. Pour que par exemple, toi Aurélie, infirmière, tu te dises : ok je sais ce que je dois faire j'ai compris ce que je devais faire et je me sens à l'aise pour le faire et donc je vais le faire.

Et si on n'a pas ça en place mais on hésite toujours et puis on le fait pas et puis on repousse et puis on délègue à quelqu'un donc voilà ça se fait pas comme il faut.

C'est vraiment la plus grande leçon que je tire de ce travail la définition des rôles de chacun doit être clair mais doit être dynamique. C'est-à-dire qu'on découvre ensemble une meilleure collaboration, qui ne sera pas la même dans cette maison médicale ou dans une autre.

L'organigramme ben moi je me lance à chaque fois quand tu proposes quelque chose dans la construction tu proposes quelque chose on se lance on essaye et si en plein milieu on me dit que ça ne va pas bah c'est pas grave au mieux se dire en plein mieux ok ça va pas et on essaie autre chose.

Moi ce que je vous propose c'est en fait j'arrive à la fin j'arrive à la fin non j'arrive au début de la rédaction de mon téléphone seulement en train d'écrire maintenant les conclusions et tout est à écrire encore. En guise de conclusions, de discussions.

Donc je présente des points :

Diviser le travail de manière égale entre tous, ça ne marche pas

Faire disparaître les schémas sociétaux, ça ne se fait pas tout seul

Un soutien structurel est indispensable

Diviser les responsabilités c'est diluer la responsabilité

Définir les rôles participe à une meilleure interaction

Mettre des protocoles par écrit permet d'améliorer la réalisation des tâches

Est-ce que ça vous inspire quelque chose ?

Je suis d'accord avec tout sauf la première phrase peut être. Je me demandais un peu ce que ça veut dire.

On a eu eu deux expériences par rapport à ça :

Le consentement éclairé et on a divisé le travail on se donne à chacun un certain nombre de patients à faire clairement on n'est pas tous arrivés au même chiffre à la fin

On a divisé le planning on avait chacun un nombre de patients à faire dans le planning on est pas arrivé au bout on est pas arrivé tous au même chiffre

Aussi par exemple A. avait autant qu'un médecin alors que ce n'était pas logique parce que tu ne l'attaque pas de la même manière que nous ce genre de planning

Le fait de diviser sans réfléchir à la meilleure manière de se répartir les tâches, ben ce n'était pas efficace. Et je pense qu'on n'est pas non plus motivé lorsque c'est chacun de son côté avec ses mettre en place où est-ce qu'arrives à faire ça entre où est-ce qu'il y a besoin de temps et qu'on prenne trucs, c'est pas de la collaboration. Et dans l'expérience ça a pas marché, moi c'est ça que je vois.

Mais pourquoi ça n'a pas marché ? moi je pense que si on veut travailler en équipe il faut se diviser le travail, on va pas avoir une personne qui fait tout et donc il faut trouver comment. Peut-être qu'on n'était pas assez clair dans le but, pourquoi c'est important.

On n'a pas réfléchi à quel horaire mettre en place, est ce que certains arrivent à mettre ça entre deux et d'autres ont besoin qu'on prenne le temps et qu'on prenne le temps avec chaque personne comment il peut arriver à son but

Mais la division en soir elle est-elle est nécessaire et moi je suis quand même pour qu'elle soit le plus égale possible

Bien sûr en fonction si quelqu'un travaille mi-temps ou un autre travail temps plein que quand même on tient compte de de certains facteurs ou quelqu'un à nouveau et donc du coup bah voilà oui forcément il est plus lent parce qu'il ne connaît pas les patients par rapport à quelqu'un qui travaille depuis très longtemps

Mais que qu'on prend le temps peut-être aussi de ne pas seulement donner le travail mais aussi réfléchir dans le 2e étape quelle difficulté est-ce que la personne pour le réaliser qu'est-ce qu'on place pour le faire et est-ce qu'il faut revoir effectivement l'objectif par personne ou quelque chose comme ça quoi

C'est vraiment c'est vraiment là le sens du mot « égale » donc c'est vraiment toute la grande différence si vous avez vu la petite affiche avec le garçon sur les pieds de boxe la qui est la différence entre égal à égalité et équité te dire que l'égalité c'est donner le même travail à tout le monde et l'équité c'est de donner à chacun du travail en fonction de ses capacités et donc c'est vraiment sa que je trouve important

Par exemple moi j'ai regardé le planning ce matin je voyais et je me disais à force de travailler dessus aussi j'ai beaucoup de travail tu disais en trois quarts d'heure j'ai tout fini en trois quarts d'heure je sais que je peux finir ce truc mais je veux que vous le fassiez quoi parce que je veux évaluer

Parce que moi ça ne m'intéresse pas savoir que moi après avoir travaillé beaucoup dessus ça va vite dans ma tête qui est important c'est comment on fait pour que tout le monde puisse participer mais du coup ça implique aussi que certaines personnes ça prend une heure donc une demi-journée de train aussi une réalité quoi

Je veux quand même aussi souligner une nuance dans la thèse : divisé le travail de manière égale ou même équitable ça ne marche pas.

Donc il y a une condition pour que ça marche, il faut que ce soit vraiment un projet d'équipe qui est discuté régulièrement et pour le faire il faut quelqu'un qui est plus impliqué qui dirige le projet et dans ces conditions la ça peut marcher.

Mais non c'est vrai donner la tâche et dire : « voilà dans un mois ou dans deux mois ou même sans deadline définie, ça doit être fait » et bien ça ne fonctionne pas parce qu'il y a beaucoup de choses à faire.

Mais voilà donc c'est à nuancer donc il ne faut pas forcément le faire donc il y a d'autres méthodes de travail qu'on peut proposer pour certaines choses. Je pense un grand projet comme avoir le planning en ordre, tout le monde doit faire l'expérience. Et que c'est quand même important de diviser le travail et dire : voilà une personne, on lui donne une semaine de temps pour tout faire et tout sera en ordre. Je pense que ça fonctionnera encore beaucoup moins.

Voilà moi c'est vrai que je suis assez satisfaite de cette phrase (diviser équitable pas égale (Parce que voilà au début ce planning il m'a été donné comme ça avec pour but de rattraper le travail des anciennes infirmières aussi qui n'avaient pas été fait à l'origine

Qui a été en fait abandonné par les anciennes infirmières et c'est vrai qu'en moi au début au médecin qui qui chapeaute mon suivi qu'en fait pour moi c'était compliqué de gérer tout ça en débarquant voilà il faisait des yeux gros comme une maison et voilà il ne semblait pas comprendre qu'en fait pour moi c'était compliqué

et donc ça a été une prise de tête à son incroyable ce planning et ça a été aussi beaucoup de frustration parce que du coup moi j'avais l'impression d'être conne alors que finalement je pense pas être conne juste voilà j'ai appris ce que je devais apprendre pour mon job d'info mais gérer la santé des gens c'est plus grand que ce qu'on nous apprend à l'hôpital, nous on nous donne une liste de soins à faire on va de chambre en chambre et on fait la liste d'actes qu'on doit faire dans la chambre du patient je veux dire le degré d'autonomie de l'infirmière en fait vraiment nul

Et donc on nous fait faire des études de bachelier en nous disant : vous aurez plus d'autonomie et vous serez des infirmières intelligentes qui réfléchissent mais en réalité sur le terrain on est des gens qui pratique et qui font ce qu'on nous demande.

Et les médecins en fait s'offusquent assez souvent à l'hôpital quand l'infirmière ose faire une réflexion sur un patient ou ose contredire un diagnostic ou ose même venir apporter un point d'élément.

Voilà je veux dire c'est le rapport infirmier-médecin est très particulier et on mange ça pendant 3 ans pendant nos stages et donc c'est vrai que débarquer comme ça et qu'on nous donne ça qu'on me donne ça en main comme ça c'était brute et effectivement ça ne me prend pas le même temps que vous parce que parce que je suis pas habitué à gérer les schémas de vaccination désordonné à m'inquiéter des examens cardiaques

Voilà de savoir quand est-ce que le gars va devoir refaire un examen parce qu'il a eu un cancer du côlon enfin voilà je n'en sais rien mais voilà je suis tombé sur des trucs et je me disais mais oh là qu'est-ce que c'est que ces résultats.

Donc je tombais sur des trucs et en fait c'était compliqué parce qu'il fallait que j'aie rechercher je voyais il avait il avait un rappel d'examen pour un cancer qu'il avait eu il y a des termes dans les résultats que je ne comprenais même pas

Voilà donc c'est important de se rendre compte et je l'ai dit longtemps mais j'ai eu l'impression que ça n'a pas été entendu longtemps que en fait ça prend du temps et ça demande une réflexion qui est tout autre que vos vos habitudes de médecin quoi

En fait je me suis seulement rendu compte des difficultés qu'Aurélie avait à cause de ton travail. Avant ça pour moi oui c'était simple parce qu'il y avait des choses où je me disais : « ah mais c'est parce que légalement elle ne se sent pas à l'aise.

Mais ce n'était pas que ça il y avait plein de choses et donc voilà c'est ça qui est intéressant de ce qui est ressorti mais je pense qu'effectivement il y a moyen que tu sais gérer beaucoup de choses

Par exemple tu m'as mis schéma vaccinal désordonné d'un enfant de 2 ans et demi mais qu'est-ce que on est à la maman j'ai vu qu'il y avait deux vaccins qui avait été fait ici sur l'ensemble des vaccins à faire entre 0 et 14 mois

Et j'ai demandé à la maman j'ai dit est-ce que tout le vaccin a l'ONE. Et elle me dit oui je les ai faites à l'ONE, j'en ai fait deux chez vous et j'ai continué à l'ONE et je dis donc je dis à l'occasion venez à la maison médicale montrer le carnet de vaccination

Mais voilà je suppose donc il est en ordre vaccin oui et donc je suis un peu m'a mis ça dans l'évaluation et j'ai tout enlevé du planning vaccinal

C'est vrai que ça via des protocoles il y a moyen que Aurélie clôture ce genre de chose mais je comprends que c'est peut-être une autre responsabilité

Oui ça implique des responsabilités

Oui mais c'est aussi une responsabilité qui revient à la maman du bébé. Allez à ce moment-là il faut aussi des outils au niveau du gouvernement. Comme Vaccinet qui ne fonctionne pas.

Voilà donc je pense qu'il y a moyen d'évoluer et donc du coup tu dois pas non plus oui quelque part oui tu te sens frustrée parce que je comprends aussi un peu sa frustration parce que du coup elle va voir les tâches et elle va se dire pour le moment je crois qu'il y a 90 % tu dois le donner un médecin ou 80 % elle va peut-être se dire « ou ce n'est pas bien »

Mais voilà, c'est décidé ensemble c'est voilà après ce qu'on peut trouver un système où le médecin réceptionne directement ou je crois qu'elle reste encore trop longtemps quand même regardée si elle sait pas le résoudre au lieu de suivre le schéma il a dit que c'est le médecin pour le moment je n'essaye pas de comprendre

Mais dans la proposition que j'avais fait à Aurélie c'était dire que pour mercredi matin elle va prendre dernière demi-journée pour la clôture du travail pour essayer de remettre le planning en ordre et puis te le transmettre en espérant que là d'ici la fin de la semaine des rives à faire quelque chose aussi réserver des places parce que le temps j'ai pas mis ça dans les conclusions mais en fait ça doit vraiment revenir le temps de travail collaborer ça prend du temps

Une phrase que je vais rajouter mes collaborer ça prend du temps ça demande de communiquer ça demande énormément de temps et en fait je crois que c'est aussi

ça se retrouve dans littérature en fait la collaboration ça fait pas gagné en temps ou en argent ça fait gagner en qualité de soins

mais ça fait pas gagner du temps c'est vraiment dans la littérature c'est ça qu'on retrouve aussi généralement on est meilleure prise en charge des patients mais on constate pas dans le travail de tous les jours un gain de temps donc la proposition que j'ai fait à Aurélie c'est qu'elle mercredi elle prend sa elle le suit de la manière qui est indiqué la et dès que y a un truc où elle voit non mais ça je pourrais faire tout seul je pourrais m'en occuper où contrairement ça c'est pas une chose que j'ai envie de gérer au que je peux gérer maintenant qu'elle le notes et que sur base de ça et de ce qu'on vient de dire ici moi je propose en finale du travail un nouvel outil qui sera un outil qui pourra de nouveau évoluer pour nous mais qui sera là

Ouais il y a aussi le fait que par rapport à la prise de responsabilité moi c'est vrai que je suis hyper carré sur les responsabilités que je prends vis-à-vis des patients et thomas souvent il dit « oui mais moi le planning ça va vite ça il n'y a pas besoin je supprime ça il y a pas besoin je supprime » mais je dis mais moi je peux pas supprimer ça en fait moi je me serais pas permise de supprimer ça

Des rappels d'examens je sais pas liée à des gens, il y a une tendinite par exemple je ne sais pas qui aurait un examen de contrôle x temps après et Thomas et dis à ben non c'est bon je vire moi je vais jamais me permettre de virer ça parce que en fait je prends pas la responsabilité et même si je vois que ça il y a 4 ans et qui devait le faire il y a 2 ans je vais pas moi le faire.

Donc des fois c'est complètement une connaissance que je n'ai pas et donc je transfère direct et des fois c'est une connaissance que je pense avoir mais même si je suis sûre à du 90 % je vais pas prendre cette responsabilité parce que je me sens pas de la prendre parce que je suis méfiante et que je fais très attention à ce que je fais

Même quand un patient me dit quand je fais l'anamnèse : « mon vaccin du tétanos je l'ai fait en 2010 » moi si je n'ai pas de preuve de qu'il a fait son vaccin en 2010 j'ai du mal à le noter au dossier parce que je me dis « merde qu'est-ce que je not ? » Et si je note qu'il a fait son vaccin en 2010 et que la y'a un couac et qu'après on me dit « ouais mais t'avais dit qu'il avait fait son vaccin tétanos en 2010 »

Et donc en fait cette responsabilité chez moi elle est toujours présente pour des choses parfois qui paraissent bête ou qui pour vous semble mais voilà c'est parce qu'en tant qu'infirmière on a quasiment aucun droit finalement et c'est comme je disais poser un diagnostic normalement on n'a même pas le droit

Donc voilà je me protège sans doute, une protection consciente ou inconsciente mais qui fait aussi que du coup quand j'ouvre un dossier pour le planning je prends un temps parfois fou pour un truc en me disant qu'est-ce que je vais faire ?

Mais supprimer les vaccins de ce gamin je l'aurais pas fait quoi tu vois naturellement je l'aurais pas fait parce que je me serais dit oui mais en fait elle ne les a pas faites la maman je fais quoi est-ce que supprimer ses vaccins au dossier tu vois

Ça fait beaucoup référence je crois et ce n'est pas traité ici dans ton TFE, a la question : Comment utiliser le planning ? est-ce qu'on l'utilise comme un outil de prévention ou comme aide-mémoire annonce par exemple, l'exemple de refaire un écho

Où est-ce qu'on l'utilise pour des examens dans le cadre préventif qui pourraient être oubliés si on ne met pas un rappel et qui sert à être pouvoir être proactif pour un besoin non exprimé par le patient.

C'est à ça que ça sert normalement et pas comme aide-mémoire c'est à nous aussi de voir comment noter et donc peut-être on n'est pas tous d'accord tu ça non plus donc déjà ça on doit faire un travail encore à faire alors de dire qu'est-ce qu'on met dans le planning et ce qu'on met pas

Moi je trouve que ça peut quand même avoir les deux fonctions quoi maintenant je ne dis pas que l'infirmière doit gérer les deux fonctions parce que quand il s'agit d'un suivi médical la effectivement c'est déjà plus compliqué

On doit peut-être avoir comme but que l'infirmière gère ce qui est préventif

Mais par exemple moi je mets dedans aussi quand on a ainsi qu'à un polype du colon et que le gastro et c'était une dysplasie ou quelque chose et que le gastro dit dans un an contrôle ou dans deux ou dans trois ou dans cinq et moi je mets coloscopie alors dans le planning

Ça c'est quand même du suivi d'une pathologie ok

Non mais tu dis c'est une demande non exprimée

Oui ça il faut faire

Oui c'est vrai qu'il faut pas les détails, par exemple quand un pneumologue dit refaire un contrôle radiographique dans 6 mois tu le mets dans le planning mais parfois Ya des choses ou tu te dis : « oui mai le pneumologue l'a peut-être expliqué au patient et le patient aussi c'est sa responsabilité d'y penser.

J'essaie de le mettre dans le planning et parfois pas à 100%

Mais quand il s'agit de choses cancéreuses ou que j'estime que le patient n'a pas la conscience du problème j'essaie de le mettre.

Aussi dans la gastroscopie c'est juste pratique quoi aussi de ne pas devoir aller dans le rapport du spécialiste pour aller lire le dernier rapport du gastro mais on en a déjà « ah vous avez eu des polypes du colon et vous devez refaire une coloscopie à cette date-là »

C'est vrai qu'on a jamais discuté du contenu, on doit pour moi voir les trucs infirmiers, mais aussi les suivi médicaux et les trucs de préventions ...

Oui c'est ça on a jamais discuté de ce qu'on encode, en fait si on en a déjà discuté mais bien avant ton TFE et c'est sûr que pour moi dans ce planning il doit y avoir tout aussi bien les trucs infirmier genre tu dois refaire une injection intramusculaire a un patient tous les X mois blablabla je dois refaire une prise de sang contrôle diabète pour le patient tous les X, nahnahnah les trucs récurrent chronique mais aussi la prévention les frottis les trucs mammo etcetera et les suivis médicaux de quand vous recevez vos examens et je me battais beaucoup avec ça pour dire que quand vous lisez vos examens essayez de noter au planning parce que moi en fait ce qui se passe c'est que en fait j'avais aussi c'était le problème un travail de contrôle de ce que le médecin faisais et c'était un peu c'est vraiment un problème pour moi de me dire ok mais vous avez lu le résultat d'examen pourquoi vous avez pas modifié au planning parce que du coup moi je vérifie au planning des trucs en fait vous avez eu les résultats donc ça aurait dû être modifié au planning quand vous l'avez lu.

Et ça c'est un peu une bataille parce que du coup moi je devais aller voir le médecin référent de ce patient et lui dire écoute t'as reçu un résultat, tu l'as pas modifié au planning mais du coup moi je dois faire ton travail et ça ce n'est pas cool quoi parce que moi je suis pas là pour faire pour relire en fait tes résultats d'examen. Et ça c'est quelque chose que j'ai du mal à faire aussi parce que du coup on me disait : tu dois le dire au médecin comme ça il prend l'habitude. Oui mais moi j'avais un peu l'impression d'être celui qui colle au grain et dit : « excuse moi je vais t'embêter mais tu n'as pas fait ton taf.

Et pourtant je trouve que ça doit être fait et comme tu dis pour les cancer c'est hyper important et c'est super qu'il y ait ce planning après là où je trouve que j'ai mon rôle c'est si moi je récupère cette liste de rappels d'examen et que c'est tenu à jour quand vous lisez vos résultats donc vous lisez un résultat vous le modifier au planning et moi quand je sais pas moi je sors avril et je vois ok « rappelle ce mois-ci un truc pour ses polypes » ça c'est du suivi moi je vous transfère le patient et je vous dis voilà ton patient il a son truc pour ces polype à faire ce qui est vraiment désagréable c'est qu'en fait c'est un truc qui date de X temps et qu'en fait le médecin a pas gérer ce son suivi quoi est là pour moi en fait ça vient problématique parce que je ne sais plus si ça doit être fait, si ça va être fait si c'est trop tard , si c'est pas trop tard quand je vois que c'est une nana qui a 95 ans enfin tu vois et donc voilà et donc dans une démarche ponctuel ou ce truc est gérer correctement et où tout le monde collabore et gère ses résultats avec le planning en fait mon travail à moi et beaucoup plus facile aussi quoi est beaucoup plus clair

Moi je pense qu'effectivement ça c'est comme tu dis une discussion qu'on a eu avant l'arrivée de T. où on a déjà dit oui mais bon le but n'est pas que l'infirmière cours derrière les médecins. Devez utiliser l'outil planning quand vous recevez un résultat et il faut réencoder ça c'est quand même le médecin qui doit en gros gérer le suivi de ses patients maintenant je me dis après quelle est la perspective où on veut aller

Selon moi après cette phase si on arrive à mieux gérer idéalement il faut ajouter toutes les préventions possibles. Actuellement on a des patients qu'ils font les dépistages du cancer du côlon mais on n'a pas une méthode pour être systématique, de le proposer à tous les patients qui sont dans la catégorie.

Idéalement donc on a des patients qui suivent le frottis du col mais il y en a aussi qui ne le suis pas donc aujourd'hui ça dépend un peu du médecin qui a l'occasion va en discuter avec la patiente. On a fait des articles ou des choses comme ça mais on n'a pas non plus dit « bah voilà la cible c'est quand même que la moitié de nos patients » je sais pas moi, j'ai pas trop d'idées combien sont en ordre de ces tous ces suivis préventifs qu'on peut proposer

On a sorti des études que je n'ai pas encore intégré mais qui en fait son intéressantes et qui définissent la nécessité d'avoir un rôle de coordinateur de soins et donc de d'avoir quelqu'un dont la tâche est en partie spécifiquement de superviser des taches de collaboration des tâches qui sont interprofessionnelle par essence. Et voilà moi ma conclusion c'est qu'il faut intégrer cela. Maintenant c'est à nous de voir si en équipe c'est ça q 'on veut et si c'est ça qu'on va faire mais l'idée c'est que si on veut que la collaboration fonctionne c'est quasiment indispensable d'avoir quelqu'un qui prend ces responsabilités. Ce que je me demande c'est si toi A. tu peux prendre cette responsabilité.

Mais moi je ne pense quand même pas qu'une infirmière puisse jouer ce rôle-là.

Ça se fait ailleurs par contre

Ben voilà je suis ouvert à toutes les propositions mais je ne suis pas sûr du tout.

En tout cas ça ne peut pas se faire sans une collaboration étroite avec les médecins. Après le suivi, les protocoles, la collaboration je pense que c'est quelque chose que j'ai fait en fait.

Depuis que je travaille ici parce que la création du carnet de protocole, le travail de collaboration avec S. puis le travail de collaboration avec toi, le fait de m'intéresser quand un nouveau médecin à une envie...

Par exemple voilà le projet gynéco j'ai tout de suite dis bah écoute on en discute etcetera

Donc je pense que d'une certaine manière le fait que je sois responsable briefing et que j'ai voulu être responsable briefing alors qu'avant c'était un médecin, je pense que d'une certaine manière j'ai repris une série de ces responsabilités parce que je voulais en fait avoir un peu plus de poids dans la balance et dans la façon dont c'était géré.

Même si voilà on a on n'a pas mis de mot clair sur ma fonction et en fait il y a toujours pas de mot très clair sur ma fonction ici. C'est-à-dire que j'ai débarqué j'ai repris ce que je pouvais faire j'ai essayé de créer des choses voilà je suis infirmière responsable et donc qu'est-ce que ça veut exactement ?

Voilà ça va être bien pour moi aussi de clarifier mon rôle avec l'arrivée de la seconde et de clarifier mon rôle de manière générale de toute façon.