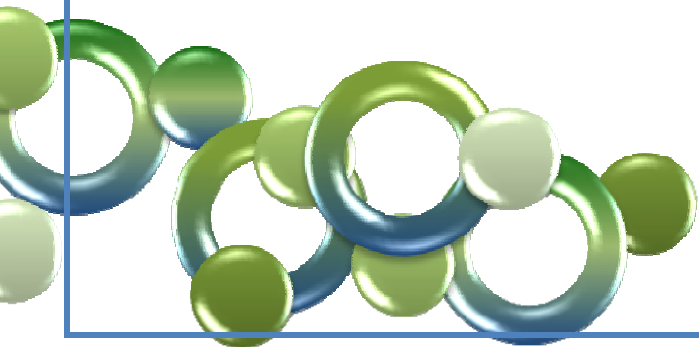


Effets de l'interdisciplinarité dans les cliniques ambulatoires de cancérologie

Rapport de recherche

**Danièle Roberge
Dominique Tremblay
Nassera Touati
Elizabeth Maunsell
Dr Jean Latreille
Linda Cazale
Djamal Berbiche**

Mars 2014



Chercheuses principales :

Danièle Roberge, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne
daniele.roberge@usherbrooke.ca

Dominique Tremblay, Inf. Ph. D.

Université de Sherbrooke, Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne
dominique.tremblay2@usherbrooke.ca

Cochercheurs :

Nassera Touati, Ph. D.

École nationale d'administration publique

Elizabeth Maunsell, Ph. D.

Université Laval

Dr Jean Latreille, MDCM, FRCPC,

Université de Sherbrooke, Centre intégré de cancérologie de la Montérégie

Linda Cazale, Ph. D.

Institut de la statistique du Québec

Djamal Berbiche, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

REMERCIEMENTS

De prime abord, nous tenons à remercier les patients pour avoir généreusement consacré de leur temps afin de répondre au questionnaire de cette étude. Leur participation représente la pierre angulaire de la réussite du projet. Nous tenons également à remercier les professionnels et les gestionnaires de la clinique qui ont fait preuve d'ouverture et de collaboration tout au long du projet. Cette recherche n'aurait pu se concrétiser sans le travail considérable des responsables locaux des cliniques ambulatoires de cancérologie participantes et des personnes qui ont contribué au recrutement. Leur rigueur et leur minutie dans la collecte de données nous ont permis de rejoindre un maximum de patients et d'obtenir un taux de réponse remarquable. Enfin, nous tenons à souligner l'excellente contribution des membres de l'équipe à la réalisation de ce projet : Marie-Ève Carle, Marie-Ève Turgeon, Ouahiba Djouder et Dolorès Beaudry.

Cette étude a été rendue possible grâce à l'appui financier de :

Institut de recherche de la Société canadienne du cancer
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les conclusions et principaux messages sont ceux des auteurs.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source. Une copie du rapport est disponible aux sites suivants :

<http://www.santemonteregie.qc.ca/champlaincharleslemoyne/documentation/liste/index.fr.html> et <http://www.crhclm.ca>

DÉPÔT LÉGAL □ 1^{er} TRIMESTRE 2014

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES DU CANADA

ISBN : 978-2-923595-20-7 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-923595-21-4 (VERSION PDF)

© Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE | 1 |
| PRINCIPAUX MESSAGES..... | 2 |
| INTRODUCTION | 4 |
| BUT DE L'ÉTUDE | 4 |
| MÉTHODOLOGIE..... | 4 |
| RÉSULTATS..... | 6 |
| PREMIÈRE PARTIE : Résultats descriptifs de l'expérience de soins des patients et de l'expérience de travail des professionnels..... | 6 |
| DEUXIÈME PARTIE :Intensité de l'interdisciplinarité dans les équipes locales participantes | 8 |
| TROISIÈME PARTIE : Effets de l'interdisciplinarité | 9 |
| FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE..... | 11 |
| CONCLUSION..... | 12 |
| RÉFÉRENCES | 13 |

ANNEXE A - LISTE DES TABLEAUX

Tableau A.1 – Caractéristiques des patients (N=1379)

Tableau A.2 – Caractéristiques des professionnels (N=155)

Tableau A.3 – Scores moyens et Erreur-Type (E.T.) des perceptions des patients et des professionnels de l'expérience de soins dans la clinique de cancérologie

Tableau A.4 – Scores moyens et écart-type (e.t.) des perceptions des patients de la capacité d'autosoins et des résultats des soins

Tableau A.5 – Scores moyens et écart-type (e.t.) des attitudes des professionnels en regard du travail en interdisciplinarité

Tableau A.6 – Scores moyens et écart-type (e.t.) des perceptions des professionnels de leur expérience de travail en interdisciplinarité

Tableau A.7 – Caractéristiques des patients et des sites associés à une perception positive de l'expérience de soins et des autosoins

Tableau A.8 – Comparaisons des scores moyens et écart-type (e.t.) des attitudes et des perceptions des professionnels en regard du travail en équipe selon leurs caractéristiques individuelles et celles des sites

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est d'évaluer les effets de l'intensité du travail en interdisciplinarité sur l'expérience de soins des personnes atteintes de cancer et sur l'expérience de travail des professionnels œuvrant dans les équipes locales de cancérologie.

L'étude s'est déroulée dans 15 % (n=9) des cliniques ambulatoires de cancérologie au Québec. Les cliniques diffèrent quant au niveau d'interdisciplinarité (plus élevé, moins élevé) prévalant au sein des équipes. Le niveau d'interdisciplinarité a été établi à l'aide d'une mesure normative caractérisant divers aspects de la structure et des processus des équipes. Les effets de l'interdisciplinarité ont été documentés par le biais d'une enquête par questionnaires autoadministrés entre novembre 2010 et octobre 2011 auprès de 1 379 patients traités et suivis dans les cliniques participantes et de 155 professionnels. Des analyses de régression logistique multivariée ont été utilisées pour apprécier les effets du niveau d'interdisciplinarité sur la perception des patients de l'expérience de soins en contrôlant pour les caractéristiques des patients et des sites. Des techniques d'analyses bivariées non paramétriques ont été utilisées pour estimer les effets sur l'expérience de travail des professionnels.

Les résultats montrent que le niveau d'interdisciplinarité des équipes a un impact modéré sur certains des aspects de l'expérience de soins des patients, mais l'étude n'est pas concluante quant à son influence sur les attitudes et l'expérience de travail interdisciplinaire des professionnels. Par ailleurs, l'expérience de soins des patients dans les cliniques ambulatoires de cancérologie est en général évaluée plutôt positivement par les patients et par les professionnels. Certains aspects le sont moins et mériteraient une attention de la part des équipes. Enfin, l'interdisciplinarité est vue comme une expérience de travail plutôt positive par les professionnels.

PRINCIPAUX MESSAGES

La conduite de cette étude, les données probantes sur l'interdisciplinarité et les discussions que nous avons eues avec les gestionnaires et les cliniciens ayant participé à une journée d'échanges sur les résultats nous amènent à tirer les leçons suivantes :

Effets de l'intensité du travail en interdisciplinarité

- Globalement, patients et professionnels évaluent positivement plusieurs aspects des soins et les services offerts dans les cliniques ambulatoires de oncologie. Les résultats de l'étude montrent que l'intensité du travail en interdisciplinarité a un impact modéré sur l'expérience de soins des patients et sur leur capacité d'autosoins.
- Cette étude ne permet toutefois pas de conclure quant à l'impact de l'intensité de l'interdisciplinarité sur les attitudes et les perceptions des professionnels de l'expérience de travail en équipe. Ce résultat peut être attribuable, du moins en partie, à la petite taille de l'échantillon des professionnels qui ont participé à cette étude.
- Il importe de souligner que certaines caractéristiques des sites contribuent à une perception plus positive de l'expérience de soins des patients et de leur capacité d'autosoins. Ce sont le mandat local et la taille (grande) de l'équipe de même que la localisation de la clinique en milieu rural et semi-rural.

Expérience de soins des patients dans les cliniques ambulatoires de oncologie

- La communication, la continuité et les soins centrés sur la personne sont les aspects de l'expérience de soins qui sont évalués les plus favorablement par les patients et par les professionnels. Ces résultats semblent être le reflet des efforts consentis ces dernières années aux niveaux national et local pour promouvoir auprès de l'ensemble des équipes au Québec une vision partagée des valeurs qui sous-tendent le travail en interdisciplinarité, à savoir une approche centrée sur la diversité des besoins de la personne et sur la coordination des soins.
- La promptitude des soins est un des aspects de l'expérience de soins évalué le moins favorablement par les patients et par les professionnels. Il s'agit de la capacité pour les patients de voir ou de parler à un professionnel de la clinique à divers moments de la journée et de la semaine ainsi que le temps d'attente lors des rendez-vous à la clinique ambulatoire de oncologie. Les résultats montrent que les problèmes d'accès en temps opportun persistent toujours, bien que ceux-ci soient dénoncés depuis plusieurs années. Les solutions pour résoudre ces problèmes ne font pas nécessairement appel à des ajouts de nouvelles ressources, mais plutôt à des ajustements organisationnels¹. La mise en place de services d'appels téléphoniques à l'hôpital le soir et les fins de semaine est une avenue à privilégier². De même, une révision des processus cliniques pour les patients traités en chimiothérapie réduirait de manière significative les temps d'attente. Par exemple, l'évaluation systématique de l'intégrité des accès veineux avant l'administration de la chimiothérapie et le recours à des technologies de l'information pour améliorer la communication entre le service ambulatoire et la pharmacie (transfert des requêtes, planification des traitements) semblent réduire significativement les temps d'attente³.

- Les perceptions des patients de la continuité de l'information entre la clinique de cancérologie et le médecin de famille varient de manière importante selon les sites. En effet, les patients traités et suivis dans des cliniques localisées en milieu urbain ont une opinion moins favorable de cet aspect de leur expérience de soins. De plus, nos données montrent que la proportion de patients sans médecin de famille est plus élevée en milieu urbain qu'en milieux semi-rural et rural. Tel que le suggère le récent Plan directeur en cancérologie ⁴, il est nécessaire d'organiser les liens formels entre les centres hospitaliers et les médecins de famille. Pour ce faire, la communication du plan de traitement et de l'évolution du cancer au médecin de famille devrait être systématique. Dans le cas où le patient n'a pas de médecin de famille, l'inscription aux guichets d'accès pour les clientèles orphelines devrait être préconisée.
- La possibilité de participer aux décisions concernant les soins, traitements et examens est aussi un aspect évalué moins favorablement par les patients. Plusieurs conviennent que la mise sur pied d'activités éducatives pour les patients et le recours à des outils d'aide à la décision peuvent contribuer à une expérience de soins plus positive pour les patients désireux d'être davantage impliqués ⁵.

Attitudes et expérience du travail en interdisciplinarité des professionnels

- En général, les professionnels montrent une attitude favorable en regard de l'interdisciplinarité et apprécient positivement la plupart des aspects de leur expérience de travail en équipe (ex : cohésion au sein de l'équipe, résultats de l'équipe et satisfaction).
- Les professionnels ont toutefois une perception moins favorable du fonctionnement de l'équipe, particulièrement en ce qui concerne les moyens utilisés au sein de l'équipe pour résoudre les conflits. Le travail en interdisciplinarité est un processus d'apprentissage et d'adaptation exigeant particulièrement dans un environnement où la demande et l'offre de services sont en tension croissante. Comme déclarent certains auteurs, un tel contexte soulève la « délicate question du soutien à ceux qui soutiennent » ⁶. La tenue de réunions, complémentaires aux réunions cliniques, semble une avenue prometteuse. Par exemple, la réunion administrative en présence du gestionnaire de proximité permettrait d'adresser les enjeux liés à l'organisation du travail, d'orchestrer les rôles spécifiques et de s'entendre sur les zones d'intervention partagée. La réunion de codéveloppement offrirait quant à elle, une opportunité pour dénouer des impasses entourant la gestion de conflit difficile à réaliser à même les activités cliniques courantes.

Il existe plusieurs aspects à explorer quant au lien entre le travail en équipe interdisciplinaire en cancérologie, l'expérience de soins des personnes atteintes de cancer et l'expérience de travail des professionnels de la santé. Des approches qualitatives sont notamment à privilégier. On retient toutefois que la complexité des besoins évolutifs des personnes atteintes exige d'optimiser la contribution de chaque professionnel impliqué dans le parcours de soins. L'interdisciplinarité ne se prescrit pas. Il faut se l'approprier, et ce, avec du soutien et des ressources qui y sont consacrés.

INTRODUCTION

Cette étude s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)⁷. En 1997, le Québec s'est doté de cette politique dans l'optique, notamment, d'assurer des soins et des services de qualité et en temps opportun dans le contexte de la constante augmentation du nombre de personnes atteintes de cancer. Le travail en équipe interdisciplinaire est un des éléments clés de la transformation des services de lutte contre le cancer au Québec. La littérature suggère certains bénéfices du travail en interdisciplinarité pour les patients et pour les professionnels. Toutefois, on dispose de peu de données probantes quant aux effets du modèle d'équipes interdisciplinaires en oncologie qui est privilégié au Québec et ailleurs au Canada. Selon ce modèle, le fonctionnement des équipes repose sur la synergie de professionnels de diverses disciplines (infirmières, médecins, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) pour la prestation de soins et de services centrés sur l'ensemble des besoins de la personne atteinte de cancer⁸.

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de l'étude est d'évaluer les effets du travail en interdisciplinarité sur l'expérience de soins des personnes atteintes de cancer et sur l'expérience de travail des professionnels œuvrant dans les équipes locales de oncologie. Par expérience de soins, on entend la somme des perceptions, des attentes et des interactions liées à l'état de santé et aux soins d'une personne tout au long du parcours du cancer (traduction libre, p. 7)⁹. Le lecteur désireux d'obtenir de l'information plus détaillée sur le devis de l'étude est invité à consulter le protocole sur le site internet suivant : (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/144>)¹⁰.

Le rapport est structuré de la manière suivante. D'abord, il présente un bref résumé de la méthodologie utilisée dans le cadre de la présente étude. Viennent ensuite les résultats de l'étude qui sont présentés en trois parties. La première rapporte les résultats descriptifs de la perception qu'ont les patients de leur expérience de soins dans les cliniques ambulatoires de oncologie et de la perception des professionnels de leur expérience de travail en équipe interdisciplinaire. La seconde partie décrit le niveau d'interdisciplinarité dans les équipes participantes à l'étude. La troisième partie rapporte les résultats des analyses des effets de l'interdisciplinarité.

MÉTHODOLOGIE

Toutes les équipes au Québec ont été encouragées à développer l'interdisciplinarité. Devant l'impossibilité de réaliser un devis expérimental, l'approche utilisée consiste à comparer les effets selon deux niveaux d'intensité d'interdisciplinarité : plus élevé, moins élevé. L'étude s'est déroulée dans 15 % (n=9) des cliniques ambulatoires de oncologie au Québec réparties dans sept régions sociosanitaires. Les cliniques diffèrent quant à leur niveau d'interdisciplinarité (plus élevé, moins élevé) à la localisation géographique (urbaine, semi-urbaine ou rurale), au mandat de l'équipe (local ou régional), à la taille de l'équipe interdisciplinaire (petite ou grande) et à l'affiliation académique (universitaire vs non universitaire) de l'établissement.

En se basant sur les données probantes, la Politique québécoise de lutte contre le cancer (PQLC) et sur les avis d'experts consultés, cinq dimensions (totalisant 13 items) relatives à la structure (composition de l'équipe, leadership, réunion d'équipe) et au processus (mécanismes de coordination, recours à des processus d'amélioration de la qualité) des équipes ont été retenues afin d'établir une mesure normative du niveau d'interdisciplinarité. Les informations permettant d'établir le niveau d'interdisciplinarité ont été d'abord documentées à l'aide des bases de données ministérielles (matrices d'évaluation des équipes et GestRed), puis mises à jour au début de l'étude auprès des gestionnaires responsables des équipes participantes. Les scores de niveau d'interdisciplinarité varient sur une échelle de 0 à 10.

Au total, 1 379 patients (taux de réponse = 80 %) et des 155 professionnels (taux de réponse = 67 %) ont été recrutés. Pour participer, les patients devaient être âgés de 18 ans et plus, avoir un diagnostic connu de cancer et avoir fréquenté la clinique externe de cancérologie au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les professionnels devaient pour leur part travailler à la clinique de cancérologie sur une base régulière depuis au moins trois mois. Les effets de l'interdisciplinarité ont été documentés par le biais d'une enquête par questionnaires autoadministrés entre novembre 2010 et octobre 2011.

Le questionnaire adressé aux patients portait d'une part sur leurs perceptions de divers aspects de leur expérience de soins à la clinique de cancérologie. Les aspects documentés sont la promptitude des soins (4 items), la communication (5 items), les soins centrés sur la personne (5 items) et la qualité de l'environnement physique (5 items). Ces aspects adaptés pour la clientèle atteinte de cancer proviennent du « *WHO Responsiveness Instrument* »¹¹. Les autres aspects réfèrent à la continuité (9 items) et aux résultats des soins perçus par les patients (5 items). Ils sont adaptés de mesures d'expérience de soins en première ligne au Québec^{12,13}. Le questionnaire portait aussi sur divers aspects de la capacité d'autosoins¹⁴ à savoir, sur la perception des patients de leur état émotionnel (6 items), de leurs habiletés à surveiller leur état de santé (6 items), à gérer leur maladie (4 items) et à naviguer dans le système de santé (5 items).

Le questionnaire adressé aux professionnels portait sur leurs attitudes et perceptions en regard de divers aspects du travail en interdisciplinarité. Les questions relatives aux attitudes des professionnels sont issues de l'instrument « *Attitudes toward Health Care Teams Scale* »¹⁵ et elles portent sur les aspects suivants du travail en équipe : la qualité des processus de soins réalisés en interdisciplinarité (13 items), la centralité médicale au sein de l'équipe (5 items) et la diversité de la composition de l'équipe (4 items). Les perceptions du travail en équipe dans leur milieu proviennent de différents instruments de mesure et elles portaient sur les aspects suivants : le fonctionnement de l'équipe (12 items)¹⁶, la cohésion au sein de l'équipe (6 items)¹⁷, la satisfaction en regard du travail en équipe (3 items)¹⁸ et les perceptions des professionnels des résultats de l'équipe (5 items)¹⁹. Enfin, le questionnaire visait à documenter la perception des professionnels de l'expérience de soins des patients à la clinique de cancérologie. Cette section du questionnaire comprenait essentiellement les mêmes questions que celles adressées aux patients, mais elles étaient adaptées aux professionnels.

RÉSULTATS

PREMIÈRE PARTIE : Résultats descriptifs de l'expérience de soins des patients et de l'expérience de travail des professionnels

Les données décrivant les caractéristiques des patients et des professionnels ayant participé à l'étude sont présentés aux tableaux A.1 et A.2 à l'annexe A.

Expérience de soins dans les cliniques de cancérologie : la perspective des patients et des professionnels

Cette étude a permis de comparer les perspectives des patients et des professionnels de l'expérience de soins des patients dans les cliniques ambulatoires de cancérologie. Le lecteur trouvera au tableau A.3 (annexe A) les comparaisons des scores moyens des perceptions des patients et des professionnels²⁰. Voici les principaux constats :

Les patients ont en général une perception positive de leur expérience de soins dans les cliniques ambulatoires de cancérologie au Québec. Les aspects évalués les plus favorablement sont la continuité des soins et la qualité de l'environnement physique suivies de la communication avec les professionnels et des soins centrés sur la personne.

Un des aspects évalués le moins favorablement réfère à la promptitude des soins et des services à savoir la perception qu'ont les patients de la possibilité de contacter ou de voir un professionnel de l'équipe en cas de besoin à différents moments de la journée et selon les jours de la semaine de même que leur perception du temps passé dans la salle d'attente avant leur consultation. La possibilité de participer aux décisions concernant les soins, traitements et examens cliniques, de même que le transfert de l'information clinique au médecin de famille constituent les autres aspects évalués moins positivement par les patients.

Les professionnels ont aussi une perception plutôt positive de l'expérience de soins des patients dans les cliniques ambulatoires de cancérologie. Toutefois, les professionnels tendent à être plus critiques que les patients sur la plupart des aspects évalués.

Les évaluations des professionnels montrent que ceux-ci partagent une vision relativement similaire à celle des patients. Eux aussi ont une perception plutôt positive de la continuité des soins, de la communication et des soins centrés sur la personne et ils partagent une vision moins favorable de la promptitude des soins pour les patients.

Perceptions des patients de leur capacité d'autosoins et des résultats des soins

Le tableau A.4 (annexe A) présente les scores moyens des perceptions des patients de l'autosoin et des résultats des soins. On constate que :

Les patients ont une perception assez positive de leurs connaissances et habiletés acquises à la suite des interventions des membres de l'équipe pour surveiller leur état de santé, gérer leur maladie et naviguer dans le système de santé.

L'état émotionnel des patients est l'aspect évalué le moins favorablement par eux. Les patients ont en effet fréquemment rapporté des sentiments de colère, de désespoir, de dépression en lien avec leur cancer.

Les résultats montrent que les patients ont une opinion très positive des résultats des services reçus à la clinique, particulièrement en ce qui concerne ceux visant à les encourager à suivre leur traitement et à répondre à leurs besoins. Les répondants jugent un peu moins favorablement la capacité des services reçus à aider les patients à gérer leurs émotions et leur stress en regard de la maladie.

Attitudes et perceptions des professionnels du travail en équipe interdisciplinaire

Les scores moyens des attitudes et des perceptions des professionnels en regard de l'interdisciplinarité sont décrits aux tableaux A.5 et A.6 (annexe A). Les résultats montrent que :

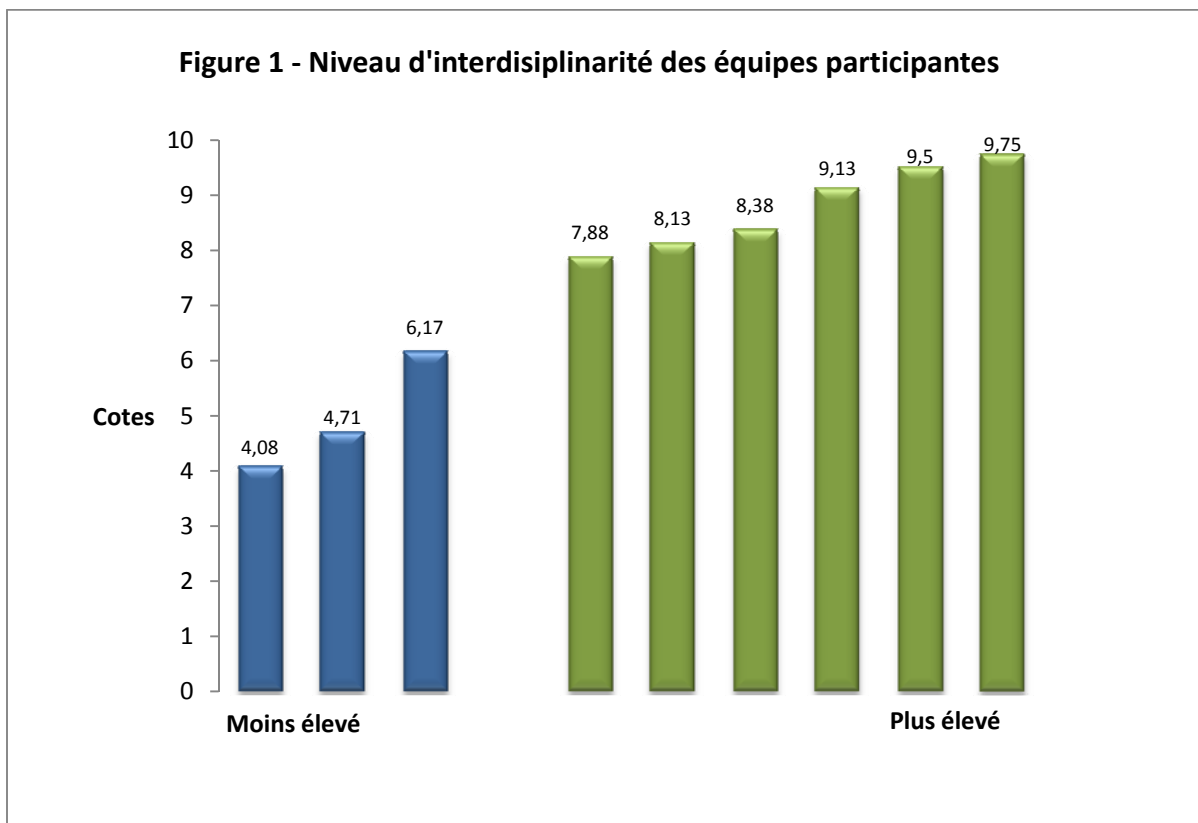
Les professionnels ont une attitude assez positive de la qualité des processus de soins réalisés en équipe, et de la diversité de l'équipe (tableau A.5, annexe A). Ils ont toutefois une attitude moins favorable en regard de la centralité médicale au sein de l'équipe notamment en ce qui concerne le rôle et la responsabilité des médecins au sein de l'équipe.

Les professionnels ont une opinion relativement positive des résultats et de la cohésion de l'équipe et semblent aussi relativement satisfaits du travail en interdisciplinarité (tableau A.6, annexe A). Ils ont en général une perception moins favorable du fonctionnement de l'équipe, notamment en ce qui concerne les moyens utilisés au sein de l'équipe pour résoudre les conflits lorsque ceux-ci surviennent.



DEUXIÈME PARTIE : Intensité de l'interdisciplinarité dans les équipes locales participantes

La figure 1 présente le niveau d'interdisciplinarité qui prévalait au sein des équipes participantes en 2011.



Les résultats montrent que le score variait de 4,08 à 9,75. Rappelons que dans le cadre de cette étude, il s'agissait d'identifier dans quelle mesure le niveau d'interdisciplinarité des équipes fait une différence sur l'expérience de soins des patients et sur l'expérience de travail des professionnels. Ainsi, sur la base des données empiriques obtenus, deux niveaux d'interdisciplinarité ont été retenus : plus élevé (scores allant de 7,88 à 9,75) et moins élevé (scores variant de 4,08 à 6,17).

Un examen détaillé des scores d'intensité de l'interdisciplinarité des équipes réalisé par ailleurs, montre que toutes les équipes participantes ont d'abord mis sur le déploiement d'éléments structurels (ex : composition de l'équipe, leadership clinique et administratif, réunions cliniques) pour mettre en place le travail en interdisciplinarité. Les équipes où le niveau d'interdisciplinarité est plus élevé se distinguent par l'appropriation au fil du temps de divers outils et mécanismes de coordination des professionnels et par le recours à des stratégies d'amélioration continue de la qualité.

TROISIÈME PARTIE : Effets de l'interdisciplinarité

Le tableau 1, ci-après, présente les résultats des analyses de régression logistique multivariée de l'influence de l'intensité de l'interdisciplinarité sur les perceptions des patients de leur expérience de soins et de la capacité d'autosoins en contrôlant pour les caractéristiques des patients et des sites.

Tableau 1 – Niveau d'interdisciplinarité associé à une perspective très positive de l'expérience de soins et de la capacité d'autosoins^a

| | RC | [IC95 %] |
|-------------------------------|-------|---------------|
| Expérience de soins | | |
| Promptitude | 3,99* | [1,89 - 8,41] |
| Communication | 2,37* | [1,25 - 4,51] |
| Environnement | 0,66 | [1,31 - 1,37] |
| Soins centrés sur la personne | 2,11* | [1,05 - 4,24] |
| Continuité | 2,18* | [1,07 - 4,45] |
| Résultats des soins | 1,31 | [0,68 - 2,52] |
| Capacité d'autosoins | | |
| Monitoring | 2,38* | [1,29 - 4,38] |
| Habilités | 1,91* | [1,03 - 3,55] |
| Navigation | 1,58 | [0,86 - 2,89] |

^a Les résultats montrent les ratios de cotes (RC) et les intervalles de confiance [IC] à 95 % en contrôlant pour les caractéristiques des patients et des sites. Un ratio de cote de 3,99 signifie que les patients suivis par une équipe où l'interdisciplinarité est élevée, ont 3,99 fois plus de chances d'avoir une opinion très positive de la promptitude.

* p < 0,05

Ces résultats peuvent être interprétés de la manière suivante. Dans les milieux où l'interdisciplinarité est élevée, les patients tendent à avoir une opinion très positive de la promptitude des soins, de la qualité de la communication avec les professionnels, des soins centrés sur la personne et de la continuité des soins. L'intensité de l'interdisciplinarité ne semble pas associée à la perception que les patients ont de la qualité de l'environnement dans la clinique ni à leur perception des résultats des soins.

De même, dans les milieux où l'interdisciplinarité est élevée, les patients tendent à avoir une opinion très positive de leurs connaissances et habiletés pour surveiller leur état de santé et pour gérer leur maladie. L'intensité de l'interdisciplinarité ne semble pas associée à la perception que les patients ont de leur capacité à naviguer dans le système de santé.

Les analyses montrent aussi que certaines caractéristiques des patients et des sites influencent la perception de l'expérience et de la capacité d'autosoins (tableau A.7, annexe A). En effet, les personnes en bonne santé, celles ayant une perception positive de leur état émotionnel, les personnes plus âgées et moins scolarisées tendent à avoir une opinion plus positive de leur expérience de soins et de leur capacité d'autosoins. Il en est de même pour les patients suivis par des équipes ayant un mandat local, de plus grande taille et localisées en milieu rural et semi-rural.

Sont maintenant présentés les effets du niveau d'interdisciplinarité chez les professionnels. La taille réduite de l'échantillon des professionnels (n=155) qui ont participé à cette étude a conduit à recourir à des méthodes d'analyses bivariées non paramétriques des effets du niveau d'interdisciplinarité. Le tableau 2 ci-après présente les résultats de ces analyses. Il compare les scores moyens des attitudes et des perceptions des professionnels en regard du travail en équipe selon les niveaux d'interdisciplinarité retenus (plus élevé, moins élevé).

Tableau 2 – Comparaison des scores moyens et écart-type (e.t.) des attitudes et des perceptions des professionnels en regard du travail en équipe selon le niveau d'interdisciplinarité ^a

| | Niveau plus élevé Score moyen (e.t.) | Niveau moins élevé Score moyen (e.t.) |
|---------------------------------|---|--|
| Attitudes ^b | | |
| Qualité des soins | 5,12 (0,51) | 5,02 (0,60) |
| Centralité médicale | 3,49 (1,07) | 3,41 (1,14) |
| Diversité de l'équipe | 4,06 (0,97) | 4,15 (0,96) |
| Perceptions ^c | | |
| Fonctionnement de l'équipe | 3,86 (0,57) | 3,82 (0,55) |
| Cohésion de l'équipe | 4,23 (0,67) | 4,26 (0,51) |
| Résultats de l'équipe | 4,40 (0,54) | 4,33 (0,52) |
| Satisfaction | 4,21 (0,73) | 4,16 (0,73) |

^a Tests de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis utilisés pour analyser les associations entre le niveau d'interdisciplinarité et les scores moyens d'attitudes et de perceptions.

* $p < 0,05$

^b Score maximal = 6

^c Score maximal = 5

Les résultats montrent que les attitudes et les perceptions des professionnels ne semblent pas différents quel que soit le niveau d'interdisciplinarité. En effet, aucune différence significative n'est observée entre les scores moyens des diverses sous-échelles d'attitudes et de perceptions et le niveau d'interdisciplinarité.

Des analyses, il ressort aussi que certaines caractéristiques des professionnels et des sites influencent les attitudes et la perception des professionnels en regard du travail en interdisciplinarité (tableau A.8, annexe A). Ces résultats suggèrent notamment que les professionnels ayant complété des études universitaires, ceux ayant reçu une formation à l'interdisciplinarité et ceux déclarant se sentir bousculés dans leur travail tendent à avoir une attitude et des perceptions moins favorables en regard de certains aspects du travail en équipe. Les résultats sont toutefois peu concluants quant aux associations entre des caractéristiques des sites et les attitudes et les perceptions des professionnels.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

À notre connaissance, cette étude est la première à apprécier les effets de l'intensité de l'interdisciplinarité selon une double perspective, celle des patients et celle des professionnels tout en se penchant simultanément sur plusieurs aspects de l'expérience de soins des patients et de l'expérience de travail en interdisciplinarité vécue par les professionnels. Nous sommes relativement confiants quant aux conclusions de cette étude en ce qui concerne les associations entre le niveau d'interdisciplinarité et les perceptions des patients de divers aspects de leur expérience de soins et de leur capacité d'autosoins pour les raisons suivantes. D'abord, la mesure d'intensité de l'interdisciplinarité développée dans le cadre de cette étude affiche une bonne validité de contenu et la fiabilité du score d'interdisciplinarité a été assurée par une mise à jour des données auprès de chacune des équipes au début de l'étude. En second lieu, l'expérience de soins des patients et leur capacité d'autosoins ont été mesurées à l'aide d'outils affichant une bonne validité et fiabilité. Enfin, nous avons eu recours à une technique d'analyse permettant d'apprécier l'effet de l'intensité de l'interdisciplinarité en contrôlant pour un ensemble de caractéristiques individuelles et organisationnelles connues pour être associées aux perceptions des patients.

Cette étude ne peut conclure quant aux liens entre l'intensité de l'interdisciplinarité et les perceptions des professionnels de leur expérience de travail interdisciplinaire. Ceci peut être attribuable, du moins en partie, à la taille d'échantillon relativement limité de professionnels, et à l'utilisation d'outils de mesure de l'expérience de travail en équipe qui sont génériques, mais non spécifiques au modèle d'interdisciplinarité en oncologie préconisé au Québec.

Enfin, nous sommes relativement confiants quant à la généralisation des résultats descriptifs de l'expérience de soins des patients et de l'expérience de travail des professionnels à des contextes similaires compte tenu des taux de réponse élevés et de la participation de cliniques affichant des caractéristiques organisationnelles diversifiées. Bien que le recrutement des patients s'appuyait sur des critères de sélection explicites, il est possible que des personnes « plus satisfaites » des soins et services reçus aient été sollicités pour participer. Ceci a peut-être contribué aux opinions très positives obtenues. Nous croyons cependant que les scores des professionnels ont été moins affectés par un possible de biais de sélection, leur participation n'ayant pas été sollicité par les questionnaires des équipes.

CONCLUSION

Le niveau d'interdisciplinarité des équipes a un impact modéré sur certains des aspects de l'expérience de soins des patients. Cependant, l'étude n'est pas concluante quant à son influence sur les attitudes et l'expérience de travail interdisciplinaire des professionnels. Indépendamment du niveau d'interdisciplinarité qui prévaut plusieurs aspects de l'expérience de soins dans les cliniques ambulatoires de cancérologie au Québec sont évalués positivement par les patients et les professionnels. D'autres le sont moins et méritent une attention de la part des équipes. Les résultats montrent que les professionnels ont en général des attitudes et des perceptions assez favorables en regard du travail en interdisciplinarité. La résolution des conflits semble un maillon plus faible du travail interdisciplinaire.



RÉFÉRENCES

1. Baker, C. et Schwartz, F. (2005). Innovation and access to cancer care services in Ontario. *Healthcare Quarterly*. 8(3).
2. National Institute for Clinical Excellence (2004). Guidance on cancer services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer [Retrouvé le 10 janvier 2004]. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>.
3. Kallen, M. A., Terrell, J. A., Lewis-Patterson, P. et Hwang, J. P. (2012). Improving wait time for chemotherapy in an outpatient clinic at a comprehensive cancer center. *Journal of Oncology Practice*. 8(1), e1-e7.
4. Ministère De La Santé Et Des Services Sociaux (2013). Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan directeur en cancérologie. [Retrouvé le 10 janvier 2013]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>.
5. Stacey, D., Samant, R. et Bennett, C. (2008). Decision making in oncology: a review of patient decision aids to support patient participation. *A Cancer Journal for Clinicians*. 58(5), 293-304.
6. Gagnier, J.-P. et Roy, L. (2013). Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*. 1(50), 85-104.
7. Ministère De La Santé Et Des Services Sociaux (1997). Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. [Retrouvé le 10 Janvier 1997]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>.
8. Ministère De La Santé Et Des Services Sociaux (2005). Les équipes interdisciplinaires en oncologie. Avis publiés par la Direction de la lutte contre le cancer. [Retrouvé le 10 janvier 2005]. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=e899a549fb5483bca704b9f28a7e03ec.
9. Canadian Partnership against Cancer (2012). Pan-Canadian patient experience measurement framework. [Retrouvé le 10 janvier 2012]. <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/Patient-Exp-Measurement-Framework-Dec2012.pdf>.
10. Tremblay, D., et al. (2011). Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care. *BMC Health Services Research* 11, DOI: 10.1186/1472-6963-11-144, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-144.pdf>.

11. Valentine, N. B., et al. (2003) Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization, in *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, C. J. L. Murray and D. B. Evans, Editors., World Health Organization: Geneva. pp. 573-596.
12. Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., Beaulieu, C. et Bréton, M. (2012). Validation of a generic measure of continuity of care: When patients encounter several clinicians. *The Annals of Family Medicine*. 10(5), 443-451.
13. Pineault, R., et al. (2005) Questionnaire populationnel; version utilisée pour l'enquête téléphonique auprès de la population. L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne. Projet financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS RC1-1091-05) Fondation Canadienne de recherche sur les services de santé.
14. Osborne, R. H., Elsworth, G. R. et Whitfield, K. (2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling*. 66(2), 192-210.
15. Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., Farrell, M. P. et Brallier, S. A. (1999). Development of an attitudes toward health care teams scale. *Evaluation & the Health Professions*. 22, 123-142.
16. Rousseau, V., Aubé, C. et Savoie, A. (2006). Le fonctionnement interne des équipes de travail: conception et mesure. *Revue canadienne des sciences du comportement*. 38, 120-135.
17. Teamkin-Greener, H., Gross, D., S.J., K. et D., M. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Medical Care*. 42(5), 472-481.
18. Vinokur-Kaplan, D. (1995). Treatment teams that work (and those that don't): An application of Hackman's group effectiveness model to interdisciplinary teams in psychiatric hospitals. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 31(3), 303-303.
19. Sicotte, C., D'amour, D. et Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science and Medicine*. 55, 991-1003.
20. Roberge, D., Tremblay, D., Turgeon, M. È. et Berbiche, D. (2013). Patients' and professionals' evaluations of quality of care in oncology outpatient clinics. *Supportive Care in Cancer*. 21(11), 2983-2990.

ANNEXE A

Tableau A.1 – Caractéristiques des patients (N=1379)

| Caractéristiques | % | (n ^a) |
|---|------|-------------------|
| Sexe | | |
| Femme | 61,9 | (845) |
| Homme | 38,1 | (520) |
| Âge | | |
| Âge moyen (écart-type) | 61,1 | (11,7) |
| Scolarité | | |
| Aucun diplôme | 18,3 | (246) |
| Secondaire/école de métier | 44,4 | (598) |
| Collège commercial/CÉGEP | 15,7 | (211) |
| Université | 21,6 | (291) |
| Type de cancer | | |
| Sein | 26,5 | (359) |
| Colorectal | 21,4 | (290) |
| Hématopoiétique | 15,9 | (216) |
| Bronco pulmonaire | 14,2 | (192) |
| Génital féminin | 4,6 | (62) |
| Autres | 17,5 | (238) |
| Délai depuis le diagnostic | | |
| < 1 an | 55,7 | (758) |
| ≥ 1 an et < 3 ans | 27,7 | (377) |
| ≥ 3 ans | 16,7 | (227) |
| Type de traitement | | |
| Chimiothérapie seule | 39,0 | (519) |
| Chimiothérapie combinée à un autre traitement | 49,1 | (653) |
| Autres traitements | 6,8 | (91) |
| Aucun traitement | 5,1 | (68) |

^a Le nombre total peut varier selon les caractéristiques à cause de données manquantes.

Tableau A.2 – Caractéristiques des professionnels (N=155)

| Caractéristiques | % | (n^a) |
|---|----------|------------------------|
| Sexe | | |
| Femme | 81,9 | (127) |
| Homme | 18,1 | (28) |
| Âge | | |
| Moyenne (e.t.) | 44,7 | (10.5) |
| Type de profession | | |
| Infirmière | 56,8 | (84) |
| Médecin | 20,3 | (30) |
| Autres | 23,0 | (34) |
| Expérience (en années) en cancérologie | | |
| < 3 | 23,4 | (36) |
| 3 - 4 | 15,6 | (24) |
| 5 - 9 | 27,3 | (42) |
| 10 et + | 33,8 | (52) |

^a Le nombre total peut varier selon les caractéristiques à cause de données manquantes.

Tableau A.3 – Scores moyens et Erreur-Type (E.T.) des perceptions des patients et des professionnels de l'expérience de soins dans la clinique de cancérologie

| No item | Question : Au cours des 12 derniers mois | Patients | Professionnels | t | p |
|--|--|--------------------|--------------------|--------------|------------------|
| | | Score moyen (E.T.) | Score moyen (E.T.) | | |
| PROMPTITUDE | | 3,34 (0,02) | 3,16 (0,05) | 3,25 | 0,001 |
| 1 | Le jour durant la semaine, il est possible de joindre au téléphone un professionnel de la clinique de cancérologie en cas de besoin | 3,65 (0,02) | 3,88 (0,05) | -4,12 | <0,001 |
| 2 | Le jour durant la semaine, il est possible d'être vu à la clinique de cancérologie la journée même en cas d'urgence et de complications | 3,50 (0,03) | 3,00 (0,12) | 4,09 | <0,001 |
| 3 | Le soir, la nuit et la fin de semaine, il est possible de joindre par téléphone un professionnel de l'hôpital en cas d'urgence ou de complications | 3,25 (0,04) | 2,78 (0,20) | 2,26 | 0,024 |
| 4 | À cette clinique, le temps passé à la salle d'attente avant une consultation est raisonnable | 3,04 (0,03) | 2,77 (0,25) | 1,07 | 0,283 |
| SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE | | 3,66 (0,01) | 3,51 (0,04) | 3,31 | 0,001 |
| 5 | Les professionnels vous ont donné l'information dont vous aviez besoin dans un délai que vous jugez raisonnable compte tenu de votre santé | 3,68 (0,02) | 3,48 (0,06) | 3,23 | 0,001 |
| 6 | Les professionnels vous ont demandé votre consentement avant de commencer un traitement ou un examen | 3,68 (0,02) | 3,66 (0,08) | 0,14 | 0,885 |
| 7 | Les professionnels se sont préoccupés de l'ensemble de vos besoins | 3,76 (0,01) | 3,53 (0,03) | 6,17 | <0,001 |
| 8 | La confidentialité de vos informations personnelles a été respectée | 3,80 (0,02) | 3,54 (0,06) | 4,44 | <0,001 |
| 9 | Vos proches ont été encouragés à être présents autant que vous le souhaitez lors des examens, des traitements ou d'une hospitalisation | 3,66 (0,02) | 3,56 (0,17) | 0,58 | 0,564 |
| COMMUNICATION AVEC LES PROFESSIONNELS | | 3,65 (0,01) | 3,42 (0,04) | 5,27 | <0,001 |
| 10 | Les professionnels vous ont écouté avec attention | 3,76 (0,01) | 3,59 (0,08) | 1,98 | 0,048 |
| 11 | Les professionnels vous ont donné des explications simples et faciles à comprendre | 3,70 (0,02) | 3,51 (0,07) | 2,79 | 0,005 |
| 12 | Les professionnels vous ont laissé assez de temps pour poser toutes vos questions à propos de votre maladie et de vos traitements | 3,67 (0,02) | 3,34 (0,10) | 3,27 | 0,001 |
| 13 | Les professionnels vous ont encouragé à participer autant que vous le souhaitez aux décisions concernant vos soins, vos traitements et vos examens | 3,49 (0,02) | 3,30 (0,06) | 2,75 | 0,006 |
| 14 | Les professionnels vous ont aidé à évaluer le pour et le contre pour les décisions concernant vos soins, vos traitements et vos examens | 3,45 (0,02) | 3,28 (0,21) | 0,84 | 0,404 |
| QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE | | 3,72 (0,01) | 3,21 (0,03) | 16,21 | <0,001 |
| 15 | Les professionnels vous ont écouté avec attention | 3,89 (0,01) | 3,86 (0,05) | 0,55 | 0,582 |
| 16 | La salle d'attente était confortable | 3,35 (0,02) | 2,60 (0,16) | 4,60 | <0,001 |
| 17 | Le personnel administratif vous a traité de manière respectueuse | 3,85 (0,01) | 3,60 (0,06) | 4,20 | <0,001 |
| 18 | Les examens et les traitements ont été faits de manière à respecter votre intimité physique | 3,87 (0,01) | 3,10 (0,05) | 14,92 | <0,001 |
| 19 | Vous avez été en mesure de parler en privé avec les professionnels de la clinique | 3,66 (0,02) | 2,96 (0,10) | 6,63 | <0,001 |
| CONTINUITÉ DES SOINS | | 3,75 (0,01) | 3,45 (0,02) | 11,28 | <0,001 |
| 20 | On a transmis les informations à votre médecin de famille concernant votre cancer et vos traitements | 3,35 (0,03) | 3,01 (0,26) | 1,28 | 0,200 |
| 21 | Vous avez été informé au sujet des diverses étapes de votre traitement et de vos soins | 3,74 (0,02) | 3,60 (0,01) | 7,78 | <0,001 |
| 22 | Quelqu'un vous a aidé à obtenir les soins dont aviez besoin | 3,69 (0,02) | 3,74 (0,17) | -0,30 | 0,765 |
| 23 | Au moins un professionnel connaissait bien votre situation | 3,81 (0,01) | 3,71 (0,04) | 2,31 | 0,021 |
| 24 | Les professionnels vous disent des informations contradictoires à propos de votre santé | 3,84 (0,01) | 3,39 (0,03) | 12,48 | <0,001 |
| 25 | Un des professionnels consultés n'était pas au courant de votre histoire médicale | 3,75 (0,01) | 3,25 (0,10) | 5,19 | <0,001 |
| 26 | Il est arrivé que les professionnels ne sachent pas qui devait faire quoi pour vos soins | 3,92 (0,01) | 3,52 (0,04) | 10,48 | <0,001 |
| 27 | Vous avez dû refaire des examens, le professionnel consulté n'ayant pas eu accès aux résultats | 3,88 (0,01) | 3,39 (0,05) | 12,38 | <0,001 |
| 28 | Vous avez du répéter de l'information qui devait être dans votre dossier médical | 3,74 (0,01) | 3,27 (0,04) | 10,62 | <0,001 |
| Total expérience de soins | | 3,66 (0,01) | 3,37 (0,03) | 10,52 | <0,001 |

Les valeurs élevés (4 = toujours) indiquent des perceptions très positives de l'expérience de soins. Pour les items 24 à 28, les valeurs faibles (1 = jamais) reflètent une perception très positive. Pour des fins de comparaison, les scores des items 24 à 28 ont été inversés.

Tableau A.4 – Scores moyens et écart-type (e.t.) des perceptions des patients de la capacité d'autosoins et des résultats des soins

| N° item | Perceptions | Score moyen | (e.t.) |
|--|--|-------------|---------------|
| CAPACITÉ D'AUTOSOINS ^a | | | |
| État émotionnel | | 2,3 | (0,71) |
| 1 | Ma santé m'inquiète souvent | 3,0 | (0,84) |
| 2 | À cause de mes problèmes de santé je suis très insatisfaite de ma vie | 2,2 | (0,96) |
| 3 | Je me sens souvent en colère quand je pense à ma santé | 2,2 | (0,94) |
| 4 | Je me sens désespéré à cause de mes problèmes de santé | 2,0 | (0,88) |
| 5 | Ça me bouleverse quand je pense à ma santé | 2,5 | (0,93) |
| 6 | Si je pense à ma santé, je deviens déprimé | 2,1 | (0,85) |
| Surveillance de l'état de santé | | 3,3 | (0,39) |
| 7 | En plus de rencontrer mes médecins, je surveille régulièrement les changements de mon état de santé | 3,6 | (0,55) |
| 8 | Je sais ce qui peut déclencher mes problèmes de santé et les empirer | 3,0 | (0,81) |
| 9 | Je comprends très bien quand je devrais prendre mes médicaments et pourquoi | 3,7 | (0,52) |
| 10 | Lorsque j'ai des problèmes de santé, j'ai une très bonne idée de ce que je dois faire pour les contrôler | 3,1 | (0,68) |
| 11 | Je surveille ma santé de près et je fais ce qu'il faut pour rester en aussi bonne santé que possible | 3,4 | (0,59) |
| 12 | Quand je pense à ma santé, j'ai des attentes réalistes à propos de ce que je peux faire et ne pas faire | 3,2 | (0,59) |
| Gestion de la maladie | | 3,1 | (0,51) |
| 13 | J'ai des moyens efficaces pour empêcher mes problèmes de santé de limiter ce que je peux faire dans la vie | 3,0 | (0,69) |
| 14 | J'ai une très bonne idée de la façon de m'occuper de mes problèmes de santé | 3,2 | (0,60) |
| 15 | Lorsque j'ai des problèmes de santé, j'ai les capacités qui m'aident à y faire face | 3,1 | (0,60) |
| 16 | J'ai une très bonne idée des ressources qui pourraient me faciliter la vie | 3,2 | (0,66) |
| Navigation dans le système | | 3,5 | (0,47) |
| 17 | J'ai des relations très positives avec les professionnels qui s'occupent de moi | 3,5 | (0,56) |
| 18 | Avec mes médecins, je parle avec beaucoup de confiance de mes besoins de santé | 3,4 | (0,62) |
| 19 | Je donne avec confiance aux professionnels de la santé les renseignements dont ils ont besoin pour m'aider | 3,6 | (0,51) |
| 20 | Je réponds à mes besoins en utilisant les ressources de santé disponibles | 3,5 | (0,60) |
| 21 | Je fais équipe avec mes médecins et les autres professionnels de la santé | 3,5 | (0,60) |
| Total capacité d'autosoins | | 3,1 | (0,31) |
| RÉSULTATS DES SERVICES ^b | | 3,6 | (0,55) |
| Les services reçus à la clinique... | | | |
| 1 | Vous ont permis de contrôler votre douleur et vos symptômes | 3,6 | (0,69) |
| 2 | Vous ont permis de gérer vos émotions et votre stress par rapport à la maladie | 3,4 | (0,86) |
| 3 | Vous ont motivé à adopter ou à maintenir de bonnes habitudes de vie | 3,5 | (0,86) |
| 4 | Vous ont encouragé à suivre vos traitements | 3,8 | (0,57) |
| 5 | Ont répondu à l'ensemble de vos besoins | 3,8 | (0,50) |

^a Les valeurs élevées (4 = fortement en accord) indiquent des perceptions très favorables de la capacité d'autosoins. Pour des fins de comparaisons, les scores des items 1 à 6 inclusivement ont été inversés.

^b Score maximal = 4.

Tableau A.5 – Scores moyens et écart-type (e.t.) des attitudes des professionnels en regard du travail en interdisciplinarité

| N° item | Perceptions | Score moyen | e.t. |
|--|---|-------------|---------------|
| Qualité des processus de soins réalisés en équipe | | 5,1 | (0,54) |
| 1 | Le travail en équipe complique les choses | 5,2 | (1,26) |
| 2 | L'approche en équipe assure de meilleurs soins aux patients | 5,7 | (0,67) |
| 3 | Les réunions d'équipe favorisent la communication parmi les membres de disciplines différentes | 5,3 | (0,92) |
| 4 | Les patients suivis par une équipe sont plus susceptibles d'être traités dans toute leur globalité | 5,6 | (0,76) |
| 5 | Le travail en équipe permet à la plupart de ses membres de conserver leur enthousiasme et leur motivation | 5,1 | (0,88) |
| 6 | Quand on élabore des plans de soins en équipe, on évite des erreurs de traitement | 4,9 | (1,14) |
| 7 | Les professionnels qui travaillent en équipe sont plus à l'écoute des besoins émotifs et financiers des patients | 5,0 | (0,97) |
| 8 | Grâce à l'approche en équipe, les professionnels peuvent répondre autant aux besoins de la famille qu'à ceux des patients | 5,1 | (1,02) |
| 9 | Quand les membres de l'équipe négocient, ils prennent de meilleures décisions quant aux soins | 5,1 | (0,87) |
| 10 | Dans la plupart des cas, le temps passé en réunion d'équipe servirait mieux à d'autres fins | 4,3 | (1,51) |
| 11 | Grâce à l'approche en équipe, la prestation des soins est plus efficace | 5,4 | (0,72) |
| 12 | L'élaboration d'un plan de soins interdisciplinaire prend trop de temps | 4,1 | (1,38) |
| 13 | Avoir à partager des observations avec l'équipe nous aide à mieux comprendre le travail des autres professionnels | 5,4 | (0,83) |
| Centralité médicale au sein de l'équipe | | 3,5 | (1,09) |
| 14 | Les médecins ont le droit de modifier les plans de soins élaborés par l'équipe | 3,8 | (1,66) |
| 15 | Le rôle principal d'une équipe est de seconder les médecins dans l'atteinte des objectifs de traitement | 3,9 | (1,77) |
| 16 | Les médecins ne devraient pas toujours avoir le dernier mot dans les décisions d'équipe | 5,0 | (1,26) |
| 17 | La responsabilité légale ultime des décisions de l'équipe de soins revient au médecin | 4,0 | (1,81) |
| 18 | Les médecins sont des leaders d'équipe naturels | 3,6 | (1,61) |
| Diversité de l'équipe | | 4,1 | (0,97) |
| 19 | Règle générale, les infirmières font bonne équipe avec d'autres | 5,1 | (1,10) |
| 20 | Règle générale, les médecins font bonne équipe avec d'autres | 3,9 | (1,53) |
| 21 | Les professionnels non médecins ont le droit de modifier les plans de soins élaborés par l'équipe | 3,2 | (1,67) |
| 22 | Les infirmières sont des leaders d'équipe naturels | 4,1 | (1,43) |
| Total attitudes | | 4,5 | (0,50) |

Les valeurs élevées (6 = fortement d'accord) indiquent des attitudes très favorables en regard du travail en interdisciplinarité. Pour des fins de comparaison, les scores des items 1, 10 et 12 ont été inversés.

Tableau A.6 – Scores moyens et écart-type (e.t.) des perceptions des professionnels de leur expérience de travail en interdisciplinarité

| N° item | Perceptions | Score moyen | e.t. |
|---|---|-------------|---------------|
| Fonctionnement de l'équipe | | 3,9 | (0,57) |
| 1 | Nous nous entraisons pour effectuer notre travail | 4,3 | (0,70) |
| 2 | Nous discutons ouvertement des mésententes avant qu'elles ne dégèrent en conflits | 3,5 | (0,87) |
| 3 | Nous nous encourageons mutuellement à bien faire notre travail | 4,1 | (0,69) |
| 4 | Nous facilitons le travail de nos collègues | 4,1 | (0,67) |
| 5 | Nous nous respectons les uns les autres | 4,2 | (0,70) |
| 6 | Lorsqu'un conflit nuit à notre travail, nous cherchons à le résoudre | 3,8 | (0,78) |
| 7 | Nous transmettons à chacun des membres les informations utiles au travail | 4,1 | (0,82) |
| 8 | Nous nous assurons de bien comprendre le point de vue de nos collègues | 3,9 | (0,71) |
| 9 | Nous abordons et gérons ouvertement les conflits entre les collègues | 3,3 | (0,90) |
| 10 | Nous nous montrons sensibles aux sentiments et au bien-être de nos collègues | 3,9 | (0,73) |
| 11 | Nous respectons le point de vue de chacun même si nous ne sommes pas du même avis | 3,8 | (0,66) |
| 12 | Nous discutons des mésententes de manière franche et honnête | 3,4 | (0,89) |
| Cohésion de l'équipe | | 4,2 | (0,63) |
| 13 | Chaque jour, j'ai hâte de travailler avec les collègues de cette équipe | 4,1 | (0,82) |
| 14 | Cette équipe a des buts et des objectifs qui diffèrent des miens | 4,3 | (0,99) |
| 15 | Je suis fier de faire partie de cette équipe | 4,5 | (0,66) |
| 16 | Je m'identifie aux buts et aux objectifs de cette équipe | 4,3 | (0,76) |
| 17 | Même si, à salaire et à travail équivalent, je pouvais changer d'équipe, je ne le ferais pas | 4,2 | (0,93) |
| 18 | Je me sens membre à part entière de cette équipe | 4,2 | (0,96) |
| Satisfaction du travail en interdisciplinarité | | 4,2 | (0,73) |
| 19 | Ma participation à l'équipe stimule l'accroissement de ma compétence professionnelle | 4,3 | (0,79) |
| 20 | Ma participation à l'équipe m'aide à apprendre de nouvelles choses et à avoir de nouvelles idées | 4,3 | (0,76) |
| 21 | Ma participation à l'équipe contribue à mon sentiment de bien-être général | 4,1 | (0,84) |
| Résultats de l'équipe | | 4,4 | (0,54) |
| 22 | Le travail de l'équipe améliore la qualité des soins et des services offerts aux patients | 4,6 | (0,58) |
| 23 | Le travail de l'équipe apporte du soutien aux intervenants dans leurs interventions auprès des patients | 4,2 | (0,72) |
| 24 | Le travail de l'équipe favorise la concertation des interventions auprès des patients | 4,3 | (0,69) |
| 25 | Le travail de l'équipe permet de mieux répondre à l'ensemble des besoins des patients | 4,4 | (0,62) |
| 26 | Le travail de l'équipe entraîne une satisfaction de la clientèle | 4,4 | (0,64) |
| Total expérience de travail en interdisciplinarité | | 4,1 | (0,50) |

Les valeurs élevées (5 = tout à fait vrai ou fortement d'accord) indiquent des perceptions très positives des professionnels en regard de l'expérience de travail en interdisciplinarité. Pour des fins de comparaison, le score de l'item 14a été inversé.

Tableau A.7 – Caractéristiques des patients et des sites associés à une perception positive de l'expérience de soins et des autosoins

| | Expérience de soins | | | | | | Capacité d'autosoins | | | |
|--------------------------------------|---------------------|----------------|----------------|-------------------------------|----------------|--------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|
| | Promptitude | Communication | Environnement | Soins centrés sur la personne | Continuité | Résultats de soins | Monitoring | Habiletés | Navigation | |
| | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | RC [IC95%] | |
| Caractéristiques des patients | | | | | | | | | | |
| Santé perçue ^a : | Bonne | 1,26 | 1,59* | 1,55* | 1,94* | 1,63* | 2,36* | 1,71* | 1,55* | 1,36* |
| | | [0,93 - 1,7] | [1,24 - 2,05] | [1,17 - 2,05] | [1,47 - 2,56] | [1,23 - 2,16] | [1,82 - 3,06] | [1,34 - 2,17] | [1,22 - 1,98] | [1,07 - 1,72] |
| Âge ^b : | 50-69 ans | 1,24 | 1,30 | 1,52* | 1,03 | 1,63* | 1,21 | 0,95 | 0,88 | 0,83 |
| | | [0,83 - 1,83] | [0,94 - 1,81] | [1,07 - 2,15] | [0,72 - 1,48] | [1,15 - 2,32] | [0,86 - 1,69] | [0,67 - 1,32] | [0,64 - 1,22] | [0,59 - 1,14] |
| | 70 et plus | 1,42 | 1,77* | 3,02* | 1,39 | 2,01* | 1,19 | 0,71 | 0,84 | 0,75 |
| | | [0,88 - 2,28] | [1,18 - 2,63] | [1,92 - 4,76] | [0,90 - 2,15] | [1,30 - 3,11] | [0,80 - 1,78] | [0,48 - 1,04] | [0,57 - 1,23] | [0,51 - 1,10] |
| Sexe ^c : | Homme | 1,40* | 1,03 | 1,11 | 1,24 | 1,07 | 1,07 | 0,85 | 0,83 | 0,91 |
| | | [1,05 - 1,86] | [0,80 - 1,32] | [0,84 - 1,47] | [0,95 - 1,63] | [0,81 - 1,41] | [0,84 - 1,38] | [0,67 - 1,07] | [0,65 - 1,06] | [0,72 - 1,15] |
| Scolarité ^d : | Secondaire et moins | 1,18 | 1,63* | 1,32* | 1,51* | 1,34* | 1,65* | 0,86 | 0,86 | 0,92 |
| | | [0,88 - 1,59] | [1,27 - 2,09] | [1,00 - 1,73] | [1,16 - 1,97] | [1,02 - 1,77] | [1,28 - 2,13] | [0,67 - 1,09] | [0,67 - 1,09] | [0,72 - 1,17] |
| Bien-être ^e : | Perception positive | 1,54* | 1,18 | 1,45* | 1,11 | 1,42* | 1,14 | 0,99 | 1,74* | 1,30* |
| | | [1,14 - 2,09] | [0,91 - 1,52] | [1,09 - 1,92] | [0,84 - 1,46] | [1,07 - 1,88] | [0,88 - 1,47] | [0,78 - 1,27] | [1,36 - 2,22] | [1,02 - 1,65] |
| Caractéristiques des sites | | | | | | | | | | |
| Mandat ^f : | Local | 5,24* | 3,19* | 0,51 | 3,02* | 2,23 | 1,16 | 2,77* | 1,49 | 1,27 |
| | | [1,74 - 15,77] | [1,21 - 8,39] | [0,16 - 1,59] | [1,08 - 8,48] | [0,77 - 6,48] | [0,43 - 3,12] | [1,11 - 6,88] | [0,59 - 3,81] | [0,51 - 3,13] |
| Aff. uni. ^g : | Oui | 3,02* | 1,56 | 0,38* | 1,74 | 1,36 | 1,16 | 1,84 | 1,10 | 0,99 |
| | | [1,40 - 6,51] | [0,82 - 2,98] | [0,18 - 0,78] | [0,86 - 3,51] | [0,67 - 2,76] | [0,59 - 2,24] | [0,99 - 3,42] | [0,58 - 2,07] | [0,54 - 1,83] |
| Taille équipe ^h : | Grande | 6,03* | 5,32* | 0,31 | 5,79* | 2,32 | 1,95 | 3,56* | 1,92 | 1,75 |
| | | [1,65 - 22,02] | [1,69 - 16,69] | [0,08 - 1,14] | [1,69 - 19,82] | [0,65 - 8,23] | [0,61 - 6,28] | [1,19 - 10,59] | [0,64 - 5,81] | [0,59 - 5,13] |
| Localisation ⁱ : | Semi-rural | 2,76* | 1,64 | 0,59 | 1,69 | 1,27 | 0,94 | 1,38 | 1,35 | 1,12 |
| | | [1,35 - 5,64] | [0,91 - 2,96] | [0,29 - 1,17] | [0,89 - 3,19] | [0,67 - 2,43] | [0,52 - 1,72] | [0,79 - 2,41] | [0,76 - 2,40] | [0,64 - 1,96] |
| | Rural | 7,82* | 4,63* | 0,72 | 3,71* | 1,89 | 1,95 | 1,75 | 1,62 | 1,35 |
| | | [3,04 - 20,1] | [2,03 - 10,54] | [0,28 - 1,85] | [1,54 - 8,95] | [0,76 - 4,69] | [0,86 - 4,46] | [0,81 - 3,79] | [0,74 - 3,57] | [0,63 - 2,90] |

Les résultats montrent les ratios de cotes (RC) et les intervalles de confiance [IC] à 95 % lorsque l'interdisciplinarité, les caractéristiques des patients et des sites sont dans le modèle.

* p < 0,05

^a catégorie de référence (1) = mauvaise

^f catégorie de référence (1) = régional

^b catégorie de référence (1) = 18-49 ans

^g catégorie de référence (1) = non académique

^c catégorie de référence (1) = femme

^h catégorie de référence (1) = petite ≤ 7

^d catégorie de référence (1) = collègue et plus

ⁱ catégorie de référence (1) = urbain

^e catégorie de référence (1) = perception négative

Tableau A.8 – Comparaisons des scores moyens et écart-type (e.t.) des attitudes et des perceptions des professionnels en regard du travail en équipe selon leurs caractéristiques individuelles et celles des sites

| Variables | | Attitudes ⁽¹⁾ | | | Perceptions ⁽²⁾ | | | |
|---------------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | Qualité des soins | Centralité médicale | Diversité de l'équipe | Fonctionnement | Cohésion équipe | Résultats équipe | Satisfaction |
| | | Score moyen (e.t.) | Score moyen (e.t.) | Score moyen (e.t.) | Score moyen (e.t.) | Score moyen (e.t.) | Score moyen (e.t.) | Score moyen (e.t.) |
| Caractéristiques individuelles | | | | | | | | |
| Profession | Infirmière | 5,11 (0,54) | 4,19 (0,91) | 3,03 (1,02) | 3,87 (0,56) | 4,35 (0,55)* | 4,42 (0,53) | 4,28 (0,70) |
| | Autre | 5,08 (0,54) | 3,97 (1,01) | 3,99 (0,92) | 3,83 (0,58) | 4,10 (0,71) | 4,34 (0,54) | 4,11 (0,75) |
| Scolarité | Universitaire | 5,12 (0,52) | 3,39 (1,11) | 4,02 (0,98) | 3,81 (0,56) | 4,19 (0,61)* | 4,33 (0,52)* | 4,14 (0,68)* |
| | CEGEP et moins | 5,01 (0,57) | 3,77 (0,97) | 4,29 (0,90) | 4,01 (0,56) | 4,39 (0,67) | 4,54 (0,54) | 4,36 (0,85) |
| Formation en ID | Oui | 5,17 (0,57) | 3,02 (1,07)* | 3,83(0,88)* | 3,69 (0,53)* | 4,22 (0,61) | 3,35 (0,59) | 4,22 (0,61) |
| | Non | 5,05 (0,52) | 3,75 (1,01) | 4,24 (0,97) | 3,94 (0,57) | 4,24 (0,66) | 4,41 (0,50) | 4,18 (0,79) |
| Expérience équipe | Oui | 5,09 (0,56) | 3,52 (1,17) | 3,89 (1,05)* | 3,81 (0,57) | 4,18 (0,65) | 3,37 (0,54) | 4,06 (0,78)* |
| | Non | 5,09 (0,51) | 3,43 (1,02) | 4,26 (0,85) | 3,92 (0,50) | 4,33 (0,53) | 4,41 (0,51) | 4,36 (0,58) |
| Particip aux réunions | Oui | 5,20 (0,53) | 3,27 (1,04) | 3,99 (0,97) | 3,78 (0,58) | 4,14 (0,62)* | 4,37 (0,54) | 4,17 (0,66) |
| | Non | 5,06 (0,52) | 3,59 (1,08) | 4,18 (0,87) | 3,94 (0,52) | 4,35 (0,59) | 4,41 (0,54) | 4,22 (0,78) |
| Manque de temps | Oui | 5,21 (0,44) | 3,32 (1,16) | 4,20 (0,90) | 3,80 (0,50) | 4,16 (0,65) | 4,36 (0,48) | 4,14 (0,72) |
| | Non | 5,02 (0,58) | 3,55 (1,05) | 4,01 (1,01) | 3,89 (0,55) | 4,28 (0,56) | 4,39 (0,55) | 4,24 (0,70) |
| Se sentir bousculé | Oui | 5,08 (0,60) | 3,32 (1,08) | 4,04 (0,91) | 3,73 (0,58)* | 4,11 (0,72) | 4,29 (0,58) | 4,04 (0,83)* |
| | Non | 5,11 (0,47) | 3,58 (1,09) | 4,10 (1,03) | 3,94 (0,54) | 4,32 (0,53) | 4,45 (0,48) | 4,32 (0,60) |
| Genre | Homme | 5,02 (0,64) | 3,97 (0,78)* | 4,23 (0,93) | 3,88 (0,46) | 4,06 (0,77) | 4,47 (0,53) | 4,00 (0,82) |
| | Femme | 5,11 (0,51) | 3,37 (1,12) | 4,05 (0,97) | 3,85 (0,59) | 4,27 (0,59) | 4,36 (0,53) | 4,24 (0,70) |
| Âge | | 0,03 | - 0,05 | - 0,01 | - 0,12 | - 0,04 | 0,08 | - 0,10 |
| Caractéristiques des sites | | | | | | | | |
| Mandat | Local | 5,13 (0,56) | 3,51 (1,09) | 4,25 (0,95)* | 3,88 (0,66) | 4,19 (0,67) | 4,35 (0,55) | 4,15 (0,72) |
| | Régional | 5,06 (0,50) | 3,44 (1,08) | 3,91 (0,95) | 3,83 (0,45) | 4,28 (0,59) | 4,42 (0,51) | 4,24 (0,74) |
| Affiliation | Oui | 5,07 (0,51) | 3,47 (1,09) | 3,88 (0,98)* | 3,83 (0,54) | 4,25 (0,60) | 4,42 (0,53) | 4,24 (0,71) |
| | Non | 5,13 (0,57) | 3,48(1,09) | 4,39 (0,86) | 3,89 (0,61) | 4,22 (0,68) | 4,33 (0,54) | 4,13 (0,76) |
| Taille équipe | Petite | 5,11 (0,53) | 3,62 (1,07) | 4,17 (1,00) | 3,92 (0,65)* | 4,24 (0,66) | 4,42 (0,55) | 4,20 (0,72) |
| | Grande | 5,08 (0,54) | 3,31 (1,08) | 3,98 (0,91) | 3,78 (0,45) | 4,23 (0,61) | 4,34 (0,52) | 4,19 (0,75) |
| Localisation | Urbain | 5,16 (0,49) | 3,29 (1,11) | 3,83 (0,91) | 3,75 (0,54) | 4,18 (0,64) | 4,35 (0,54) | 4,23 (0,69) |
| | Semi-rural | 4,96 (0,59) | 3,37 (1,04) | 4,07 (0,99) | 3,88 (0,43) | 4,24 (0,64) | 4,31 (0,49) | 4,13 (0,80) |
| | Rural | 5,09 (0,54) | 3,69 (1,07) | 4,32 (0,95)* | 3,94 (0,64)* | 4,28 (0,63) | 4,45 (0,55) | 4,19 (0,73) |

Tests de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis utilisés pour analyser les associations entre les variables catégorielles et de corrélation de Spearman pour la variable âge
* p ≤ 0,05
⁽¹⁾ Score maximal = 6 ⁽²⁾ Score maximal = 5