

Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile

Est-ce possible?

Michèle Aubin, MD, MSC, FCMFC Lucie Vézina, MA Rénaud Bergeron, MD, FCMFC Andrée Laberge, PHD

résumé

OBJECTIF Décrire la perception des médecins et des intervenants des équipes de maintien à domicile des centres locaux de services communautaires (CLSC) face aux collaborations interprofessionnelles pour le suivi de la clientèle à domicile et identifier les conditions pouvant faciliter ou nuire à l'établissement de celles-ci.

DEVIS Étude descriptive. Entrevues individuelles et de groupe.

MILIEU Trois territoires de CLSC de la région de Québec.

PARTICIPANTS Quarante-cinq omnipraticiens ayant une pratique importante à domicile de même que les coordonnateurs et des représentants des professionnels faisant partie des équipes de maintien à domicile.

PRINCIPALES MESURES DES RÉSULTATS La perception des médecins et des intervenants des équipes de maintien à domicile face aux collaborations interprofessionnelles pour le suivi de la clientèle à domicile. Les conditions pouvant faciliter ou nuire au maintien à domicile.

RÉSULTATS Selon la majorité des participants, les collaborations interprofessionnelles faciliteraient la gestion de problématiques lourdes et complexes tout en assurant la continuité du suivi auprès du patient. Toutefois, l'organisation différente de la pratique médicale comparativement à celle des professionnels des CLSC, le mode de rémunération des médecins ainsi que le manque de connaissance, de part et d'autre, des intervenants et de leur champ respectif de pratique constitueraient un frein au développement des collaborations.

CONCLUSION Même si tous les professionnels rencontrés reconnaissent l'importance des collaborations interprofessionnelles, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence une intégration réelle des services médicaux et des services dispensés par les CLSC dans le maintien à domicile. Des efforts devront être mis pour cibler les interventions les plus susceptibles d'amener des changements et favoriser une meilleure collaboration entre ces différents professionnels.

abstract

OBJECTIVE To describe perceptions of physicians and home care professionals working in local community service centres (CLSCs) with respect to collaboration on home care follow up, and to identify conditions likely to help or hinder cooperation.

DESIGN Descriptive study using individual and group interviews.

SETTING Areas served by three CLSCs in the Quebec city region.

PARTICIPANTS Forty-five general practitioners with large home care practices and coordinators and representatives of CLSC home care teams.

MAIN OUTCOME MEASURES Perceptions of physicians and home care professionals with respect to interprofessional cooperation on and barriers to home care follow up.

RESULTS Most participants thought that cooperation would be beneficial to complex case management and continuity of follow-up care. In practice, however, cooperation is hindered by differences in medical practice and home care team service delivery and in methods of remuneration, and lack of knowledge of the other field of practice.

CONCLUSION All participants recognized the importance of cooperation. This study did not reveal any real integration of medical and CLSC home care services. Efforts must be made to identify the strategies most conducive to improving interprofessional cooperation.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2001;47:751-758.

RECHERCHE

Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile

Au cours des dernières années, l'augmentation de la prévalence des incapacités et des maladies chroniques associée au vieillissement de la population, de même que l'évolution des problèmes de santé et celle des ressources de soins et d'hébergement, ont occasionné une demande accrue de soins médicaux à domicile¹⁻³. Toutefois, les besoins de cette clientèle sont complexes: soins médicaux, soins infirmiers, services de réadaptation, services psychosociaux, services de soutien et d'assistance et autres⁴. Or, la faisabilité et l'acceptabilité du maintien à domicile dépendent de la capacité du système de santé et de services sociaux de fournir une réponse adaptée à l'ensemble des besoins^{3,5,7}. Cet ajustement entre l'offre et la demande de services à domicile peut être difficile lorsqu'on considère certaines caractéristiques du système de santé québécois de même que certaines conditions et orientations de la pratique médicale. D'une part, les centres locaux de services communautaires (CLSC), organismes publics qui offrent à la population différents services de première ligne (médicaux, infirmiers, psychosociaux, de réadaptation, etc) ne disposent pas toujours, dans la région de Québec, de ressources médicales suffisantes pour répondre à la demande croissante de patients suivis à domicile. Ils doivent alors compter, à cette fin, sur la collaboration des médecins retrouvés dans d'autres milieux tels cabinet privé et unité de médecine familiale (UMF).

D'autre part, les médecins de famille doivent également avoir recours à un ensemble de ressources autres que celles de nature strictement médicale, comme les ressources d'aide et de soins à domicile des CLSC, pour répondre aux divers besoins (psychiques, fonctionnels ou psychosociaux) de cette clientèle. Ces collaborations entre les médecins et les intervenants des équipes de maintien à domicile des CLSC semblent nécessaires de part et d'autre, mais peuvent être difficiles à établir en raison de différents facteurs professionnels et organisationnels et demander, entre autre, une adaptation et une modification de certaines conditions de la pratique médicale⁸⁻¹⁰. Jusqu'à présent, il existe peu d'information sur les collaborations entretenues par les médecins avec les équipes de maintien à domicile des CLSC, et celles disponibles sont plutôt de nature informelle.

D^{rs} Aubin et Bergeron, ainsi que M^{me} Vézina, travaillent à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Laval.

D^{re} Laberge travaille au Centre de santé publique de la région de Québec.

Cet article vise à décrire la perception des médecins et des intervenants des CLSC face aux collaborations interprofessionnelles pour le suivi de la clientèle à domicile et à identifier les conditions susceptibles de faciliter ou de nuire à l'établissement de celles-ci.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude qualitative a été réalisée dans la région de Québec en 1996 auprès d'un échantillon de médecins ayant une pratique à domicile et de représentants des équipes de maintien à domicile de trois CLSC de cette région. La collecte des données a été effectuée à partir d'entrevues standardisées semi-structurées comportant une quinzaine de questions ouvertes. Un échantillon composé de 45 médecins ainsi que les trois coordonnateurs des équipes de maintien à domicile des CLSC ont été rencontrés individuellement tandis que des entrevues de groupe ont été menées auprès de représentants des intervenants de chacune des équipes de maintien à domicile du CLSC (deux infirmières, deux travailleurs sociaux, un intervenant en réadaptation).

Une étude récente¹⁰ a permis d'identifier sur l'un ou l'autre des trois territoires de CLSC ciblés, les médecins ayant une pratique régulière à domicile, c'est-à-dire suivant 10 patients et plus par année et allouant 3 heures et plus par semaine à ces visites. Ces critères de sélection sont justifiés par le fait que, dans la région urbaine de Québec, le quart de la clientèle suivie à domicile par les médecins bénéficie d'un suivi conjoint avec le CLSC¹⁰. Afin de recueillir des commentaires sur les collaborations avec les services de maintien à domicile des CLSC, il s'avérait donc important de rencontrer des médecins ayant un volume relativement élevé de patients suivis à domicile. À partir de la liste des 79 médecins identifiés, 45 ont été sélectionnés de façon aléatoire pour une entrevue individuelle. Ce nombre (57% des médecins ayant une pratique importante à domicile) est apparu raisonnable et suffisant pour atteindre la saturation des informations, mieux qualifier la pratique médicale à domicile et documenter les modalités de collaborations avec les CLSC.

Deux médecins chercheurs de l'étude ont contacté par téléphone les omnipraticiens sélectionnés afin de les solliciter pour une entrevue d'une durée de 20 minutes à leur bureau avec une professionnelle de recherche. Deux des 45 médecins contactés ont refusé de participer et dans ces cas, un autre médecin a été choisi au hasard à partir de la liste. Les

entrevues de groupe avec les intervenants des CLSC ont duré approximativement 90 minutes chacune et ce, en présence de deux chercheurs de l'équipe et de la professionnelle de recherche. Toutes les rencontres, tant individuelles que de groupe, ont été enregistrées, avec l'accord des participants, afin de constituer un aide-mémoire pour la synthèse des données recueillies et vérifier la fiabilité des informations rapportées. À cet effet, un chercheur de l'étude a écouté et fait la synthèse de sept enregistrements choisis au hasard (cinq entrevues avec les médecins, une avec les coordonnateurs et une avec les intervenants). Ces synthèses ont ensuite été comparées à celles rédigées par la professionnelle de recherche de façon à vérifier l'absence de biais systématique.

Les questions abordées portaient sur la perception du rôle et des responsabilités du médecin dans le cadre d'un suivi à domicile ainsi que des avantages et des inconvénients des collaborations entre médecins et professionnels des CLSC. Les modalités de collaborations entre ces deux groupes ont également été approfondies en regard de la participation aux réunions en équipe multidisciplinaire, de l'échange d'informations et de la qualité des communications. Enfin, leur perception des barrières et des conditions susceptibles de favoriser ou de nuire au développement des collaborations interprofessionnelles a été recueillie.

Une analyse qualitative des entrevues a été effectuée en dégagant, pour chaque question posée, les principaux thèmes et catégories permettant de regrouper les réponses fournies. Deux chercheurs de l'équipe ont ensuite révisé les catégories afin de s'assurer du processus de classification et apporter, si nécessaire, de nouveaux regroupements¹¹. Par la suite, les différents points de vue exprimés par les médecins, les coordonnateurs et les professionnels des équipes de maintien à domicile ont été comparés en mettant en évidence les éléments convergents et divergents.

Finalement, les informations recueillies ont été présentées à des intervenants du domaine de la santé concernés de près ou de loin par la problématique des soins à domicile, soient les trois coordonnateurs des CLSC participants, trois omnipraticiens (un par territoire de CLSC), le président de l'Association médicale des omnipraticiens de Québec (AMOQ) et le directeur du département universitaire de médecine familiale. Cette rencontre visait à dégager les implications des résultats pour l'organisation des services de première ligne et à identifier des pistes d'action en vue d'améliorer l'intégration des services médicaux de première ligne et les services d'aide et de soins à domicile.

RÉSULTATS

Les médecins rencontrés étaient principalement des hommes (62,2%), âgés en moyenne de 45 ans (31 à 68 ans) et comptant un nombre moyen de 20 années de pratique en médecine (3 à 44 ans), dont 15 ans en moyenne (2 à 39 ans) à domicile. Dans le cadre d'un suivi conjoint avec l'équipe du CLSC, la plupart de ces médecins se perçoivent comme le responsable de la coordination des soins à domicile. Toutefois, plusieurs d'entre eux ont insisté sur le fait qu'ils se voyaient également comme des collaborateurs des intervenants rattachés au CLSC, chacun ayant un rôle à jouer selon son expertise personnelle. «Le rôle du médecin varie de pivot à collaborateur selon la complexité du cas ... le rôle de leader se situe surtout au début pour l'évaluation et l'orientation des services. Par la suite, s'installe alors un travail d'équipe».

Selon les intervenants des CLSC et leurs coordonnateurs, le rôle des médecins impliqués dans le suivi à domicile peut être très variable, allant «d'un investissement minimal, tel la prescription d'un prélèvement sanguin, à des situations plus complexes, où le médecin assumera un support psychologique important auprès du patient et de sa famille». De même, ces intervenants remarquent que les jeunes médecins semblent plus ouverts à une approche multidisciplinaire comparativement à leurs aînés et qu'ils se présentent davantage comme des collaborateurs des intervenants des CLSC impliqués dans un suivi conjoint.

Même si quelques médecins ont identifié certains inconvénients aux collaborations interprofessionnelles tels la lourdeur des modalités de fonctionnement des CLSC et certaines attitudes des individus (**tableau 1**), la majorité d'entre eux sont favorables à celles-ci et considèrent même qu'elles sont essentielles au développement de la pratique médicale à domicile. Selon ces médecins, ces collaborations leur offrent l'avantage «d'obtenir du support dans la gestion de problématiques lourdes et complexes». De plus, elles leur «apportent un supplément d'informations permettant de dresser un portrait plus global du patient» (**tableau 2**). À cet effet, quelques médecins ont mentionné la présence à domicile d'un dossier «chevet» regroupant les informations pertinentes sur la condition du patient et pouvant être consulté par tous les professionnels impliqués dans le suivi, ce qui facilite le partage d'informations.

Pour leur part, les intervenants des CLSC ne voient aucun inconvénient aux collaborations et reconnaissent, à l'instar des médecins, que celles-ci leur «procurent un complément d'informations de

RECHERCHE

Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile

Tableau 1. Perception des médecins* des inconvénients associés aux collaborations avec les professionnels des équipes de maintien à domicile des CLSC

INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AUX MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

Avoir à transiger avec plusieurs CLSC selon le lieu de résidence du patient

Difficultés de continuité: variation fréquente du personnel auxiliaire et infirmier

Ne pas être sous le même toit (difficultés de transfert d'informations)

Lourdeur du système: temps à consacrer aux collaborations

- délais entre la demande et le résultat des tests
- difficulté à avoir certains services en raison du manque d'effectif
- contraintes associées aux problèmes de téléphonie (retours d'appels, difficulté à se rejoindre)

INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AUX ATTITUDES DES INDIVIDUS

Manque de respect des rôles de chacun

Possibilité de frictions

**Les intervenants des CLSC n'ont pas perçu d'inconvénients à collaborer avec les médecins.*

nature médicale leur permettant d'avoir une meilleure connaissance de la condition du patient». Enfin, tant les médecins que les professionnels des CLSC partagent l'opinion que ces collaborations sont avantageuses pour le maintien à domicile du patient en perte d'autonomie puisqu'elles «lui procure un sentiment de sécurité en assurant un suivi en alternance, en lui évitant les déplacements, par exemple pour les prises de sang, et en s'assurant d'avoir le même discours auprès de celui-ci» (**tableau 2**).

Malgré l'intérêt et la volonté des différents intervenants de maintenir des collaborations dans le cadre d'un suivi à domicile, certains facteurs de nature organisationnelle, professionnelle et personnelle peuvent constituer des barrières au développement de ces collaborations (**tableau 3**). Ainsi, selon les différents professionnels rencontrés, «le fait de ne pas travailler sous un même toit», «d'avoir des difficultés à se rejoindre (retours d'appel, boîte vocale, etc.)», «d'avoir à composer avec l'absence de système de garde en dehors des plages horaires régulières» ou

Tableau 2. Perceptions des avantages des collaborations entre les médecins de famille et les intervenants des équipes de maintien à domicile des CLSC

OPINION DES MÉDECINS DE FAMILLE

Support professionnel

- Facilite la tâche du médecin en permettant l'alternance des visites
- Aide à gérer des cas plus lourds
- Assure la continuité
- Assure le support de toute une équipe

Supplément d'informations

- Informations disponibles rapidement
- Prise en charge globale
- Complémentarité/évaluation globale
- Multidisciplinarité: expertise et services des autres intervenants

OPINION DES INTERVENANTS DES CLSC

Supplément d'informations

- Partage de l'information médicale
- Meilleure connaissance de la condition du patient

OPINION PARTAGÉE PAR LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LES INTERVENANTS DES CLSC

Maintien à domicile du patient

- Sécurisant pour le patient, se sent supporté
- Évite les déplacements/prises de sang
- Avoir le même discours auprès de la clientèle
- Meilleur suivi, mieux-être du patient

encore «de faire face à la non disponibilité de certains intervenants» peuvent constituer des irritants.

Tant les médecins que les intervenants reconnaissent que le mode de rémunération à l'acte limite la participation des médecins aux réunions en équipe multidisciplinaire souvent nécessaires pour la discussion d'un suivi conjoint problématique et la mise en place d'interventions. De même, la difficulté pour les médecins d'organiser leur temps de travail en regard du suivi à domicile ainsi que la méconnaissance du rôle, des services et des limites des CLSC constituent des barrières professionnelles susceptibles de nuire au développement des collaborations.

Tableau 3. Barrières perçues par les médecins et les intervenants des CLSC en regard des collaborations interprofessionnelles pour le maintien d'un patient à domicile

FACTEURS ORGANISATIONNELS

Ne pas être sous le même toit

Ressources limitées du CLSC: délais de réponse/demande, non-disponibilité des intervenants, variation du personnel du CLSC

Liaison entre les CLSC et les hôpitaux

Plages horaires des CLSC, système de garde en dehors des heures d'ouverture

Manque d'uniformité d'un CLSC à l'autre

Problèmes associés à la téléphonie (boîte vocale)

FACTEURS PROFESSIONNELS

Mode de rémunération à l'acte chez les médecins

Organisation du temps de travail (horaire de bureau, visites à domicile, retour d'appel)

Méconnaissance des services offerts par les CLSC

FACTEURS PERSONNELS

Communication

- Le fait de ne pas se connaître
- Langage médical incompris de certains intervenants des CLSC
- Ingérence du CLSC dans le suivi d'un patient

Attitudes

- Manque d'intérêt de certains médecins face au suivi à domicile et au suivi conjoint
- Préjugés des médecins face aux CLSC
- Perception des intervenants des CLSC face aux médecins
- Difficultés à modifier certaines habitudes
- Attitude fermée vis-à-vis les autres professionnels

Pour les intervenants rencontrés, certains facteurs personnels tel « le fait de ne pas mieux se connaître » peut nuire à la communication entre interlocuteurs et affecter le suivi de la clientèle. De même, « le manque d'intérêt démontré face au suivi conjoint et l'impression laissée par certains médecins d'être dérangés par les appels des intervenants au sujet d'un patient »

constituent, pour les professionnels des CLSC, un frein aux collaborations. Enfin, certains médecins indiquent que « le fait d'avoir une clientèle dispersée sur plusieurs territoires de CLSC implique pour eux d'avoir à transiger avec différentes équipes de maintien à domicile, ce qui peut amener une variabilité dans les façons de procéder d'un CLSC à l'autre ». Dans ce contexte, il leur est difficile de développer une complicité avec des intervenants qui ne sont pas les mêmes d'une fois à l'autre. Les relations avec les équipes de maintien à domicile peuvent alors « se limiter à un travail en parallèle pour le bien-être du patient, donnant aussi lieu à des attentes irréalistes de part et d'autre ».

Différentes suggestions ont été amenées de part et d'autre afin d'améliorer le développement des collaborations interprofessionnelles. L'ensemble des répondants s'entendent pour dire « qu'un mode de rémunération adapté à la pratique médicale à domicile et une meilleure diffusion de l'information sur les services offerts par les équipes de maintien à domicile des CLSC pourraient constituer des avenues susceptibles de favoriser les collaborations entre professionnels ».

De même, le respect des champs professionnels, une plus grande ouverture face aux expertises de chacun et le désir de travailler en complémentarité sont autant d'attitudes qu'il importe de développer par différentes stratégies afin de déboucher sur des collaborations fructueuses. La discussion des résultats de l'étude avec des acteurs-clé a aussi permis d'identifier des pistes d'action telles la transmission systématique, pour chaque patient, du plan d'intervention de l'équipe du CLSC au médecin traitant, des journées de formation sur le maintien à domicile organisées par territoire(s) de CLSC à l'intention des différents professionnels impliqués dans ce type de suivi ainsi que des stages de formation effectués en CLSC par les futurs médecins dans le cadre de suivi de patients à domicile.

DISCUSSION

Peu d'études canadiennes ou américaines se sont spécifiquement intéressées aux collaborations entre les médecins de famille et les autres intervenants impliqués dans les soins à domicile de patients en perte d'autonomie. Compte tenu de la rareté des informations disponibles sur ce sujet, cette étude exploratoire a permis d'apporter des précisions sur les modalités de collaborations retrouvées entre ces deux groupes de professionnels. Toutefois, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés d'emblée

RECHERCHE

Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile

aux autres régions socio-sanitaires du Québec en raison de la présence limitée de médecins retrouvés en CLSC dans la région immédiate de Québec, contrairement aux autres organisations de ce type dans la province. Par ailleurs, même si les équipes de maintien à domicile des CLSC constituent une ressource propre au réseau de santé québécois, ce service peut s'apparenter aux ressources de soins et de maintien retrouvées ailleurs au pays et avec lesquelles les médecins sont appelés à collaborer pour le suivi de leur clientèle à domicile.

Dans le contexte d'un suivi à domicile en collaboration avec les intervenants des CLSC, la majorité des médecins rencontrés en entrevue se perçoivent d'abord comme le coordonnateur des soins de santé fournis à la personne en perte d'autonomie. Contrairement à certaines études qui déplorent le rôle «instrumental» du médecin dans le maintien à domicile^{12,13}, la perception des médecins interrogés rejoint l'opinion de différentes associations médicales lesquelles considèrent que les omnipraticiens ont un rôle important dans l'intégration des soins de première ligne en assurant la coordination de l'ensemble des soins dispensés par les différents intervenants de la santé^{14,16}.

Plusieurs professionnels des CLSC considèrent que leurs interactions avec les médecins se limitent souvent à la prescription de services ou de soins spécifiques à fournir aux patients. Cette perception rejoint les résultats d'une étude récente¹⁰ qui révèlent que seulement 20% des suivis médicaux à domicile se font conjointement avec les CLSC. Les médecins et les intervenants n'ont donc pas à collaborer fréquemment entre eux et semblent éprouver des difficultés de communication du fait qu'ils se connaissent peu. Conséquemment, il peut en résulter chez ces différents professionnels une pratique parallèle sans réelle complémentarité. Une étude menée dans les CLSC de la région de Québec vers la fin des années 70 avait déjà identifié cette situation de parallélisme entre les différents intervenants de ces établissements¹⁷. On peut dès lors supposer que cette problématique devient plus importante lorsque les professionnels appelés à collaborer ne travaillent pas sous le même toit et qu'ils n'ont pas les mêmes conditions de pratique. Dans un même ordre d'idée, le fait de ne pas se connaître peut contribuer à une méconnaissance des champs d'expertise respectifs des différents professionnels, ce qui peut amener à une sous-utilisation des ressources disponibles. De plus, dans les entrevues réalisées, les intervenants des CLSC ont indiqué que parfois, leur opinion ne semblait pas considérée par les médecins dans l'orientation des interventions auprès

des patients. Ces constats ont également été identifiés dans d'autres études^{18,19}. Tel que suggéré par les acteurs-clé lors de la discussion des résultats, des journées de formation sur le maintien à domicile regroupant médecins et intervenants des CLSC et des stages effectués en CLSC par les futurs médecins dans le cadre de suivi de patients à domicile pourraient favoriser l'interdisciplinarité entre ces professionnels.

Les difficultés à se rejoindre mutuellement pour la discussion de cas ou le transfert d'informations (retour d'appel, boîte vocale, ajustement des agendas respectifs, etc.) s'ajoutent aussi aux problèmes de communication pouvant nuire aux collaborations interprofessionnelles. Pourtant, les appels téléphoniques entre les médecins et les intervenants impliqués dans les soins et l'aide à domicile s'avèrent une condition essentielle à un suivi efficace²⁰. Une expérience menée dans la région de Québec vers la fin des années 80 entre des intervenants d'un CLSC et des médecins témoigne en faveur de l'efficacité des communications téléphoniques entre ces professionnels après qu'ils aient appris à se connaître lors de réunions en équipe multidisciplinaire pour discuter de suivis à domicile problématiques²¹. Cette initiative a favorisé le développement d'une complicité entre ces professionnels, ce qui a permis de maintenir l'interdisciplinarité mais sans avoir recours à long terme au support de réunions. Toutefois, le mode de rémunération à l'acte des médecins peut rendre plus difficile la mise en place d'une telle stratégie compte tenu du temps alloué à ces discussions pour lequel aucune rémunération n'est prévue. Cette difficulté a déjà été identifiée par plusieurs études comme un obstacle au suivi à domicile^{3,4,10,22,23} et aux collaborations nécessaires au maintien du patient dans son milieu¹⁶.

Certains des médecins rencontrés ont dit utiliser un dossier laissé au chevet du patient pour faciliter la transmission d'informations entre les différents professionnels impliqués dans le suivi. La standardisation de cette approche à l'ensemble des suivis à domicile pourrait favoriser le partage des informations pertinentes dans l'attente d'un dossier unique avec la mise en place de la carte à puces.

Les chercheurs se sont interrogés sur l'existence d'un biais de désirabilité sociale des médecins rencontrés et de son influence sur leurs réponses en regard des collaborations avec les intervenants des CLSC. Cette hypothèse ne semble pas justifiée puisque plusieurs des commentaires obtenus des médecins sont corroborés par ceux fournis par les

professionnels et les coordonnateurs des CLSC. En effet, ils ont identifié sensiblement les mêmes barrières face au développement des collaborations interprofessionnelles et ce, indépendamment du territoire de CLSC. Cette concordance des différentes opinions émises renforce la pertinence de mettre sur pied des stratégies novatrices pouvant contrer ces facteurs et conséquemment améliorer les collaborations entre les professionnels impliqués auprès de patients suivis à domicile. À cet effet, les suggestions avancées lors de la rencontre avec les acteurs-clé constituent des pistes d'action intéressantes pouvant se concrétiser sans recourir à des transformations majeures des pratiques des différents intervenants. D'autres études seront nécessaires afin d'évaluer ultérieurement la mise en place de ces modifications et leurs effets sur les collaborations interprofessionnelles.

Même si tous les participants reconnaissent l'importance des collaborations interprofessionnelles pour le suivi de patients en perte d'autonomie, les entrevues réalisées n'ont pas mis en évidence la présence d'une intégration réelle des services médicaux et des services dispensés par les CLSC pour le suivi à domicile de cette clientèle. Ce désir de collaborer peut être freiné par différents problèmes sous-jacents à la mécanique d'utilisation des services du CLSC ou encore par des éléments extrinsèques sur lesquels il peut être difficile d'apporter des changements. La région de Québec, de par le nombre substantiel de visites à domicile qui y sont effectuées, constitue un terrain propice à la mise en place et à l'évaluation de stratégies novatrices pouvant améliorer les collaborations interprofessionnelles. Des efforts devront être mis afin de cibler les interventions les plus susceptibles d'amener des changements et favoriser une meilleure intégration des services médicaux et des services de maintien à domicile. ❀

Remerciements

Cette étude a été subventionnée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la formulation des objectifs et du devis de recherche. **D^{re} Aubin** a effectué le recrutement des médecins interrogés et participé à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit. **M^{me} Vézina** a effectué la revue de la littérature, la collecte et l'analyse de données. Elle a de plus participé à l'interprétation des résultats et à la rédaction du manuscrit. **D^r Bergeron** a collaboré au recrutement des médecins interrogés et participé à l'interprétation des résultats et à la révision du manuscrit. **D^{re} Laberge** a supervisé

Points de repère du rédacteur

- Des omnipraticiens ayant une importante pratique à domicile pensent que la collaboration avec les équipes de maintien à domicile des CLSC permet d'offrir un meilleur suivi aux patients, facilite la gestion des cas les plus lourds, enlever les éléments qui ne concernent pas les collaborations interprofessionnelles, et allège la tâche du médecin en permettant d'alterner les visites.
- Les inconvénients de ces collaborations selon les médecins incluent le manque d'uniformité entre les différents CLSC avec lesquels il faut transigner selon le lieu de résidence du patient, les variations fréquentes du personnel auxiliaire et infirmier, les difficultés à transférer les informations et à obtenir certains services compte tenu des ressources limitées des CLSC.
- Des facteurs liés à l'organisation du travail, au mode de rémunération à l'acte, à la méconnaissance des services disponibles dans les CLSC et des problèmes de perception face aux autres professionnels constitueraient des barrières au développement d'une plus grande collaboration entre les médecins et les équipes de maintien à domicile.

Editor's key points

- Physicians with large home care practices thought that collaboration with CLSC home care teams provided better follow up of patients, facilitated management of complex cases, removed elements not relevant to interprofessional collaboration, and lightened physicians' load by allowing them to alternate visits.
- Drawbacks in such collaborations are the differences in service delivery of the various CLSCs, the frequent changes in personnel, and the difficulties of transferring information and accessing certain services because of CLSCs' limited resources.
- Factors relating to the organization of work, methods of remuneration, and lack of knowledge of the others' field of practice hinder collaboration between physicians and home care teams.

l'analyse de contenu des entrevues et participé à l'interprétation des résultats et à la révision du manuscrit.

Intérêts concurrents

Rien déclaré.

Correspondance à: D^{re} Michèle Aubin, Unité de médecine familiale, Hôpital Laval, 2725, chemin Sainte-Foy, Sainte-Foy QC G1V 4G5

Références

1. Swann H, Benjamin AE. Medicare home health utilization as a function of nursing home market factors. *Health Serv Res* 1990;25(3):479-500.
2. Kenny GM, Dubay LC. Explaining area variation in the use of medicare home health services. *Med Care* 1992;30(1):43-57.
3. Ingram CJ, O'Brien-Gonzales A, Main DS, Barley G, Westfall JM. The family physician and housecalls. A survey of Colorado family physicians. *J Fam Pract* 1999;48(1):62-5.
4. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician* 1999;60(5):1481-8.
5. Kane RA, Kane RL. *Long-term care: principles, programs and policies*. New York, NY: Springer Publishing Co; 1988.
6. Applebaum RA, Wilson N. Training need for providing case management for the long-term care clients: lessons from the National Channeling Demonstration. *Gerontology* 1988;28(2):172-6.
7. Kane RA, Kane RL, Rubenstein LZ. Comprehensive assessment of the elderly patient. Dans: Peterson MD, White DL, rédacteurs. *Health care of the elderly. An information sourcebook*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1989.
8. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. *Programme de consultation d'experts. Dossier personnes âgées*. Québec, Qué: Ministère de la service de santé et des services sociaux; 1987.
9. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. *Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées. Vers un nouvel équilibre des âges*. Québec, Qué: Ministère de la santé et des services sociaux; 1991.
10. Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why: a survey. *Can Med Assoc J* 1999;161(4):369-73.
11. Huberman AM, Miles MB. *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Dans la collection Pédagogie en développement. Bruxelles, Belgique: Éditions De Boeck-Wesmael; 1991.
12. Zimmer JG. Effects of a physician-led home care team on terminal care. *J Am Geriatr Soc* 1984;32:288-92.
13. Koeing HG. The physician and home care of the elderly patient. *Gerontol Geriatr Educ* 1986;7(1):15-24.
14. Kulatilaka H, McWhinney IR. *Home visits by physicians: recent trends and future needs*. Working paper series. Toronto, Ont: Centre for Studies in Family Medicine; 1992.
15. American Medical Association. *Medical management of the home care patient. Guidelines for physicians*. 2^e éd. Chicago, Ill: American Medical Association; 1998.
16. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Physicians and family caregivers. A model for partnership. *JAMA* 1993;269(10):1282-4.
17. Brunet M, Vinet A. *Les équipes multi dans les CLSC 1973-1976. Rapport de recherche*. Sainte-Foy, Que: Université Laval; 1978.
18. Seamark DA, Thorne CP, Jones RV, Gray DJ, Searle JF. Knowledge and perceptions of a domiciliary hospice service among general practitioners and community nurses. *Br J Gen Pract* 1993;43(367):57-9.
19. Cadogan MP, Franzl C, Osterweil D, Hill T. Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perception between nurses and physicians. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(1):71-5.
20. Perry CM, Gabe MG, Metcalf CC. Improving home care. A survey on physician and nurse communication. *Home Care Provid* 1998;3(92):100-3,110.
21. Racine P, Joubert P, Bergeron R. *Évaluation d'un programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère résidant sur le territoire du CLSC Sainte-Foy Sillery*. Québec, Qué: Organisation et évaluation des services de santé, DSC CHUL; 1991.
22. Keenan MJ, Bland CJ, Webster L, Shepherd M. The homecare practice and attitude of Minnesota family physicians. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:1100-4.
23. Keenan JM, Boling MD, Schwartzberg JC, et al. A national survey of the home visiting practices and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 1992;152:2025-32.

...