

Université de Montréal

**Interactions entre les professionnels d'une équipe de
soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration**

par

Jean-Nicolas Dubé

Département de psychopédagogie et d'andragogie

Faculté des sciences de l'éducation

&

Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise en arts et sciences de l'éducation,
option pédagogie universitaire / sciences médicales

Mai 2014

© Jean-Nicolas Dubé, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**Interactions entre les professionnels d'une équipe de
soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration**

présenté par :
Jean-Nicolas Dubé

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

François Bowen
Président-rapporteur

Paule Lebel
Directrice de recherche

François Chiochio
Co-directeur de recherche

Isabelle Brault
Membre du jury

Résumé

Le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs sont essentiels pour prodiguer des soins de qualité aux patients et pour leur sécurité. Cependant, les multiples interactions que nécessite une collaboration dans un contexte de soins aigus sont susceptibles de causer des tensions, des conflits et un travail inefficace dans l'équipe. Les déterminants de cette collaboration en soins intensifs ne sont pas encore bien identifiés. L'objectif de cette recherche est d'identifier et d'évaluer l'importance relative des déterminants susceptibles d'influencer la collaboration interprofessionnelle dans une équipe de soins intensifs. Un questionnaire évaluant ces déterminants a été élaboré et rempli par des professionnels de la santé travaillant dans quatre unités de soins intensifs d'un hôpital universitaire de Montréal. Un total de 312 professionnels, dont 46 médecins, 187 infirmières et 62 inhalothérapeutes, ont rempli le questionnaire. Des modèles d'analyses de régression multiple par hiérarchisation ont permis de déterminer que la « clarté du travail et des processus », la « confiance et le respect », mais tout particulièrement la « participation aux décisions » sont des déterminants statistiquement significatifs pour prédire la collaboration dans une équipe de soins intensifs. Une analyse de sous-groupe suggère des différences entre les médecins et les infirmières sur la perception de ces déterminants. Ces résultats apportent de nouveaux éléments dans la compréhension de la pratique de la collaboration et du travail d'équipe dans une équipe de soins intensifs, en précisant mieux ses déterminants. Sur le plan pratique, cela implique qu'il faille : i) favoriser un développement de la compétence de « collaboration » des professionnels travaillant dans le milieu des soins intensifs ; ii) cibler l'apprentissage auprès de ces professionnels en tenant compte des déterminants de la collaboration identifiés dans la présente étude.

Mots clés : Collaboration, collaboration interprofessionnelle, soins intensifs, travail d'équipe, déterminants, professionnels de la santé, médecin, infirmière

Abstract

Teamwork and interprofessional collaboration in critical care are essentials to provide quality of care and patient safety. However, the multiple interactions that require collaboration in the context of acute care are likely to cause tensions, conflicts and inefficient team work. The determinants of this collaboration in critical care are not completely identified. The objective of this research is to identify and evaluate the relative importance of determinants that influence interprofessional collaboration in a critical care team. A survey assessing these determinants was developed and completed by healthcare professionals, working in four intensive care units of an university hospital in Montreal. A total of 312 professionals, including 46 physicians, 187 nurses and 62 respiratory therapists, completed the survey. Various models of multiple hierarchical regression analysis determined that "clarity of the work and processes", "trust and respect", and especially "participation in decisions" are statistically significant determinants which predict collaboration among the critical care team. Analysis of subgroup suggest differences between physicians and nurses perception of these determinants. These results provide new evidences to understand the process of collaboration and teamwork in a critical care team, through the clarification of its determinants. In practical terms, this means that we should : i) promote the development of "collaborative" competence among professionals working in the field of critical care ; ii) aim at teaching and educating the various professionals, taking into account the determinants of collaboration identified in this study.

Keywords: Collaboration, interprofessional collaboration, critical care, teamwork, determinants, health care workers, physician, nurse

Table des matières

Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Dédicace	x
Remerciements.....	xi
Introduction et contexte théorique	1
Les particularités du milieu des soins intensifs : description d'une unité de soins intensifs ...	3
Les évènements indésirables et les erreurs médicales aux soins intensifs : l'importance de la collaboration interprofessionnelle et du travail d'équipe	7
La collaboration interprofessionnelle : une compétence et un processus important du travail d'équipe aux soins intensifs.....	10
La collaboration interprofessionnelle et ses déterminants dans le contexte des soins intensifs	13
La collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs : la perception des médecins et des infirmières.....	16
« L'anatomie et la physiologie » du travail d'équipe aux soins intensifs : l'application des théories et connaissances originant de la psychologie organisationnelle.....	18
Résumé du cadre théorique et formulation des hypothèses de recherche.....	25
Objectifs de recherche	28
Méthodologie.....	29
Participants à l'étude : critères d'inclusion et d'exclusion	30
Élaboration et composition du questionnaire.....	32
Procédure et déroulement du questionnaire.....	41
Analyses statistiques.....	42

Résultats.....	44
Description de la population étudiée.....	46
Analyses des propriétés psychométriques du questionnaire	48
Modèles d'analyses : vérification des hypothèses de recherche.....	48
Discussion.....	62
Résumé des résultats de la recherche.....	62
Discussion : les déterminants de la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs ..	63
Applications et retombées de cette recherche.....	67
Limitations de l'étude.....	69
Nouvelles questions de recherche et futurs projets de recherche.....	72
Conclusion.....	75
Références.....	77
Annexes	xiii
Annexe 1 - Tableaux résumant les principales études déjà existantes et touchant la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe dans le contexte des soins intensifs	xiv
Annexe 2 - Feuille explicative du projet de recherche pour les participants de l'étude	xx
Annexe 3 - Formulaire d'information et de consentement.....	xxii
Annexe 4 - Questionnaire aux participants.....	xxvii
Annexe 5 - Composition et références du questionnaire	xlii

Liste des tableaux

Tableau I - Description des fonctions et de la formation des professionnels de la santé constituant l'équipe de base d'une unité de soins intensifs de « type fermé » dans le contexte québécois.....	6
Tableau II - Ensemble des marqueurs « d'efficacité ou des résultats du travail d'équipe » pouvant être mesurés dans une équipe et une unité de soins intensifs.....	23
Tableau III - Liste des déterminants et des variables qui ont été étudiés et qui ont constitué le questionnaire distribué aux participants de l'étude.....	33
Tableau IV - Données démographiques et caractéristiques des professionnels de la santé participant à l'étude.....	46
Tableau V - Analyses descriptives (moyennes et écart-types) et la consistance interne (alpha de Cronbach) des déterminants étudiés dans le questionnaire que les professionnels de la santé ont complété ($N = 312$).....	50
Tableau VI - Comparaisons entre les médecins ($N = 46$) et les infirmières ($N = 187$) sur les différents déterminants étudiés dans le questionnaire.....	51
Tableau VII - Statistiques descriptives et corrélations entre les déterminants pour l'ensemble de tous les professionnels de la santé ($N = 302$).....	54
Tableau VIII - Statistiques descriptives et corrélations entre les déterminants pour l'ensemble du sous-groupe des médecins ($N = 45$).....	55
Tableau IX - Statistiques descriptives et corrélations entre les déterminants pour l'ensemble du sous-groupe des infirmières ($N = 182$).....	56
Tableau X - Régression multiple par hiérarchisation prédisant la collaboration pour l'ensemble des professionnels de la santé participant à l'étude ($N = 302$).....	58
Tableau XI - Régression multiple par hiérarchisation prédisant la collaboration pour le sous-groupe des médecins ($N = 45$).....	60
Tableau XII - Régression multiple par hiérarchisation prédisant la collaboration pour le sous-groupe des infirmières ($N = 182$).....	61
Tableau XIII - Résumé des principales études qualitatives sur les déterminants et les mécanismes qui influencent la compétence de la collaboration entre professionnels (médecins-infirmières) dans les unités de soins intensifs.....	xv
Tableau XIV - Résumé des principales études quantitatives démontrant l'importance de la collaboration interprofessionnelle (médecins-infirmières) et du travail d'équipe dans les unités de soins intensifs.....	xviii

Liste des figures

Figure 1 - Résumé du modèle de Cohen (1997) et du modèle ITEM, « Integrated (Health Care) Team Effectiveness Model », de Lemieux-Charles et McGuire (2006).....	19
Figure 2 - Description du modèle heuristique des déterminants et processus pouvant agir sur l'efficacité du travail d'équipe dans le contexte des soins intensifs.....	22
Figure 3 - Résumé du recrutement des participants dans l'étude.....	45
Figure 4 - Le nombre absolu de participants selon le type de profession (en considérant la formation des infirmières et des médecins).....	47
Figure 5 - Schématisation du modèle utilisé pour évaluer les déterminants sur la collaboration interprofessionnelle à l'aide d'une régression multiple par hiérarchisation.....	53

Liste des abréviations

B.Sc. :	Baccalauréat es sciences
CÉR :	Comité d'éthique de la recherche
CÉS :	Comité d'évaluation scientifique
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
DEC :	Diplôme d'études collégiales
MD :	Doctorat en médecine ou « Medical Doctor »
M.Sc. :	Maîtrise es sciences
Pharm.D. :	Docteur en pharmacie
SI :	Soins intensifs
USI :	Unité de soins intensifs

Dédicace

J'aimerais dédier ce travail à tous mes collègues et à tous les professionnels de la santé qui oeuvrent dans le milieu médical des soins intensifs, auprès de nos patients extrêmement malades. Leurs connaissances, leurs compétences, leur haut niveau de professionnalisme, leur acharnement au travail et leur profond dévouement à aider leur prochain et les plus malades sont parfois oubliés. Ils méritent d'être reconnus et mentionnés. En effet, les patients et leurs familles bénéficient grandement de l'engagement de ces professionnels de la santé et du travail d'équipe extraordinaire que procure une équipe de soins intensifs.

Remerciements

Dans le long parcours des études universitaires, que ce soit au premier cycle ou aux études supérieures, il existe toujours des personnes qui nous influencent, nous soutiennent et nous motivent à nous dépasser comme étudiant. Ils nous aident aussi à réaliser nos ambitions et nos rêves. Ce soutien inestimable occupe une part essentielle à la réussite d'un étudiant et devrait toujours être mentionné et souligné. Même si les remerciements ne peuvent pas égaler tous les appuis offerts à un étudiant universitaire, comme je l'ai été pendant 20 ans de ma vie, j'aimerais quand même prendre le temps de remercier les personnes suivantes qui m'ont soutenu, de proche ou de loin, tout au cours de mes études de maîtrise en pédagogie médicale à l'Université de Montréal :

→ Les chefs des différentes professions dans les unités de soins intensifs ainsi que les professionnels de la santé des soins intensifs du CHUM qui ont participé de façon importante et positive à cette étude. Cette participation démontre bien leur intérêt et leur souci au bien-être de leur équipe et au bon travail à accomplir aux soins intensifs.

→ Marc-Jacques Dubois pour sa perception pratique et positive de la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs. Il m'a aidé dans plusieurs étapes de cette étude, spécialement dans l'établissement des conditions idéales pour la collecte des données dans les unités de soins intensifs du CHUM. Dans le même ordre d'idées, l'aide précieuse des membres du bureau de la direction de l'enseignement du CHUM doit aussi être mentionnée. Ils ont facilité la distribution, les rappels et la réception des questionnaires.

→ François Rabbat, Monique St-Martin, Véronique Goyette, Lucille Chénard, Jean-Guy Blais, Bernard Charlin et Robert Gagnon, pour leurs expertises, leurs précieux conseils, ainsi que pour leur aide à certaines étapes de cette recherche.

→ Jacques Lacroix qui a toujours cru en moi et qui m'a soutenu dans mes recherches et ma formation de clinicien-chercheur. Dr Lacroix, un grand clinicien-chercheur, demeure pour moi une inspiration et un modèle à suivre.

→ Mes superviseurs, Paule Lebel et François Chiochio. Ils ont toujours été disponibles et enthousiastes dans l'accomplissement de mes travaux. J'ai pu tirer profit de leur rigueur scientifique et intellectuelle, ainsi que de leur enseignement de qualité. Ils ont démontré une compréhension et une flexibilité très appréciées face à mon horaire chargé, avec les défis de compléter une maîtrise tout en commençant ma pratique médicale en soins intensifs et en médecine interne. Merci à vous deux pour vos constants encouragements.

→ Ma famille, en débutant par mes parents. Ils ont toujours cru en moi et à mes capacités. Ils m'ont toujours encouragé et soutenu et cela, depuis le début de mes études. Je vous serai toujours reconnaissant. Enfin, à ma conjointe Martine et à mes trois enfants, Marie-Laurence, Justine et Louis-Thomas, qui m'ont appuyé et encouragé dans les différentes étapes de mes études. Merci pour votre compréhension.

De très grands et sincères remerciements à tous!

Jean-Nicolas Dubé, MD, FRCPC
Interniste et intensiviste

Introduction et contexte théorique

Une unité de soins intensifs poursuit des objectifs spécifiques et s'appuie sur des modes de fonctionnement qui la différencie des autres unités de soins dans un hôpital. Ainsi, la gravité et l'instabilité de l'état de santé des patients admis aux soins intensifs nécessitent des soins continus et particulièrement actifs. Cela exige l'utilisation de diverses technologies avancées, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, appliquées par une équipe de professionnels aux expertises diverses. Cette équipe, composée d'un grand nombre de professionnels hautement qualifiés, est dédiée complètement aux soins intensifs. Souvent, elle opère dans un espace restreint et dans des conditions de travail qui changent très rapidement. Dans une équipe de soins intensifs, de nombreuses interactions sont inévitables entre les différentes professions. Les notions de travail d'équipe et de collaboration entre les intervenants deviennent indispensables pour travailler dans ce milieu et assurer des soins de qualité aux patients.

La place et l'importance du travail d'équipe et de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé, comme dans le milieu des soins intensifs, sont maintenant indéniables. Les études et les données probantes sur ce sujet s'accumulent dans le domaine médical (Baggs 1992, Baggs 1997, Baggs 1999, D'Amour & Oandasan 2005, Knaus 1986, Lemieux-Charles 2005, Oandasan 2006, Reader 2009, Rose 2011, Zwarenstein 2009). Plusieurs organisations recommandent l'amélioration et l'augmentation des occasions de travail d'équipe et de collaboration entre les professionnels dans les milieux de la santé (Oandasan 2006, Health Council of Canada 2005). Dans les écrits et les études, beaucoup d'importance a été mise sur le travail d'équipe afin de diminuer les impacts négatifs majeurs des événements indésirables et des erreurs médicales, ainsi que pour augmenter la sécurité des patients (Despin 2009, Kohn 2000, Pronovost 2004, Reader 2009, Rose 2011, Sexton 2000, Shekelle 2013).

Cependant, il y a aussi plusieurs autres raisons d'encourager le travail d'équipe dans le domaine de la santé (D'Amour & Oandasan 2005, Lemieux-Charles 2005, Oandasan 2006, Reader 2009, Rose 2011). Ainsi, le travail d'équipe serait un moyen efficace pour : i) diminuer la morbidité et la mortalité des patients (autrement que par la diminution des erreurs médicales), ii) améliorer la qualité des soins offerts aux usagers du système de santé, iii) augmenter la satisfaction des patients, iv) réduire la charge de travail, le stress et le surmenage des travailleurs de la santé, v) augmenter la satisfaction et la loyauté au travail de ces intervenants de la santé, vi) augmenter l'organisation et l'efficacité d'utilisation des services offerts dans le système de santé (Oandasan 2006).

Les particularités du milieu des soins intensifs : description d'une unité de soins intensifs

Dans le système de santé du Québec et dans le reste du Canada, les unités de soins intensifs occupent une place très importante, sinon centrale, dans les centres hospitaliers. Selon les missions et les expertises que détient un hôpital, on peut retrouver une ou plusieurs unités de soins intensifs dans un même hôpital. Le nombre de lits d'une unité de soins intensifs peut varier de quelques lits (4 à 10 lits) à quelques dizaines de lits. Ces lits de soins intensifs correspondent en général de 5 à 10 % de tous les lits d'un hôpital (Brilli 2001, Hall 2005). Les unités de soins intensifs mobilisent à elles seules de considérables ressources des hôpitaux et du système de santé : ressources humaines, matérielles, technologiques et financières. Ainsi, plus de 20 % du budget des hôpitaux peut être consacré aux soins intensifs (Brilli 2001, Parrillo 2008). Les patients qui occupent ces lits présentent des conditions médicales instables, souvent critiques, mettant leur vie en danger et nécessitant des soins très actifs (Agrément Canada 2011, American College of Critical Care Medicine 1999, Hall 2005). Ils nécessitent un suivi et un monitoring de leurs signes vitaux de façon très rapprochée (aux minutes ou à l'heure), tout en recevant les traitements pour la pathologie aiguë les ayant amenés aux soins intensifs ou encore en recevant l'aide nécessaire pour les organes et les systèmes du corps humain qui sont défaillants, par exemple : ventilation mécanique, support aminergique, support rénal par dialyse, etc. (American College of Critical Care Medicine 1999, Hall 2005). La réanimation cardiorespiratoire auprès des patients de soins intensifs n'est pas un phénomène rare au quotidien. En résumé, ce sont les patients les plus malades d'un hôpital qui se retrouvent aux soins intensifs.

Les pathologies et les conditions médicales causant l'admission d'un patient aux soins intensifs sont très variées (American College of Critical Care Medicine 1999, Hall 2005) : i) conditions médicales (par exemple : sepsis sévère et choc septique, pneumonie sévère, infarctus du myocarde, choc cardiogénique, syndrome de détresse respiratoire aiguë, pancréatite aiguë) ; ii) conditions post-chirurgicales majeures, compliquées ou ayant un potentiel de se compliquer (par exemple : chirurgies cardiaques, chirurgies vasculaires, neurochirurgie) ; iii) conditions post-traumatiques (exemples : polytraumatisme, traumatisme cranio-cérébral sévère, grand brûlé) ; iv) intoxications volontaires et non volontaires ; v) don d'organes et greffe d'organes ; etc. Certaines unités de soins intensifs peuvent avoir comme

buts de traiter une grande variété de ces conditions médicales aiguës ou encore de se spécialiser dans certaines de ces conditions. Il existe différentes formes d'unités de soins intensifs selon les objectifs et les mandats qu'elles visent, soit des unités *médicales* (unité traitant seulement des conditions médicales), *chirurgicales* (unité traitant seulement des conditions post-chirurgicales), *mixtes* (unité traitant des conditions médicales et post-chirurgicales) ou encore *spécialisées* (unité des grands brûlés, unité de soins intensifs neurologique, unité coronarienne, unité pédiatrique, unité de traumatologie, etc.).

Habituellement, les lits de l'unité de soins intensifs sont regroupés physiquement à un même endroit dans un hôpital, souvent dans un espace de travail restreint et comprenant de nombreux appareils et technologies, pour permettre à une équipe de professionnels de procurer les soins appropriés aux patients. Dans un hôpital, l'unité de soins intensifs est souvent (mais pas toujours) située stratégiquement près du bloc opératoire, du département de radiologie ou du département des urgences. Cela permet aux patients dans une situation médicale critique d'avoir accès rapidement et efficacement aux soins intensifs, aux investigations et aux traitements qui sont appropriés pour leur situation. Au Canada et aux États-Unis, on reconnaît deux types d'unité de soins intensifs selon leur fonctionnement : une *unité ouverte* et une *unité fermée* (Agrément Canada 2011, Brillì 2001). Une *unité ouverte* de soins intensifs est une unité où chaque patient y est admis et pris en charge par un médecin traitant (exemple : médecin de famille, interniste, pneumologue, chirurgien) qui est responsable de son cas. Il peut y avoir un médecin traitant différent pour chacun des patients présents dans l'unité ouverte. Parfois, il peut y avoir un médecin-intensiviste dans l'unité qui joue un rôle de consultant en soins intensifs et ainsi aider les médecins traitants (Agrément Canada 2011, Brillì 2001). Ce genre d'unité de soins intensifs se retrouve de nos jours principalement dans les petits hôpitaux et dans les régions éloignées. Dans une *unité fermée*, tous les patients sont sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en soins intensifs : l'intensiviste. Le médecin-intensiviste y travaille alors à temps plein. Les patients sont admis et reçoivent leur congé des soins intensifs seulement après que l'intensiviste ait approuvé l'admission ou le congé. Il travaille en collaboration avec d'autres professionnels de la santé qui ont une formation, des intérêts, des compétences et une expertise dans la pratique des soins intensifs (Agrément Canada 2011, Brillì 2001). Au Québec, les unités fermées sont le mode de fonctionnement principalement utilisé dans les centres hospitaliers universitaires et les grands centres hospitaliers régionaux (Régime d'assurance maladie du Québec, 2014).

Sur une équipe de base des soins intensifs, dans un contexte « d'unité fermée » , on retrouve de façon constante les professionnels suivants dans le noyau de l'équipe : médecin-intensiviste, infirmières de soins intensifs, inhalothérapeutes et pharmaciens de soins intensifs (Brilli 2001). Selon les fonctions et la mission d'une unité de soins intensifs, d'autres professionnels et des étudiants peuvent faire partie intégrante de l'équipe de base des soins intensifs : nutritionniste, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc. Cette équipe de professionnels de la santé est responsable et dédiée à offrir des soins de santé dans son ensemble (diagnostics, investigations, traitements) aux patients se retrouvant dans une situation médicale critique. En plus d'avoir comme premier objectif d'offrir des soins de santé spécialisés, les professionnels de cette équipe sont souvent appelés à faire de l'enseignement, de la recherche et du développement des pratiques au quotidien. D'un point de vue organisationnel, certains membres de cette équipe ont des fonctions de leadership et de coordination du travail à faire quotidiennement auprès des malades.

L'équipe des soins intensifs est donc composée de plusieurs types de professionnels qui doivent constamment interagir afin d'atteindre des objectifs communs. Ce travail et ces interactions se font dans un contexte où chacun de ces professionnels possède des fonctions, des connaissances, des compétences, des formations et des cultures professionnelles qui les différencient au sein de l'équipe des soins intensifs (Brilli 2001, Rose 2011). De plus, des facteurs organisationnels des soins intensifs ou du système de santé peuvent affecter indirectement et parfois directement le travail et les interactions de ces professionnels (Canadian Health Services Research Foundation 2006). Le Tableau I présente l'ensemble des professionnels de la santé présents dans une équipe de base de soins intensifs, avec un résumé de leurs fonctions et de leurs formations dans le contexte québécois. Enfin, il doit être mentionné que, dans un contexte d'équipe élargie des soins intensifs, d'autres membres de l'équipe des soins intensifs soutiennent, par leurs actions, les professionnels de la santé dans leurs fonctions (par exemple : commis, préposés aux patients, concierges, etc.).

Tableau I - Description des fonctions et de la formation des professionnels de la santé constituant l'équipe de base d'une unité de soins intensifs de « type fermé » dans le contexte québécois.

Professionnels de la santé aux soins intensifs	Fonctions du professionnel aux soins intensifs	Type de formation professionnelle	Autres commentaires
Médecin-intensiviste	-Médecin expert et spécialisé en SI, membre d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un centre hospitalier, mais non employé de celui-ci -Fonctions : i) diagnostiquer et évaluer toute déficience de la santé de l'être humain, spécialement les situations médicales aiguës et critiques ; ii) traiter et prévenir les maladies dans le but de maintenir et rétablir la santé	-Formation universitaire -Possède le degré de MD avec une formation post-doctorale et spécialisée en SI	-Souvent perçu comme le leader d'une équipe de SI -En général, ratio d'un intensiviste pour 6 à 12 patients
Médecin-résident et « Fellow » de soins intensifs	-Médecin en formation, employé d'un centre hospitalier -Ils sont en stages pour un à plusieurs mois aux SI -Mêmes fonctions que le médecin-intensiviste, mais dans un contexte d'apprentissage et d'acquisition des compétences	-Formation universitaire -Possède le degré de MD -Formation post-doctorale en cours -Médecin-résident : en formation dans une autre spécialité que les SI - « Fellow » de soins intensifs : en formation dans la spécialité de SI	-Professionnel présent ou non dans les unités de milieu universitaire -Même si ce professionnel est en formation, cette dernière est assez avancée pour lui permettre d'être relativement autonome aux SI
Infirmière	-Employé d'un centre hospitalier -Fonctions : i) évaluer l'état de santé d'un patient aux SI ; ii) déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers aux SI ; iii) prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux (avec protocoles) afin d'assurer, de maintenir ou de rétablir la santé	-Deux types de formation : collégiale ou universitaire -Possède un DEC (collégial) -Possède un B.Sc. et parfois une M.Sc. (universitaire)	-En général, ratio d'une infirmière pour 1 à 2 patients
Inhalothérapeute	-Employé d'un centre hospitalier -Fonctions : i) contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ; ii) contribuer aux traitements qui affectent le système cardiorespiratoire	-Formation collégiale -Possède un DEC	-Professionnel principalement dédié au fonctionnement de la ventilation mécanique des patients aux SI
Pharmacien	-Employé d'un centre hospitalier -Fonctions : i) évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments aux SI ; ii) détecter et prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques ; iii) préparer, conserver et remettre des médicaments dans le but de traiter des maladies de SI	-Formation universitaire -Possède un B.Sc. et parfois une M.Sc. ou un Pharm.D.	

Note. *Selon les fonctions et la mission d'une unité de soins intensifs, d'autres professionnels et des étudiants peuvent faire partie intégrante de l'équipe de base des soins intensifs : nutritionniste, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc.

**B.Sc. = Baccalauréat es sciences ; DEC = Diplôme d'étude collégiale ; MD = docteur en médecine ; M.Sc. = Maîtrise es sciences ; Pharm.D. = docteur en pharmacie ; SI = Soins intensifs.

***Références : Brill 2001 et les définitions des champs de pratique du CHUM (2002).

Les évènements indésirables et les erreurs médicales aux soins intensifs : l'importance de la collaboration interprofessionnelle et du travail d'équipe

Depuis plus d'une vingtaine d'années, la problématique des erreurs médicales dans le domaine de la santé est bien connue et documentée, erreurs qui peuvent être présentes dans la sphère du diagnostic, du traitement ou de la prévention (Kohn 2000). Ces erreurs médicales sont fréquentes et non négligeables dans la pratique quotidienne des équipes en santé. Selon le « Institute of Medicine » (Kohn 2000), il y aurait aux États-Unis, à chaque année, 44 000 à 98 000 décès attribuables à des erreurs médicales. Au Canada, cela représenterait entre 9 250 et 23 750 personnes affectées annuellement (Health Council of Canada 2005). Le milieu des soins intensifs n'est pas épargné par ce phénomène, étant donné la rapidité, l'intensité et la complexité des soins offerts aux patients dont l'état de santé est critique (Rothschild 2005, Rose 2011). Le milieu des soins intensifs, comme celui de la salle d'opération et des urgences, représente l'un des endroits les plus sujets à ces erreurs médicales dans un hôpital (Kohn 2000, Rothschild 2005).

Les écrits médicaux distinguent un *évènement indésirable* d'une *erreur médicale* (Rothschild 2005). Tout préjudice ou blessure qui est due à un traitement ou à une prise en charge médicale (plutôt que la maladie sous-jacente) peut constituer un *évènement indésirable* (par exemple : réaction allergique secondaire à un antibiotique ; arythmie secondaire à un cathéter central). Une *erreur médicale* peut être représentée comme l'échec de toutes actions planifiées qui devaient être complétées comme prévu, ou encore, comme l'utilisation d'un mauvais plan ou d'une action pour atteindre un but (par exemple : utilisation du mauvais médicament pour traiter une maladie ; regarder et interpréter une radiographie qui n'est pas celle du patient). L'étude prospective et observationnelle de Rothschild (2005) a porté spécifiquement sur l'incidence et la nature des évènements indésirables et des erreurs médicales aux soins intensifs. Sur les 391 patients inclus dans cette cohorte d'un milieu de soins intensifs tertiaire universitaire, 79 patients (soit 20,2 % de la cohorte) ont subi des évènements indésirables dont 66 pouvant être prévenus et 54 ne pouvant pas être prévenus. Il y a 223 patients qui ont subi des erreurs sérieuses. Certains de ces évènements indésirables (13 %) et erreurs sérieuses (11 %) mettaient la vie du patient en danger ou entraînaient la mort. L'ordonnance et l'exécution des traitements, spécialement la médication, expliquaient

principalement ces événements (Rothschild 2005). D'autres études observationnelles ont aussi constaté des taux d'incidences élevés d'événements indésirables et d'erreurs médicales aux soins intensifs (Bates 1995, Bracco 2001, Donchin 1995, Osmon 2004, Valentin 2006). Dans ces études, les causes mentionnées des événements indésirables et des erreurs médicales provenaient de différentes sources : l'utilisation de la médication aux soins intensifs (Bates 1995, Kopp 2006, Valentin 2006), la communication entre médecins et infirmières (Donchin 1995), la formation des étudiants (Singh 2007), l'intubation et la ventilation mécanique (Valentin 2006), les techniques et procédures spécifiques aux soins intensifs (Valentin 2006).

Ces événements indésirables et ces erreurs médicales ont des conséquences majeures et génèrent des « coûts » élevés autant en termes humains, matériels, sociétaux que monétaires (Kohn 2000, Health Council of Canada 2005). Ces coûts élevés peuvent être mesurés à plusieurs niveaux : i) augmentation de la morbidité et de la mortalité parmi le groupe des patients (Bracco 2001, Osmon 2004, Rothschild 2005), ii) augmentation de la durée d'hospitalisation des patients aux soins intensifs (Bracco 2001, Kaushal 2007), iii) augmentation des coûts financiers (Bracco 2001, Kaushal 2007), iv) diminution de la confiance et de la satisfaction des soins et du système de santé par les patients et les professionnels de la santé (Kohn 2000), v) diminution de la productivité dans la société en perdant un potentiel de personnes pouvant travailler, étudier et contribuer à la société (Kohn 2000). Ces constats mettent en évidence qu'il existe un problème majeur d'erreurs médicales aux soins intensifs et que des efforts doivent être déployés sur le terrain et dans la recherche afin de comprendre cette problématique et d'amener des pistes de solutions (Bates 1995, Bracco 2001, Despin 2009, Donchin 1995, Kaushal 2007, Kohn 2000, Osmon 2004, Pronovost 2004, Rothschild 2005, Sexton 2000, Valentin 2006).

Afin de diminuer les événements indésirables et les erreurs médicales, et ainsi d'augmenter la sécurité des patients et de créer une « culture de sécurité » dans le milieu de travail, plusieurs pistes de solutions et des stratégies efficaces ont été élaborées et recommandées dans les écrits du milieu médical (Curtis 2006, Despin 2009, Donchin 1995, Health Council of Canada 2005, Kohn 2000, Kopp 2006, McCauley 2006, Osmon 2004, Pronovost 2004, Sexton 2000, Shekelle 2013). La collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe représentent une solution majeure à la problématique des erreurs médicales

(Despin 2009, Kohn 2000, Pronovost 2004, Reader 2009, Rose 2011, Sexton 2000, Shekelle 2013). Des instituts, associations et organisations reconnues, s'intéressant au domaine des soins intensifs et à la qualité des soins offerts dans ces milieux, soutiennent fermement cette solution. C'est le cas du « Health Council of Canada » (2005), du « Canadian Health Services Research Foundation » (Oandasan 2006), de l'« Institute of Medicine » aux États-Unis (Kohn 2000), de l'« American Association of Critical-Care Nurses » et de l'« American College of Chest Physicians » (McCauley 2006).

Néanmoins, même si la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe semblent être une avenue intéressante pour diminuer les erreurs médicales aux soins intensifs, ils ne sont pas garants de réussite. Les multiples interactions nécessitant la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe aux soins intensifs peuvent mener à des tensions, des conflits, un travail inefficace dans l'équipe de soins, ce qui pourrait éventuellement apporter de nouveaux risques d'erreurs médicales et par le fait même un impact négatif sur la qualité des soins aux patients (McCauley 2006, Lingard 2004, Hawryluck 2002, Rose 2001, Sexton 2000). De ce point, il faut donc instaurer de bonnes pratiques de collaboration interprofessionnelle et de travail d'équipe. La recherche en psychologie organisationnelle a apporté une compréhension importante dans la structure et le fonctionnement d'une équipe (Cohen 1997, Devine 2002, Ilgen 2005, Lemieux-Charles 2006, Mathieu 2008). Certaines équipes, comme celles du domaine de l'aviation ont fait l'objet d'études qui leur ont permis d'optimiser leur efficacité de travail d'équipe (Despin 2009, Sexton 2000). À l'opposé, le fonctionnement des équipes des soins intensifs, avec leurs spécificités, doit être beaucoup mieux compris afin d'améliorer l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle et de diminuer les événements indésirables et les erreurs médicales dans une unité de soins intensifs (Despin 2009, Reader 2009, Rose 2001).

La collaboration interprofessionnelle : une compétence et un processus important du travail d'équipe aux soins intensifs

Pour le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, « comme *collaborateurs*, les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients » (Frank 2005, page 15). Cette proposition venant d'un organisme notoire, le « Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada », est dirigée vers les médecins spécialistes du Canada qui doivent posséder plusieurs compétences pour travailler dans le milieu de la santé, dont celui d'être un bon collaborateur (Frank 2005). En réalité, les autres professionnels de la santé sont soumis aux mêmes exigences de leur ordre ou organisme d'accréditation professionnels (par exemple : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec). Enfin, cet énoncé introduit des concepts théoriques et pratiques très importants pour le milieu des soins intensifs, soient ceux de « collaboration », « d'équipe », de « travail en équipe » et « d'efficacité du travail d'équipe » .

Pour le bien des patients, on demande clairement et avec insistance aux professionnels de la santé de travailler en équipe et en collaboration dans leur milieu de travail (Kohn 2000, Oandasan 2006). Il y a deux raisons majeures à s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs : i) c'est un processus très important du travail d'équipe dans le domaine de la santé, dont le milieu des soins intensifs ; ii) la collaboration est une compétence. Il existe donc un potentiel d'apprentissage, d'acquisition et d'amélioration de cette compétence pour les professionnels de la santé.

i) La collaboration : un processus très important du travail d'équipe dans le milieu des soins intensifs

La collaboration est un processus qui occupe une position centrale dans le travail d'équipe (Chiocchio, Grenier et al. 2012, Lemieux-Charles 2006, Vinokur-Kaplan 1995). La collaboration est un processus complexe qui sous-entend d'autres processus tels que la communication, la coordination implicite, la coordination explicite et la synchronisation

temporelle (Chiocchio, Grenier et al. 2012). Dans le domaine de la santé et le milieu des soins intensifs, la collaboration interprofessionnelle est souvent considérée comme le processus le plus important du travail d'équipe et des résultats (ou efficacité) de l'équipe (Oandasan 2006, Rose 2011). C'est un processus tellement important qu'il est aussi étudié dans les écrits scientifiques comme un extrant potentiel d'un travail d'équipe efficace. Pour Oandasan (2006), « une collaboration efficace peut être perçue soit comme un procédé qui affecte les résultats du travail en équipe (à savoir, l'amélioration des soins au patient et la satisfaction du soignant), soit comme une fin en soi ». De façon concrète, des études démontrent que ce processus apporte des résultats de travail d'équipe et des performances améliorées et accrues aux soins intensifs (Rose 2011). La collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs aurait le potentiel de diminuer la mortalité (Baggs 1992, Baggs 1999, Knaus 1986, Suarez 2004, Wheelan 2003), d'améliorer les soins aux patients (Baggs 1997), de diminuer les réadmissions aux soins intensifs (Baggs 1992, Baggs 1999), de raccourcir la durée de séjour aux soins intensifs (Suarez 2004, Young 1998), de baisser les coûts directs (Baggs 1997, Clemmer 1999, Young 1998), d'augmenter la sécurité des patients ou de réduire les erreurs médicales (Pronovost 2004, Sexton 2000) et enfin de diminuer les complications pouvant être observées aux soins intensifs telles les pneumonies acquises sur ventilateur ou les plaies de pression (Manojlovich 2009). À l'inverse, une collaboration inefficace influence le moral et le fonctionnement de l'équipe des soins intensifs (Baggs 1997) et génère des conflits et du stress dans le milieu de travail (Conflicus Study 2009). Enfin, à la suite de ces constats importants, il doit être mentionné qu'il est possible d'intervenir et d'améliorer le processus de la collaboration interprofessionnelle dans une unité de soins intensifs. Ceci peut être fait en permettant des ajustements et des interventions au niveau du contexte social et politique de la pratique des soins intensifs ou encore du contexte organisationnel d'une unité de soins intensifs (Oandasan 2006, Rose 2011).

ii) La collaboration est une compétence

Il y a un potentiel important d'agir et d'améliorer la collaboration interprofessionnelle dans un milieu de soins intensifs, auprès de chaque professionnel de la santé, en considérant que ce processus est aussi une compétence. En fait, la collaboration est une des compétences transversales importantes et reconnues pour travailler dans le milieu de la santé, tel qu'il est

démontré par le cadre des compétences CanMEDS (Frank 2005). Le concept de compétence dérive des modèles d'apprentissage venant de la psychologie cognitive, du constructivisme et du socioconstructivisme (Lasnier 2000, Tardif 2006). Une compétence est « un savoir-agir complexe résultant de l'intégration, de la mobilisation et de l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur ou social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun » (Lasnier 2000, page 32). Il y a un caractère intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif à l'utilisation d'une compétence (Tardif 2006). D'un point de vue pratique, une compétence peut se développer et être acquise chez un individu dans un temps approprié et avec les ressources nécessaires. La compétence transversale de la collaboration, chez un professionnel de la santé qui travaille aux soins intensifs, doit donc être acquise durant sa formation professionnelle. Celui-ci doit avoir le potentiel pour se développer et pour s'améliorer tout au long de sa carrière en appliquant des interventions appropriées. L'éducation interprofessionnelle (D'Amour & Oandasan 2005, Oandasan 2005) ainsi que les autres stratégies et interventions (Oandasan 2006) décrites dans les écrits pédagogiques médicaux ont pour buts de définir les objectifs et moyens pédagogiques afin d'apprendre, de développer, d'acquérir et d'améliorer cette compétence transversale auprès des professionnels travaillant dans le domaine de la santé.

La collaboration interprofessionnelle et ses déterminants dans le contexte des soins intensifs

Plusieurs études et modèles s'intéressent spécifiquement aux déterminants qui influencent la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes en santé (D'Amour & Oandasan 2005, Fernandez 2008, Nijhuis 2007, Oandasan 2006, San Martin-Rodriguez 2005). Parmi ces modèles, le modèle « *Framework of Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice* », développé par D'Amour & Oandasan (2005) et très fréquemment cité, présente comme objectifs de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient : i) un meilleur devenir du patient et ii) une organisation efficace des services de santé (D'Amour & Oandasan 2005). Des déterminants de différents ordres peuvent influencer la collaboration : *déterminants relationnels* (relations interpersonnelles entre les membres d'une équipe ; par exemple : les professionnels composant l'équipe des soins intensifs), *organisationnels* (conditions liées à l'organisation ; par exemple : l'unité de soins intensifs comme organisation) ou *systémiques* (conditions liées à l'environnement externe à l'organisation ; par exemple : conditions venant de l'hôpital ou du Ministère de la santé et des services sociaux) (San Martin-Rodriguez 2005).

Parmi les déterminants proposés et étudiés précédemment, certains semblent être essentiels et même incontournables pour en arriver à une collaboration interprofessionnelle efficace dans les milieux de travail en santé. Pour D'Amour, Ferrada-Videl et al. (2005), le concept de la collaboration implique et sous-entend les concepts importants de partage, de partenariat, d'interdépendance, mais aussi de pouvoir. Dans le rapport d'Oandasan (2006), les éléments suivants semblent essentiels pour assurer une bonne collaboration interprofessionnelle dans un milieu de travail en santé : l'interdépendance, l'autonomie, les rôles et objectifs clairement définis, la communication, la confiance (en soi et envers les autres), le respect mutuel, un bas niveau de conflits, l'attitude face à la résolution de conflits. Qu'en est-il spécifiquement pour le milieu des soins intensifs ? Est-ce que les déterminants identifiés de la collaboration interprofessionnelle sont aussi essentiels pour une équipe de soins intensifs ? Est-ce que d'autres déterminants sont essentiels ou caractérisent mieux ce milieu ? Les réponses à ces questionnements sont importantes afin de mieux comprendre le processus et la compétence de la collaboration dans le contexte des soins intensifs.

Aux soins intensifs, les déterminants de la collaboration interprofessionnelle ont été explorés dans le contexte d'une pratique quotidienne des soins intensifs (Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004) ainsi que dans le contexte de crise, c'est-à-dire lorsqu'un patient est médicalement instable (Piquette 2009). Cependant, l'ensemble des études dans ce domaine restent peu nombreuses et essentiellement exploratoires (Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009). Des questions touchant le processus de la collaboration médecin-infirmière ont permis de faire ressortir que « travailler ensemble » est au cœur du processus (Baggs 1997). Pour Baggs (1997), il y a deux grandes classes de déterminants qui peuvent influencer cette collaboration : « être disponible » (temps, endroit et connaissances) et « être réceptif » (intérêt à collaborer, respect et confiance mutuels, ouverture à la discussion et à la communication) (Baggs 1997).

Hawryluck (2002) et Lingard (2004) se sont aussi intéressés aux déterminants et aux mécanismes qui affectent la collaboration et le travail d'équipe. Par des entrevues auprès de professionnels de soins intensifs (Hawryluck 2002) et par des observations dans les unités de soins intensifs (Lingard 2004), l'analyse qualitative a permis d'identifier qu'il existe deux équipes : l'équipe de base (« Core Team ») des soins intensifs et l'équipe élargie (« Expanded Team ») avec les professionnels venant de l'extérieur de l'unité des soins et qui s'ajoutent à l'équipe de base (Hawryluck 2002). Il y a présence de fluctuations significatives dans la cohésion de ces équipes ; ceci dépend du degré de collaboration versus du degré de conflits (Hawryluck 2002). Six catalyseurs (ou déterminants) font fluctuer le niveau de collaboration ou de conflits dans l'équipe : i) l'autorité (accord sur le leadership et la prise de décisions), ii) l'éducation (buts et valeurs partagés entre les étudiants et l'équipe ; la formation ne doit pas rivaliser avec les besoins du patient), iii) les besoins du patient (accords ou désaccords dans l'équipe sur les besoins du patient et sur la façon d'y répondre), iv) les connaissances (reconnaissance et revendication de certaines sphères de connaissances), v) les ressources (compétition pour les ressources limitées) et vi) le temps (limitations dans le temps).

L'exploration des interactions entre les professionnels pour atteindre les buts cliniques quotidiens, pour marquer les limites d'une profession et pour négocier la résolution de situations complexes, a permis d'identifier deux mécanismes importants sur le processus de la

collaboration : i) la « perception de possession » (des connaissances spécialisées, des équipements, des responsabilités) d'un individu ou d'un groupe d'individus d'une même profession et ii) le « processus des échanges » entre les individus (ressources matérielles et sociales). Ces études suggèrent une vision plus nuancée du travail d'équipe : une entité fluide et complexe, influencée par les catalyseurs récurrents (Hawryluck 2002). C'est aussi un ensemble d'individus qui négocient continuellement sur la base des différents rôles, des besoins immédiats et des « règles du jeu » (Lingard 2004).

Les trois études venant d'être présentées (Baggs 1999, Hawryluck 2002, Lingard 2004) sont parmi les plus importantes analysant la collaboration interprofessionnelle et ses déterminants dans le contexte spécifique des soins intensifs. L'annexe 1 présente un résumé (sous forme d'un tableau comparatif) de ces trois études ainsi que l'ensemble des déterminants de la collaboration qu'elles décrivent. Une des forces de ces études, qui ont utilisé une méthodologie exploratoire (études qualitatives), est d'avoir fait ressortir les déterminants et les processus de la collaboration interprofessionnelle les plus pertinents et caractérisant l'équipe et le milieu des soins intensifs (Baggs 1999, Hawryluck 2002, Lingard 2004). Ce sont les meilleures données dont nous disposons dans ce domaine jusqu'à présent. Cependant, on peut se questionner si ces études ont décrit l'ensemble de tous les déterminants potentiels de la collaboration aux soins intensifs. De même, il peut y avoir un ou plusieurs de ces déterminants particulièrement plus importants pour la collaboration et qui méritent d'être identifiés, afin de rendre plus facile l'application de ces connaissances. Plusieurs questionnements subsistent dans ce domaine.

La collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs : la perception des médecins et des infirmières

Les multiples interactions et obligations que nécessite une collaboration interprofessionnelle, ainsi que les nombreux obstacles pouvant être rencontrés, ont le potentiel d'entraîner des tensions, des conflits et un travail inefficace entre les différents professionnels de la santé. Ceci amène éventuellement un impact négatif sur la qualité des soins aux patients (McCauley 2006, Rose 2011). Les médecins et les infirmières sont des professionnels des soins intensifs qui peuvent facilement contribuer à ce phénomène : professionnels qui sont des acteurs très importants dans une équipe de soins intensifs par leurs compétences, leur nombre ou encore par leur partage du « pouvoir ». Des études ont démontré qu'il y a des perceptions et des attitudes divergentes entre les médecins et les infirmières concernant la collaboration et le travail d'équipe (Baggs 1992, Baggs 1999, Coombs 2003, Ferrand 2003, Thomas 2003). Dans l'étude descriptive et transversale (type enquête) de Thomas (2003) faite auprès des médecins et infirmières de huit unités de soins intensifs aux États-Unis, 73 % des médecins disaient avoir une très bonne relation de collaboration avec les infirmières de leur unité de soins intensifs, ce qui n'était que de 33 % du point de vue des infirmières à l'égard de leurs collègues médecins. Certains éléments avancés dans l'étude de Thomas (2003) pour expliquer cette divergence sont la différence de statut d'autorité, des responsabilités, du sexe, de la formation et de la culture des médecins versus celle des infirmières. L'étude multicentrique Conflicus (2009) corrobore les divergences observées par Thomas et al. (2003), avec la perception de conflits aux soins intensifs chez 71,6 % des répondants au questionnaire de cette étude. Les conflits entre médecins et infirmières étaient les plus communs (32,6 % des conflits), suivis des conflits entre infirmières (26,6 % des conflits). Leur origine était l'animosité personnelle, la méfiance et les lacunes de communication (Conflicus 2009).

Les divergences et les conflits entre médecins et infirmières aux soins intensifs ont probablement un impact majeur sur le reste de l'équipe et les soins aux patients (Baggs 1999, Conflicus Study 2009, Donchin 1995, Ferrand 2003, Larson 1999). Donchin (1995) propose que les erreurs médicales pourraient être attribuables à des problèmes de communication entre médecins et infirmières. Il y a même des suggestions d'accentuer les études regardant spécifiquement les relations et les problématiques entre ces deux catégories professionnelles

afin d'augmenter la collaboration interprofessionnelle en soins intensifs (Ferrand 2003, Hughes 2010, Larson 1999, Lockhart-Wood 2000, Nair 2012). Quelques études exploratoires ont donné d'autres explications à cette divergence entre les deux professions (Coombs 2003, Ferrand 2003, Higgins 1999, Manias 2001, Stein-Parbury 2007). En considérant que les médecins et les infirmières des soins intensifs ont les mêmes intérêts et soucis envers leurs patients, l'implication de ces deux professions dans la prise en charge et la prise des décisions médicales pour le bien de leurs patients critiques nécessitent une collaboration et une communication connues et apportent, à la même occasion, une source potentielle de conflits (Coombs 2003, Hawryluck 2002, Rose 2011). Pour Coombs (2003) le rôle de l'infirmière a changé au fil du temps aux soins intensifs (par exemple : plus de fonctions pour les infirmières, plus de manipulations des technologies spécifiques aux soins intensifs, plus de connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour être fonctionnel dans le milieu, plus de contacts privilégiés avec les patients et leurs familles). Néanmoins, ce changement aurait peu d'impact sur l'implication que prendrait l'infirmière dans les prises de décisions cliniques. Il y aurait toujours des divergences et des conflits entre médecins et infirmières lors des discussions touchant la prise en charge des patients (Coombs 2003). En ce qui concerne les infirmières, il serait souvent difficile d'exprimer leurs opinions ou d'être considérées pour leurs connaissances et compétences, par l'équipe médicale, lors des situations de prise de décisions (Coombs 2003). Ce constat a aussi été rapporté dans d'autres études (Baggs 1997, Ferrand 2003, Manias 2001, Stein-Parbury 2007, Thomas 2003).

En résumé, même s'il y a des explications pour les conflits et la divergence sur le plan de la collaboration entre les médecins et les infirmières travaillant aux soins intensifs, le déterminant de la participation et de la prise des décisions au niveau clinique semble avoir toute son importance. Le système hiérarchisé des soins intensifs ainsi que la responsabilisation et la culture des médecins pourraient être des facteurs importants empêchant les infirmières de participer activement aux décisions prises au sujet des patients (Coombs 2003, Lockhart-Wood 2000, Rose 2011, Stein-Parbury 2007). Une meilleure caractérisation et compréhension de la relation médecins-infirmières aux soins intensifs devient donc nécessaire, particulièrement l'impact réel du déterminant de la « participation aux décisions » sur la collaboration entre ces deux professions.

« L'anatomie et la physiologie » du travail d'équipe aux soins intensifs : l'application des théories et connaissances originant de la psychologie organisationnelle

Les données et modèles en santé et dans le milieu des soins intensifs, sur la collaboration interprofessionnelle et ses déterminants, permettent de donner une bonne vue d'ensemble du phénomène (Baggs 1997, D'Amour & Ferrada-Videla 2005, D'Amour & Oandasan 2005, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Oandasan 2006, San Martin-Rodriguez 2005). Cependant, il ne faudrait pas oublier que la collaboration s'intègre à d'autres concepts comme ceux d'une équipe, du travail en équipe et de l'efficacité du travail d'équipe (Cohen 1997, Ilgen 2005, Lemieux-Charles 2006, Mathieu 2008, Oandasan 2006). En fait, ces derniers concepts sont bien caractérisés, étudiés et compris depuis plus longtemps dans d'autres domaines qui peuvent ressembler, à certains points, au milieu médical et aux soins intensifs (Cohen 1997, Ilgen 2005, Mathieu 2008). C'est le cas du milieu de l'aviation, des sports compétitifs ou de l'entreprise (Sexton 2000, Despins 2009). Ces théories et connaissances dérivent de la psychologie organisationnelle.

Une équipe peut être définie comme un « groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles » (Oandasan 2006, Cohen 1997). L'équipe des soins intensifs doit être principalement considérée comme une équipe soignante (Devine 2002, Oandasan 2006) ou une équipe de travail (Cohen 1997, Devine 2002), c'est-à-dire une unité de travail responsable d'offrir des soins directs aux patients. De façon pratique, dans le domaine de la santé, « le travail en équipe est l'interaction ou la relation entre deux ou plusieurs professionnels de la santé qui travaillent de manière interdépendante afin de prodiguer des soins aux patients » (Oandasan 2006). Cette définition s'applique très bien à une équipe de soins intensifs qui profite d'un « travail collaboratif » afin de prodiguer des soins de santé aux patients les plus malades d'un milieu hospitalier (Oandasan 2006, Rose 2011).

Une équipe est un système complexe, avec de multiples dimensions, fonctionnant et évoluant dans le temps et selon les tâches et les contextes ; c'est ce que démontre le modèle dynamique IMO (input-mediator-output-input) au sujet du travail d'équipe (Ilgen 2005). Il y a des facteurs prédisposants (« inputs ») et des processus (« mediators ») qui amèneront l'équipe à un niveau d'efficacité (« outputs » ou « outcomes »). Par un fonctionnement cyclique, cette efficacité d'équipe affectera aussi ces facteurs prédisposants et ces processus (Ilgen 2005). Le modèle de Ilgen (2005) et plusieurs autres modèles venant de la psychologie organisationnelle permettent de comprendre la composition et le fonctionnement d'une équipe (Cohen 1997, Mathieu 2008). Lemieux-Charles et McGuire (2006) ont intégré et appliqué le modèle de Cohen (1997) pour le fonctionnement d'une équipe travaillant dans le domaine de la santé en conceptualisant le modèle ITEM, soit l'« Integrated (Health care) Team Effectiveness Model » (la Figure 1 résume ces modèles).

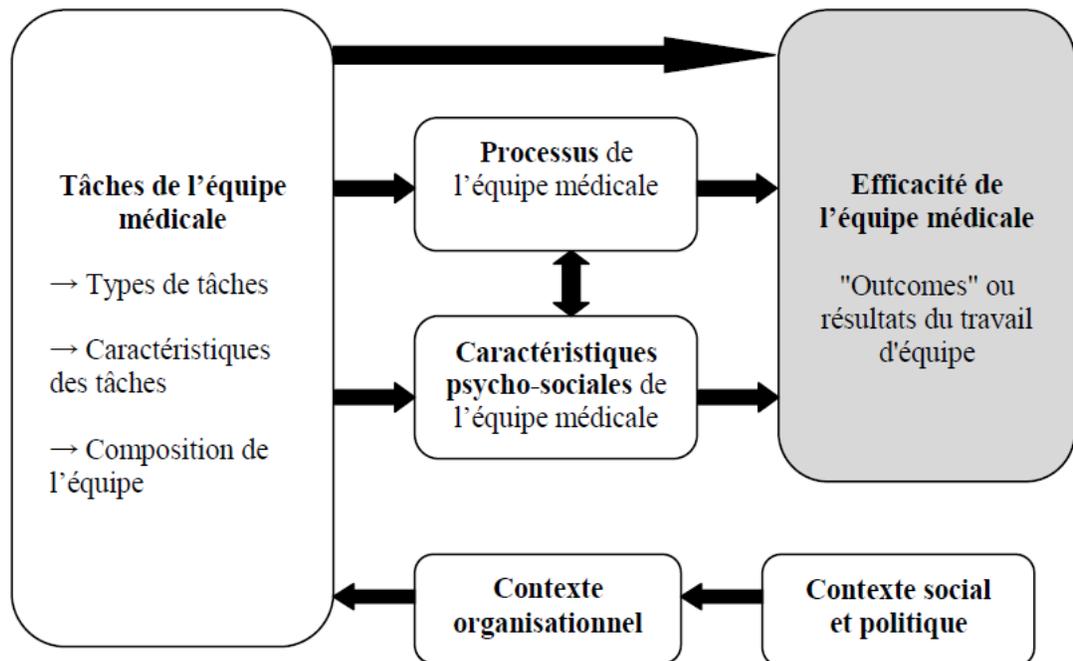


Figure 1 - Résumé du modèle de Cohen (1997) et du modèle ITEM, « Integrated (Health Care) Team Effectiveness Model », de Lemieux-Charles et McGuire (2006).

Dans le modèle ITEM (voir Figure 1), les déterminants du travail d'équipe peuvent être catégorisés en facteurs prédisposants et en processus (Lemieux-Charles 2006, Oandasan 2006). En ce qui concerne les facteurs prédisposants, il faut premièrement considérer les facteurs externes à l'équipe qui peuvent affecter directement ou indirectement le travail d'équipe (Oandasan 2006) : i) les facteurs venant d'un contexte social et politique ; ii) les facteurs issus d'un contexte organisationnel. Les facteurs provenant d'un contexte social et politique (ou systématique) représentent les conditions et politiques qui encouragent ou, au contraire, qui nuisent à la promotion du travail d'équipe ; en santé, ces facteurs peuvent, par exemple, provenir des hautes instances d'un hôpital, des ordres professionnels ou encore des politiques ministérielles (Oandasan 2006). D'un autre côté, il y a aussi les facteurs liés au contexte organisationnel (c'est-à-dire les interventions, les conditions, les stratégies, la culture et les structures organisationnelles) qui permettent d'offrir à un milieu de travail les ressources et les structures nécessaires pour une collaboration et un travail d'équipe efficaces (Oandasan 2006).

Parmi les autres facteurs prédisposants qui doivent être considérés et qui touchent directement le travail d'une équipe, mentionnons les tâches que l'équipe doit accomplir (types et caractéristiques des tâches et composition de l'équipe pour accomplir celles-ci), ainsi que les caractéristiques psychosociales de l'équipe, c'est-à-dire les valeurs et normes que possèdent les différents membres composant l'équipe (Oandasan 2006). Les « processus » dans le modèle ITEM (voir Figure 1) correspondent aux mécanismes qu'utilisent les membres d'une équipe afin de rendre le travail d'équipe efficace. Parmi ces notions de travail d'équipe, la « collaboration » doit être analysée comme « un processus par lequel il y a interaction et relation entre des professionnels de la santé qui travaillent dans un milieu où il y a une équipe » (Oandasan 2006). La collaboration (et les éléments essentiels de la collaboration) produit le travail d'équipe, avec un potentiel important d'améliorer et de rendre efficace le travail de l'équipe (Oandasan 2006).

De façon pratique et spécifique au milieu des soins intensifs, nous avons construit un modèle adapté en incluant les déterminants et processus pouvant influencer potentiellement l'efficacité d'une équipe de soins intensifs. Notre modèle, présenté à la Figure 2, est principalement élaboré à partir des concepts du modèle ITEM de Lemieux-Charles (2006)

pour le milieu de la santé en général (voir la Figure 1). De même, notre modèle a pris en considération les différentes sources venant des écrits scientifiques de la psychologie organisationnelle, du domaine de la santé et du milieu des soins intensifs : i) le modèle de Cohen (1997), ii) le modèle IMOI (input-mediator-output-input) de Ilgen (2005), iii) la revue systématique de San Martin-Rodriguez (2005) et iv) les études exploratoires et les révisions touchant les déterminants influençant la collaboration dans le contexte des soins intensifs (Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009, Reader 2009, Rose 2011). Notre modèle, présenté dans le cadre de cette recherche, a un but heuristique et il est non définitif. Il représente de façon non exclusive l'ensemble des déterminants pouvant potentiellement affecter l'efficacité d'une équipe de soins intensifs. C'est une tentative de synthèse et d'application de concepts : il permet de situer les différents déterminants dans le système complexe et dynamique d'une équipe de soins intensifs.

L'effet des déterminants et processus du travail d'équipe aboutis au résultat du travail d'une équipe (« outputs » ou « outcomes »), qui peut être aussi défini comme « l'efficacité du travail d'équipe » (Ilgen 2005, Lemieux-Charles 2006, Oandasan 2006). Ces résultats peuvent être multidimensionnels et être mesurés de différentes façons (Cohen 1997, Lemieux-Charles 2006, Oandasan 2006). Ils peuvent être mesurés objectivement (ex : qualité des soins aux patients, diminution des erreurs, réduction des coûts, etc.) et subjectivement (ex : perception d'efficacité par l'équipe, sentiment d'appartenance, etc.) (Cohen 1997, Lemieux-Charles 2006, Oandasan 2006). Dans le domaine de la santé, comme dans le milieu des soins intensifs, plusieurs mesures existent et peuvent être utilisées afin d'évaluer l'efficacité d'une équipe (Lemieux-Charles 2006, Oandasan 2006, Reader 2009, Rose 2011). Parallèlement, il existe des mesures de performance bien connues et spécifiques permettant d'évaluer les activités d'une unité de soins intensifs (Curtis 2006, Garland 2005, Hall 2005). Ces mesures de performance d'une unité de soins intensifs, conséquences évidentes d'un travail d'équipe, peuvent être des résultats d'ordre médical, économique, institutionnel, psychosocial et éthique (Garland 2005, Hall 2005). Le Tableau II présente un ensemble de marqueurs sur « l'efficacité du travail d'équipe » ou « outcomes » pouvant potentiellement être mesurés dans une équipe de soins intensifs (Curtis 2006, Garland 2005, Hall 2005, Lemieux-Charles 2006, Reader 2009, Rose 2011).

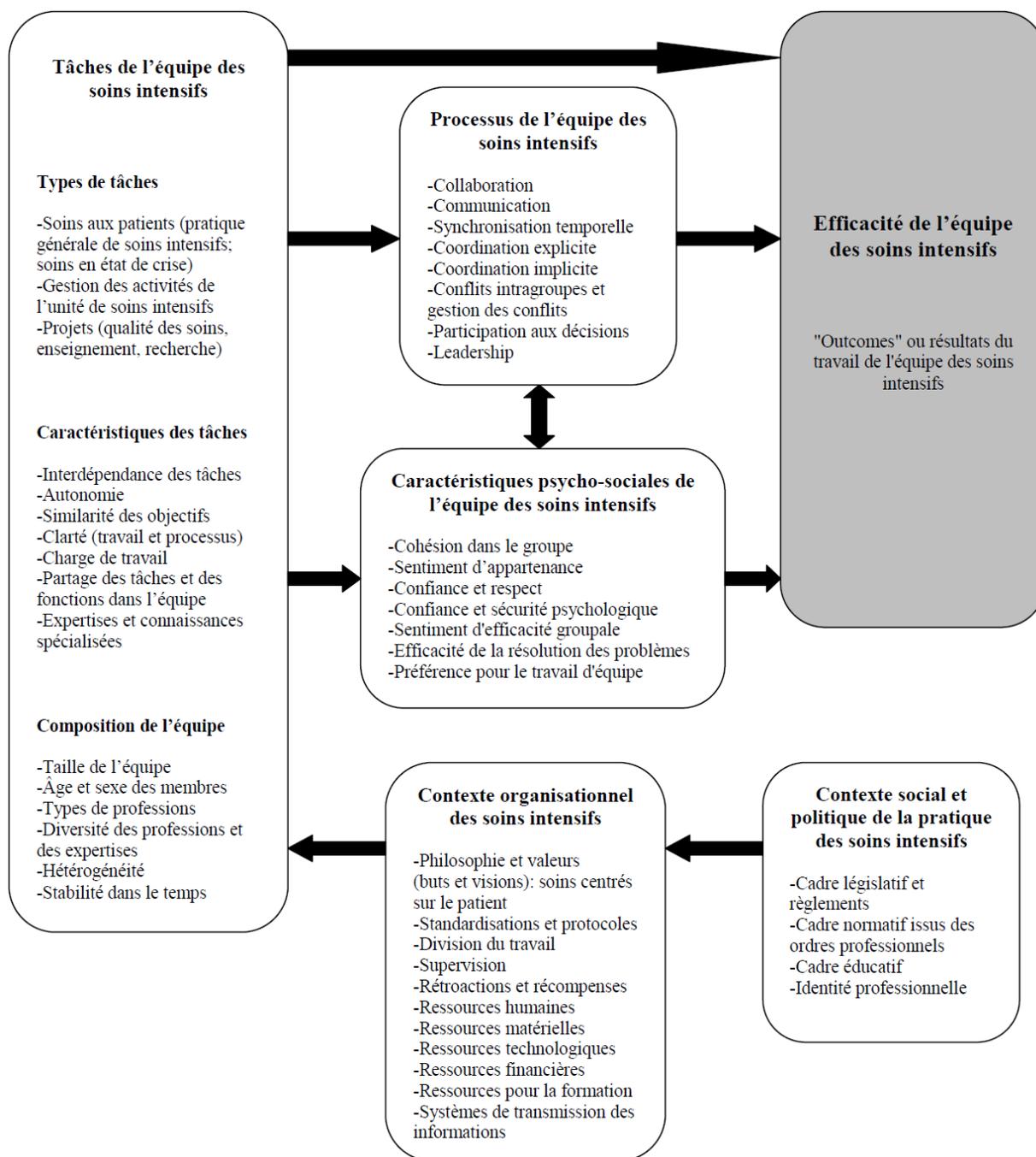


Figure 2 - Description du modèle heuristique des déterminants et processus pouvant agir sur l'efficacité du travail d'équipe dans le contexte des soins intensifs.

Tableau II - Ensemble des marqueurs « d'efficacité ou des résultats du travail d'équipe » pouvant être mesurés dans une équipe et une unité de soins intensifs.

Médicale

Taux de survie ou de mortalité (soins intensifs, intra-hospitalier, long terme)
 Taux des erreurs médicales
 Taux de complications secondaires aux soins prodigués (événements indésirables)
 Pertinence des interventions médicales prodiguées
 Contrôle adéquat des symptômes des patients (spécialement la douleur)

Économique

Utilisation des ressources (soins intensifs, hospitalières)
 Coût et efficacité des soins offerts

Psychosocial et éthique

Qualité de vie du patient
 État fonctionnel du patient à long terme
 Satisfaction du patient
 Concordance des décisions de fin de vie souhaitée et réelle (soins palliatifs)
 Satisfaction de la famille

Institutionnel

Perception d'efficacité du travail d'équipe par l'équipe des soins intensifs
 Bien-être et motivation du personnel des soins intensifs
 Niveau de stress et de « burnout »
 Satisfaction du personnel des soins intensifs
 Rétention du personnel des soins intensifs
 Satisfaction du personnel hors soins intensifs par rapport aux services des soins intensifs
 Efficacité d'utilisation du service de soins intensifs
 Taux de réadmission aux soins intensifs
 Durée de ventilation mécanique ou d'hospitalisation aux soins intensifs
 Efficacité des processus, des procédures, des fonctions impliquées dans les soins intensifs

Exemples:

Contrôle des infections des cathéters
 Contrôle des pneumonies acquises sur ventilateur
 Contrôle du délirium
 Protocole de sevrage ventilatoire
 Protocole de sédation
 Thromboprophylaxie et prophylaxie contre les ulcères de stress

Note. *Tableau adapté de plusieurs références (Curtis 2006, Garland 2005, Hall 2005, Lemieux-Charles 2006, Reader 2009, Rose 2011).

Finalement, il faut mentionner que l'ensemble des concepts que sous-entend un travail d'équipe reste relativement constant, quel que soit le milieu où il y a un travail d'équipe : milieu de l'aviation, dans une équipe sportive professionnelle ou encore dans une unité de soins intensifs (Cohen 1997, Devine 2002). Pour le milieu des soins intensifs, le processus essentiel de la collaboration interprofessionnelle s'intègre très bien dans les concepts d'équipe et de travail d'équipe efficace que procure la psychologie organisationnelle. On peut de même constater que les déterminants influençant le processus de la collaboration sont conceptuellement les mêmes que les déterminants qui influencent le travail d'équipe et son efficacité (Cohen 1997, D'Amour & Oandasan 2005, Lemieux-Charles 2006, Mathieu 2008, Oandasan 2006, Reader 2009, Rose 2011, San Martin-Rodriguez 2005). L'intérêt d'utiliser les théories et connaissances venant de la psychologie organisationnelle pour un milieu de soins santé comme celui des soins intensifs est importante pour les raisons suivantes : i) les théories et connaissances sur un travail d'équipe en général peuvent aider à mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs (Cohen 1997, Devine 2002, Ilgen 2005, Jehn, Bezrukova et al. 2008, Mathieu 2008) ; ii) il y a déjà plusieurs instruments validés pour mesurer les différentes composantes d'un travail d'équipe, incluant des questionnaires validés pour mesurer la collaboration interprofessionnelle (Behfar 2008, Bosma 1997, Campion 1993, Carron 1985, Chiocchio, Grenier et al. 2012, Edmondson 1999, Griffin 2007, Jehn 1995, Jehn & Mannix 2001, Sawyer 1992, Vinokur-Kaplan 1995). Ces instruments validés peuvent aider à mieux comprendre et à caractériser une équipe de travail dans le milieu des soins intensifs.

Résumé du cadre théorique et formulation des hypothèses de recherche

À la suite de la révision de ces données scientifiques, des problématiques et des solutions potentielles pour la collaboration et le travail d'équipe au milieu spécifique des soins intensifs, voici un résumé de certains points importants qui nous portent à s'intéresser davantage à la collaboration interprofessionnelle et à ces déterminants :

i) Le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle au sein des unités de soins intensifs sont nécessaires afin d'offrir des soins de qualité et de diminuer les erreurs médicales.

ii) La collaboration est un processus important du travail d'équipe aux soins intensifs, mais aussi une compétence (avec ses caractéristiques) qui peut faire l'objet d'apprentissage et de perfectionnement de façon continue avec les interventions et le temps nécessaires.

iii) La collaboration, comme compétence et processus aux soins intensifs, reste à être mieux caractérisée et comprise en vue d'améliorer son efficacité ainsi que les conditions favorables à son exercice optimal.

Mieux comprendre comment évoluent le travail d'équipe et la collaboration, leurs déterminants et leur processus, dans le contexte des soins intensifs, prend donc toute son importance. Les études ont fait ressortir divers déterminants pouvant influencer la collaboration et le travail d'équipe par des observations et des perceptions de ces professionnels, la plupart du temps dans la relation médecins-infirmières (Coombs 2003, Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009). Il est concevable que certains déterminants liés à des pratiques d'équipes localisées n'aient pas été identifiés dans ces recherches précédentes. De même, ces études aux soins intensifs, la plupart exploratoires, ne décrivent pas l'importance relative de chacun des déterminants permettant à une équipe de professionnels de travailler en collaboration dans le contexte des soins intensifs (Coombs 2003, Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009). Ces déterminants et leur

importance pourraient aussi diverger d'une profession à l'autre. Plus spécifiquement, on en sait peu sur les déterminants qui permettent aux membres d'une équipe de soins intensifs d'être de bons collaborateurs. Pour le médecin-intensiviste, une meilleure compréhension des déterminants pertinents et des mécanismes de la compétence transversale de la collaboration, telle que définie par les rôles CanMEDS du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, est essentielle (Frank 2005). La compréhension des déterminants les plus importants pourrait ultérieurement aider des institutions, comme le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, les collèges et les universités, à mieux cibler le développement de la compétence de la collaboration, les contenus de formation, les stratégies d'apprentissage et l'évaluation de la compétence chez les professionnels œuvrant aux soins intensifs.

Les déterminants comme *l'interdépendance*, *l'autonomie*, *la clarté des rôles*, *du travail et des processus*, *la similarité des objectifs*, *la communication*, *la confiance* et *le respect mutuel*, *le niveau de conflits* et *l'attitude face à la résolution de conflits* semblent essentiels pour assurer une bonne collaboration interprofessionnelle et une pratique de façon collaborative dans un milieu de travail en santé (Oandasan 2006, D'Amour & Ferrada-Videla 2005, San Martin-Rodriguez 2005). Des questionnements, à savoir lesquels de ces déterminants sont réellement importants et ayant le potentiel d'être améliorés éventuellement, restent très pertinents pour une pratique saine de collaboration dans une équipe de soins intensifs. L'importance relative de certains de ces déterminants pourrait être aussi différente d'une profession à l'autre, ce qui pourrait expliquer les conflits et les divergences observés sur la collaboration entre les médecins et infirmières aux soins intensifs. Source de conflits entre médecins et infirmières, le déterminant de la *participation aux décisions* semble aussi un déterminant important dans la compréhension de la collaboration interprofessionnelle.

L'ensemble des données déjà existantes dans les domaines des soins intensifs, de la santé et du travail d'équipe permettent la formulation des hypothèses de recherche suivantes dans le contexte spécifique de la collaboration interprofessionnelle et du travail d'équipe aux soins intensifs :

Hypothèse 1:

Pour les professionnels des soins intensifs, certains déterminants influencent la collaboration interprofessionnelle au sein de leur équipe. Parmi ceux-ci, la confiance et le respect mutuel ainsi que la participation aux décisions sont parmi les déterminants les plus importants.

Hypothèse 2:

La perception de la collaboration et du travail d'équipe n'est pas la même entre les médecins et les infirmières travaillant aux soins intensifs. Par conséquent, il y aura des divergences dans la perception de l'importance des déterminants de la collaboration interprofessionnelle entre ces deux groupes professionnels.

Objectifs de recherche

Objectif primaire:

→ Évaluer l'importance relative des déterminants susceptibles d'influencer la collaboration interprofessionnelle dans une équipe de soins intensifs.

Objectifs secondaires:

→ Évaluer l'importance du déterminant « participation aux décisions » sur la collaboration interprofessionnelle dans une équipe de soins intensifs.

→ Caractériser les déterminants de la collaboration interprofessionnelle qui sont importants pour les médecins et les infirmières.

Méthodologie

Cette recherche utilise une méthodologie descriptive de type enquête sous forme d'un questionnaire auto-administré (données de nature quantitative) afin de répondre aux interrogations soulevées dans l'introduction. Cette étude a eu lieu dans les unités de soins intensifs du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Le CHUM est un centre hospitalier tertiaire, quaternaire et universitaire qui offre des soins de santé spécialisés à la population adulte de Montréal et de la province du Québec. Soixante-deux lits de soins intensifs sont répartis dans quatre unités : deux unités mixtes (médicales et chirurgicales), une unité des grands brûlés et une unité mixte incluant aussi l'unité coronarienne. Les unités de soins intensifs du CHUM sont de type « fermées », c'est-à-dire que les patients admis sont sous la responsabilité du médecin-intensiviste et de l'équipe des soins intensifs (Agrément Canada 2011, Brilli 2001). Le choix des unités fermées pour faire cette étude s'explique pour les raisons suivantes : i) c'est le type d'unité qui est préconisé au Québec et au Canada pour travailler en soins intensifs ; ii) l'uniformité dans l'organisation de ce type d'unités (dont une équipe de base et permanente aux soins intensifs) ; iii) la diversité des professionnels en soins intensifs ainsi que la présence de technologies avancées et standards afin de soutenir les patients sévèrement malades. Pour ces raisons, les résultats de cette étude auront le potentiel d'être généralisable à ce type d'unité de soins intensifs au Québec, au Canada et fort probablement en Amérique du nord.

La collaboration et le travail d'équipe sont évalués, dans cette étude, dans le contexte quotidien de la pratique clinique des soins intensifs et exclut les épisodes de soins critiques, telle la réanimation cardiorespiratoire, qui sont menés par quelques professionnels attirés de l'équipe (Piquette 2009). Les tournées quotidiennes auprès des patients, les situations d'admission ou de congé des patients de l'unité, les procédures techniques, le transfert des patients d'un quart de travail à l'autre, l'utilisation de technologies médicales avancées et les interactions continues avec les membres de l'équipe de soins intensifs sont tous des exemples de relations attendues entre les membres d'une équipe de soins intensifs et qui démontrent bien le contexte de la pratique clinique quotidienne auprès des patients admis dans une unité de soins intensifs. Selon la typologie des équipes, l'équipe de soins intensifs qui est évaluée dans

cette étude est exclusivement une « équipe de travail » avec ses caractéristiques bien distinctes (Cohen 1997). Notre étude exclut les équipes de projet (Cohen 1997, Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012) qui sont aussi présentes aux soins intensifs et qui optimisent l'organisation du travail (par exemple : élaboration de protocoles, achats de matériel et technologies), qui évaluent et améliorent la qualité des soins (par exemple : évaluation de la qualité de l'acte, évaluation de la morbidité et des mortalités) ou encore qui organisent les activités d'enseignement et de recherche (par exemple : le développement et la mise en place de projets de recherche).

Participants à l'étude : critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants à cette recherche sont les professionnels de la santé travaillant aux soins intensifs, plus spécifiquement :

- i) les médecins : médecins-intensivistes, résidents seniors et « fellows » en soins intensifs ;

- ii) les professionnels de la santé (autres que les médecins) dont la présence en nombre est importante et permanente aux soins intensifs : infirmières, inhalothérapeutes et pharmaciens ;

- iii) les professionnels de la santé (autres que les médecins) dont la présence (ou non) en nombre est moins grande, mais qui peuvent faire partie d'une équipe de soins intensifs selon les missions et objectifs prédéterminés d'une unité de soins intensifs : physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, psychologues, travailleurs sociaux.

Les autres critères d'inclusion pour participer à l'étude sont les suivants :

- i) être reconnu par un collègue ou un ordre professionnel et posséder une licence de pratique complète ;

- ii) avoir pratiqué au moins un mois, dans la dernière année, dans une des unités de soins intensifs du CHUM.

Il faut mentionner que certains membres importants et très présents d'une équipe de soins intensifs ne sont pas inclus dans cette étude (exemples : commis, préposés aux patients, concierges, etc.). Ces personnes jouent un rôle essentiel dans le bon fonctionnement d'une unité de soins intensifs. Cependant, cette étude vise l'équipe de professionnels de la santé qui prodiguent directement des soins de santé aux patients dans un sens large, c'est-à-dire qui participent activement par leurs connaissances et compétences dans les investigations, les diagnostics et les plans thérapeutiques des patients admis aux soins intensifs. Autre exclusion à l'étude sont les consultants (exemples : médecins consultants, prêtres ou intervenants en soins spirituels etc.) qui peuvent offrir sporadiquement à certains patients des soins intensifs des services ou des soins qui touchent leurs compétences. Cependant, ces consultants ne font pas partie de l'équipe de base des soins intensifs et ils sont exclus de cette étude.

Afin de satisfaire aux exigences en éthique de la recherche, cette présente étude a été soumise au Comité d'évaluation scientifique (CÉS) et au Comité d'éthique de la recherche du CHUM (CÉR). Ces comités du CHUM ont approuvé le projet, en date du 10 mai 2010, par le CÉS et, en date du 19 mai 2010, par le CÉR (« Lettre d'approbation du CÉR du CHUM » disponible au besoin). Les participants ont été approchés (promotion du projet) par l'intermédiaire du comité de gestion élargi du Service des soins intensifs du CHUM et, par la suite, sur le terrain par le chercheur principal. Les participants ont reçu des explications écrites et verbales quant à la nature de leur participation au projet de recherche, à la confidentialité et aux inconvénients (voir « Feuille explicative du projet de recherche pour les participants de

l'étude » en annexe 2). Un formulaire de consentement a été signé par les participants avant de répondre au questionnaire (voir « Formulaire d'information et de consentement » en annexe 3).

Élaboration et composition du questionnaire

Un questionnaire de 164 questions, principalement fermées, a été distribué auprès des professionnels ayant accepté de participer à l'étude afin d'identifier et d'évaluer l'importance relative des déterminants sur la collaboration interprofessionnelle. Un exemplaire du questionnaire ainsi que les détails du contenu du questionnaire sont disponibles respectivement à l'annexe 4 « Questionnaire aux participants » et à l'annexe 5 « Composition et références du questionnaire ». Les déterminants de la collaboration et du travail d'équipe qui ressortent des études précédentes sur le sujet en soins intensifs ainsi que le modèle heuristique sur les déterminants présentés dans la Figure 2 sont étudiés dans ce projet. Le Tableau III présente la liste des déterminants et variables qui sont étudiés et qui constituent le questionnaire distribué aux participants. On a fait le choix délibéré d'évaluer les déterminants présentés dans le Tableau III, car nous croyons qu'ils ont un impact direct sur la collaboration aux soins intensifs. Les déterminants qui se retrouvent dans les catégories « types de tâches », « contexte organisationnel des soins intensifs » et « contexte social et politique de la pratique des soins intensifs » de notre modèle heuristique (voir Figure 2) n'ont pas été retenus, car ils restent en général relativement inchangés aux soins intensifs et dépendent souvent de facteurs extérieurs aux unités de soins intensifs. Par contre, il ne faut pas sous-estimer l'importance de ces déterminants dans le travail d'équipe (San martin-Rodriguez 2005, Cohen 1997, Lemieux-Charles 2006).

Tableau III - Liste des déterminants et des variables qui ont été étudiés et qui ont constitué le questionnaire distribué aux participants de l'étude.

<p>Caractéristiques des tâches</p> <ul style="list-style-type: none"> Interdépendance des tâches Autonomie Clarté (travail et processus) Similarité des objectifs Charge de travail <p>Composition de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'équipe Diversité des professions Hétérogénéité <p>Caractéristiques psychosociales de l'équipe des soins intensifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohésion dans le groupe <ul style="list-style-type: none"> Attirances personnelles au groupe Degré d'unité sociale du groupe Confiance et respect Préférences pour le travail d'équipe Sentiment d'efficacité groupale Sécurité psychologique <p>Processus de l'équipe des soins intensifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Collaboration <ul style="list-style-type: none"> Communication Synchronisation temporelle Coordination explicite Coordination implicite Conflits intragroupes <ul style="list-style-type: none"> Conflits interpersonnels Conflits de tâches Conflits de processus Participation aux décisions <p>Autres variables (variables sur l'efficacité de l'équipe des soins intensifs)</p> <ul style="list-style-type: none"> Satisfaction avec les co-équipiers Soins aux patients
--

Des questionnaires éprouvés et validés dans les recherches antérieures sur la collaboration et le travail d'équipe, issus du domaine de la psychologie organisationnelle, ont été utilisés pour élaborer le questionnaire de cette étude (Behfar 2008, Bosma 1997, Campion 1993, Carron 1985, Chiochio, Grenier et al. 2012, Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012, Edmondson 1999, Jehn 1995, Jehn & Mannix 2001, Sawyer 1992). Ces questionnaires possèdent tous de très bonnes à excellentes caractéristiques psychométriques (consistance interne ou validité critériée) et ils ont servi à évaluer les variables présentées dans le Tableau III. Lorsqu'il s'agissait de versions originales en anglais, la procédure de double traduction renversée parallèle a été employée avec des traducteurs professionnels et des experts de contenu pour constituer une version française (Brislin 1970, Davidson 1976). Les instruments qui ont été traduits et validés en français ont gardés des caractéristiques psychométriques bonnes (Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012). En général, trois à cinq items (ou questions) permettaient de constituer un déterminant (ou une variable) étudiée dans cette recherche. Les questions sont choisies et adaptées au contexte des soins intensifs. Enfin, l'importance des différents items (composant les variables et déterminants étudiés) perçue par les participants était mesurée par des échelles d'accord ou de fréquence, selon les questionnaires originaux déjà éprouvés. Dans un objectif d'uniformisation et une mesure de simplifications pour l'administration du questionnaire, une seule échelle d'accord et une seule échelle de fréquence furent utilisées tout au long du questionnaire de la présente étude. Plus le score est élevé, plus l'item était perçu comme important ou fréquent par le participant. L'échelle d'accord offrait cinq possibilités de réponses (1 = Fortement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = Ni en désaccord ou accord, 4 = En accord, 5 = Fortement en accord), comme pour l'échelle de fréquence (1 = Jamais ou presque jamais, 2 = À l'occasion, 3 = Assez souvent, 4 = Souvent, 5 = Très souvent).

Voici la liste des questionnaires validés existants et qui ont été utilisés dans cette étude pour chacune des variables retrouvées dans le Tableau III (se référer aussi aux annexes 4 et 5) :

i) *Déterminants* : « *Interdépendance des tâches* », « *Autonomie* », « *Taille de l'équipe* », « *Hétérogénéité* », « *Préférences pour le travail d'équipe* », « *Sentiment d'efficacité groupale* » et « *Participation aux décisions* »

Afin d'évaluer ces déterminants, un questionnaire portant sur l'efficacité et les caractéristiques d'une équipe de travail a été utilisé (Campion, 1993, Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012). Le questionnaire original mesurait plusieurs caractéristiques d'une équipe de travail à l'aide d'une échelle d'accord à cinq choix de réponse ; il y avait de bonnes consistances internes pour plusieurs des caractéristiques étudiées (coefficients alphas de 0,6 à 0,9 dans l'étude originale de Campion, 1993). Voici les déterminants utilisés pour notre étude avec des exemples de questions et les alphas de Cronbach venant de l'étude originale de Campion (1993) et d'une version française lorsque disponible (Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012) : *Interdépendance des tâches* (exemple : « Je ne peux accomplir mes tâches sans l'apport des autres membre de l'équipe » ; $\alpha = 0,61$ dans l'étude originale et $\alpha = 0,68$ dans la version française de l'instrument) ; *Autonomie* (exemple : « Les membres de mon équipe sont responsables de déterminer les méthodes, procédures et échéanciers avec lesquels le travail se fait » ; $\alpha = 0,76$) ; *Taille de l'équipe* (exemple : « Mon équipe est composée d'un trop petit nombre de personnes pour le travail à accomplir » ; il n'y a pas d'alpha de Cronbach puisqu'il y a seulement qu'un item) ; *Hétérogénéité* (exemple : « Les domaines de compétences des membres de mon équipe sont très variés » ; $\alpha = 0,74$) ; *Préférences pour le travail d'équipe* (exemple : « Je considère que travailler au sein d'une équipe augmente ma capacité de bien performer » ; $\alpha = 0,90$) ; *Sentiment d'efficacité groupale* (exemple : « Mon équipe peut se charger de quasiment n'importe quelle tâche et la compléter » ; $\alpha = 0,80$) ; *Participation aux décisions* (exemple : « La plupart des membres de mon équipe ont l'occasion de participer au processus décisionnel » ; $\alpha = 0,88$).

ii) Déterminant « Clarté (travail et processus) »

L'étude de Sawyer (1992) portait sur la clarté des objectifs et des processus d'un travail à accomplir. La partie du questionnaire qui évaluait la *clarté du travail et des processus* a été retenue dans notre questionnaire (exemple : « Le partage de mon temps parmi les tâches requises par mon travail est clair »). La *clarté du travail et processus* correspond à une mesure dans laquelle l'individu est certain (ou confortable) dans la façon d'effectuer son travail. L'alpha de Cronbach, pour ce concept, était excellent avec un alpha à 0,904 (Sawyer 1992).

iii) Déterminant « Similarité des objectifs »

La mesure de la perception de *similarité des objectifs* poursuivis par les membres d'une équipe de soins intensifs se retrouve dans le questionnaire développé par Jehn (1995). Dans cet outil, la *similarité des objectifs* est évaluée avec trois items et une échelle d'accord (1 = complètement en désaccord à 6 = complètement en accord). L'alpha de Cronbach de cet outil est de 0,83 dans l'étude originale et dans sa version française (Jehn 1995, Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012). « Au sein de mon unité de travail, nos objectifs sont semblables » est un exemple de question.

iv) Déterminant « Charge de travail »

La *charge et les exigences du travail*, ou « Job demand » , est le déterminant qui mesure la perception de la quantité et du « rythme » du travail à faire (Bosma, 1997). « Devez-vous travailler très rapidement ? » constitue un des quatre items de cet outil. L'étude originale utilisait une échelle de fréquence (1 = souvent à 4 = jamais) et démontrait un alpha de Cronbach de 0,67 pour les quatre items (Bosma, 1997) et un alpha de 0,77 dans une version française de cet instrument (Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012).

v) Déterminant « Cohésion dans le groupe »

Ce déterminant de la *cohésion dans le groupe*, pouvant être aussi représenté par la cohésion sociale, mesure le degré avec lequel les membres d'une équipe entretiennent des relations interpersonnelles satisfaisantes (Carron 1985). Ce construit contient neuf items : cinq portant sur l'attraction personnelle à l'équipe pour des raisons sociales (*Attractions personnelles au groupe*, exemple : « Certains de mes meilleurs amis font partie de mon équipe de travail » ; $\alpha = 0,64$) et quatre sur la perception d'unité sociale de l'équipe par ces membres (*Degré d'unité sociale du groupe*, exemple : « Les membres de notre équipe de travail sortent rarement ensemble » ; $\alpha = 0,76$). L'échelle utilisée par Carron et al. (1985) était une échelle d'accord (1 = tout à fait en désaccord à 9 = tout à fait d'accord).

vi) Déterminant « Sécurité psychologique »

L'outil développé par Edmondson (1999) permet d'évaluer ce déterminant de *Sécurité psychologique*. Comportant sept items (exemple : « Si je commets une erreur dans mon équipe, elle est souvent retenue contre moi »), l'outil original utilisait une échelle d'accord avec sept choix de réponse. L'alpha de Cronbach était de 0,82 (Edmondson 1999).

vii) Déterminants « Confiance et respect » et « Conflits intragroupes »

Le questionnaire utilisé par Jehn et Mannix (2001) comportait des questions évaluant ces deux déterminants. Les alphas de Cronbach étaient de $> 0,70$ avec des items sur la confiance (exemple : « J'ai confiance dans les autres membres de mon équipe ») et le respect (exemple : « Je respecte les autres membres de mon équipe »), ce qui était approprié pour être utilisé comme outil dans notre projet de recherche afin d'évaluer le déterminant *confiance et respect*. Jehn et Mannix (2001) avaient aussi développé, dans leur questionnaire, un outil dont les neuf items mesurent les *conflits dans un groupe* d'individus. Il y a trois types de conflits : i) *Conflits interpersonnels* ou les conflits dits « de personnalité » (exemple : « Avec quelle

fréquence mon équipe vit-elle des tensions concernant les relations interpersonnelles ? »), ii) *Conflits de tâches* ou les conflits au sujet des choses à faire (exemple : « Avec quelle fréquence mon équipe vit-elle des opinions conflictuelles au sujet du travail à faire ? ») et iii) *Conflits de processus* ou les conflits au sujet de la manière de procéder (exemple : « Avec quelle fréquence mon équipe vit-elle des conflits concernant la nature des responsabilités associées aux tâches ? »). Les coefficients alphas étaient excellents et de $\geq 0,93$ dans l'étude originale (Jehn et Mannix, 2001) et de 0,69 à 0,76 dans une version française de l'instrument (Chiocchio, Lebel, Therriault et al. 2012). Une échelle de fréquence avec cinq choix de réponse (1 = jamais ou presque jamais à 5 = très souvent) était utilisée par les auteurs.

viii) *Processus de la « Collaboration »*

Ce questionnaire prend en compte le *travail collaboratif* comme quatre processus inter reliés où les membres d'une équipe de travail doivent utiliser et maintenir ces processus afin d'effectuer leur travail efficacement et atteindre un objectif commun pour tous les membres d'une équipe (Chiocchio, Grenier et al. 2012). Ces quatre processus sont : i) la *communication* (exemple : « Mes coéquipiers et moi, nous nous donnons de l'information utile qui fait progresser le travail. »), ii) la *synchronisation temporelle* (exemple : « Mes coéquipiers et moi, nous faisons le travail que nous devons faire au bon moment. »), iii) la *coordination explicite* (exemple : « Mes coéquipiers et moi, nous faisons le point au sujet de la progression du travail. ») et iv) la *coordination implicite* (exemple : « Mes coéquipiers et moi, nous réorganisons nos tâches instinctivement lorsque des changements sont nécessaires. »). Dans la version initiale et lors de l'élaboration de ce questionnaire en 2009, il y avait 30 items. Après validation et simplification de l'outil, ce questionnaire comporte 14 items évaluant le processus du *travail collaboratif* et de ces quatre processus sous-jacents (Chiocchio, Grenier et al. 2012). Cet instrument démontre des consistances internes adéquates ; les alphas de Cronbach se situant entre 0,85 et 0,93 (Chiocchio, Grenier et al. 2012, Chiocchio, Lebel, Therriault et al. 2012).

ix) Variable « Satisfaction avec les co-équipiers »

Cette variable peut être considérée comme un marqueur subjectif de l'efficacité du travail d'une équipe par ces membres. L'outil développé par Belfar et al. (2008) mesure ce concept de la *satisfaction avec les co-équipiers* sur une échelle d'accord à l'aide de cinq items (exemple : « Travailler avec cette équipe est satisfaisant »). L'alpha de Cronbach était de $\geq 0,91$ pour ce construit (Belfar 2008).

x) Autres variables : « Diversité des professions » et « Soins aux patients »

Il n'y a pas de questionnaires ou d'outils pour évaluer ces deux variables dans le contexte particulier des soins intensifs. Donc, un questionnaire « maison » a été développé pour les besoins de cette étude. Le déterminant *diversité des professions* vise à mesurer la perception des membres d'une équipe de soins intensifs sur la composition des professionnels de leur équipe (exemple : « Mon équipe nécessite la présence de chacune des professions pour offrir les soins aux patients. »). Quatre items composent cet outil, avec une échelle d'accord (1 = Fortement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = Ni en désaccord ou accord, 4 = En accord, 5 = Fortement en accord), pour évaluer ce déterminant. Pour la variable *soins aux patients*, six items composaient ce nouvel outil (exemple : « Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent les soins dans un temps approprié. »). Cette variable correspond à une mesure de la perception des membres d'une équipe de soins intensifs sur les soins offerts à leurs patients (ou leur famille) lors de leur passage aux soins intensifs. Les soins offerts sont-ils adéquats du point de vue des membres de l'équipe ? Ceci peut correspondre à une mesure subjective de l'efficacité du travail d'équipe (voir Figure 2 et Tableau II). Pour évaluer cette variable, une échelle de fréquence est utilisée (1 = Jamais ou presque jamais, 2 = À l'occasion, 3 = Assez souvent, 4 = Souvent, 5 = Très souvent). Enfin, il faut mentionner que ces deux outils n'ont pas été parfaitement validés selon les étapes requises habituellement (Burns 2008, Cook 2006, Meadows 2003, Murray 1999, Nardi 2006). Ceci dépasse les cadres de cette recherche. Cependant, certaines étapes ont été réalisées pour augmenter leur validité interne (Cook 2006, Meadows 2003), comme celle de présenter ces questions pour commentaires auprès de trois experts dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle et trois experts

dans le domaine des soins intensifs, afin d'augmenter la validité interne de ces questions. Pour faire suite aux suggestions et modifications de certaines questions, ces deux nouveaux outils ont été inclus dans le questionnaire papier présenté aux participants de cette étude.

Le questionnaire distribué aux participants était complété par des questions d'informations générales sur le professionnel de la santé ayant rempli le questionnaire. Ces informations démographiques permettaient de mieux décrire et comprendre la population étudiée, tout en permettant de faire les analyses pouvant répondre aux questions de recherche de cette étude. Voici la liste des informations recherchées (se référer aussi à l'annexe 4 « Questionnaire aux participants » et à l'annexe 5 « Composition et références du questionnaire ») :

i) Âge du participant (en années) ;

ii) Sexe du participant (Homme / Femme) ;

iii) Type de professionnel de la santé :

Infirmière (avec formation universitaire, avec formation collégiale) ;

Inhalothérapeute ;

Médecin (médecin-intensiviste, « Fellow » en soins intensifs, médecin-résident senior) ;

Pharmacien ;

Autres professions ;

iv) Nombre d'années d'expérience en soins intensifs (en années) ;

v) Présence ou non de fonctions de gestionnaire aux soins intensifs du participant (au moins l'équivalent à une journée ou plus par deux semaines).

Procédure et déroulement du questionnaire

Tel qu'il a été suggéré par des auteurs (Burns 2008, Meadows 2003, Murray 1999, Nardi 2006), le questionnaire a été pré-testé auprès de cinq professionnels de soins intensifs (au moins un membre de chaque profession) pour s'assurer que les participants à l'étude remplissent le questionnaire correctement. Une présentation du projet a été faite auprès du comité de gestion élargi du service des soins intensifs du CHUM et, par la suite, aux professionnels de la santé (en groupe par une présentation orale ou individuellement). Une semaine a été consacrée à chaque unité de soins intensifs pour présenter et recruter dans l'étude tous les participants potentiels dans les trois quarts de travail. Les participants ont été informés, par le chercheur principal ou les membres de l'équipe de recherche, des raisons et du déroulement de l'étude pour leur permettre de donner un consentement éclairé. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été assurés. À la suite de la signature du formulaire de consentement, les professionnels acceptant de participer à cette étude avaient l'option de répondre au questionnaire sous forme papier ou électronique. Le bureau de la direction de l'enseignement du CHUM facilita la distribution, les rappels et la réception des questionnaires, tout en assurant le niveau de confidentialité requis. Des consignes écrites précises étaient indiquées au début du questionnaire pour permettre son bon déroulement. Les participants disposaient de deux à trois semaines pour y répondre. Par la suite, les participants ayant accepté de participer à cette étude, mais n'ayant pas rempli leur questionnaire dans le temps requis, pouvaient recevoir un à deux rappels. Les participants qui avaient choisi la forme papier du questionnaire déposaient celui-ci dans une enveloppe mise à leur disposition pré-adressée (et préaffranchie si nécessaire) au bureau de la direction de l'enseignement du CHUM.

Analyses statistiques

Le logiciel du SPSS Statistics version 17.0 a été utilisé pour faire les analyses. Les caractéristiques des participants, les déterminants et variables retrouvés dans le Tableau III sont les variables analysées pour vérifier les hypothèses de travail de cette étude. Les données sont exprimées en valeurs absolues, en proportions ou en pourcentages. Pour toutes les variables, un test de normalité (test de Kolmogorov-Smirnov) a été réalisé pour déterminer la distribution des paramètres et pour aider dans le choix des méthodes d'analyses paramétriques ou non paramétriques lorsque cela était nécessaire. Les moyennes (M) avec les écarts-types ($ÉT$), les médianes avec les écarts interquartiles et les rapports de cotes (« Odds ratios ou OR ») ont été calculés selon la nature des variables. Pour toutes les analyses statistiques réalisées dans cette étude, un p value $< 0,05$ était nécessaire pour être jugé statistiquement significatif.

Les variables mesurées sont la perception des participants au sujet de l'importance des différents déterminants et variables sur la collaboration interprofessionnelle et du travail d'équipe qui se retrouvent dans le Tableau III. Les données du questionnaire ont fait premièrement l'objet d'une analyse psychométrique afin de documenter la qualité des déterminants et variables mesurés, à la lumière des valeurs des questionnaires originaux (version anglaise ou version française, lorsque celle-ci existe). La présence d'un alpha de Cronbach de $\geq 0,6$ était jugé adéquat dans notre étude. À partir d'une bonne consistance interne, les réponses des items mesurant un même concept (c'est-à-dire déterminant ou variable du Tableau III) étaient regroupées afin de faire une moyenne pour chacun de ces concepts.

Des techniques d'analyses univariées et multivariées ont été utilisées afin d'évaluer et de vérifier les hypothèses de cette recherche. La différence de perception entre les médecins et les infirmières au sujet de tous les déterminants et variables se retrouvant dans le Tableau III a été évaluée par un test T de Student ou un test de Mann-Whitney, selon l'allure des distributions. Un Chi-deux de Pearson fut utilisé pour les variables dichotomiques. L'importance relative des déterminants de la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs a été évaluée en utilisant une technique d'analyse multivariée. Des modèles de

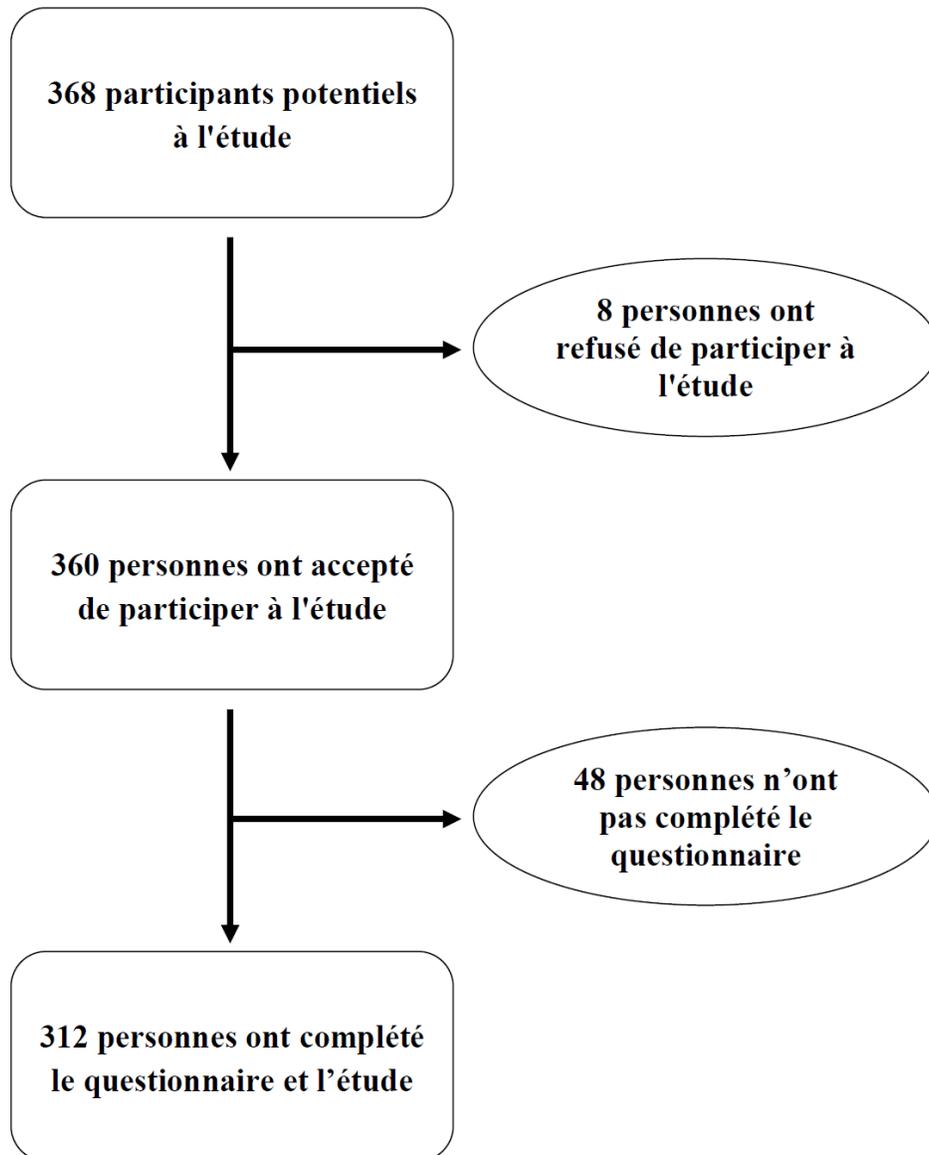
régression multiple par hiérarchisation ont permis d'évaluer l'importance relative de ces déterminants. Les liens existants entre les différents déterminants étaient mesurés par une analyse de corrélation de Pearson. Afin de vérifier les hypothèses de recherche, les variables indépendantes se retrouvant dans des blocs ont été intégrées graduellement afin de créer les modèles appropriés. Il y avait un bloc sur des variables de contrôle et deux blocs sur les déterminants de la collaboration. La variable dépendante évaluée était la collaboration interprofessionnelle. Des modèles d'analyses ont été réalisés pour l'ensemble de tous les participants de cette étude (toutes professions confondues), mais aussi pour le sous-groupe des médecins et celui des infirmières, afin de mieux caractériser les différences de perception sur la collaboration et ses déterminants entre ces deux groupes de professionnels.

Avant de débiter le recrutement des participants pour l'étude, une analyse de puissance a été réalisée pour évaluer le nombre de participants nécessaire afin d'observer potentiellement des différences statistiques dans les analyses (Cohen 1988, Cohen 1992, Hulley 2001). Il a été supposé que tous les professionnels aux soins intensifs qui répondraient aux critères d'inclusion seraient sollicités à participer à cette étude en répondant au questionnaire. En étant dans un milieu où il est facile de rejoindre les professionnels et où la recherche est encouragée, on évaluait alors un taux de participation d'au moins 50 %. On s'attendait donc à avoir au moins 150 participants ayant rempli le questionnaire dans les unités de soins intensifs du CHUM. L'étude de puissance statistique permettait de conclure que ce nombre de participants permettrait de détecter des différences d'environ 15 % entre deux déterminants avec une puissance de 80 % et une erreur alpha de 5 % (Cohen 1988, Cohen 1992, Hulley 2001).

Résultats

Le recrutement des participants à cette étude s'est déroulé dans les quatre unités de soins intensifs du CHUM durant les mois d'octobre et de novembre 2010, où chaque unité de soins intensifs avait une semaine prédéterminée de visite et de distribution du questionnaire. Les participants retardant à répondre au questionnaire ont eu tout le mois de décembre 2010 en temps additionnel pour remplir et retourner le questionnaire. Un résumé du recrutement des participants dans l'étude se retrouve dans la Figure 3. Dans les semaines admissibles de distribution du questionnaire, un total de 368 participants potentiels dans les quatre unités de soins intensifs du CHUM ont été répertoriés. Il y a eu huit participants potentiels qui ont exprimé ouvertement leur non-participation à l'étude. Les motivations de leur refus n'ont pas été évaluées. Cependant, la majorité des professionnels (soit 360 participants) ont accepté de participer à cette recherche et ils ont signé un formulaire de consentement tout en recevant un questionnaire avec les explications pour le remplir. À la suite du temps alloué pour y répondre, un total de 312 participants ont rempli et retourné leur questionnaire (taux de réponse de 84,7 %). Selon la profession, le taux de participation a été de 79,3 % pour les médecins, 87,4 % pour les infirmières, 88,6 % pour les inhalothérapeutes et 90,9 % pour les pharmaciens. La majorité des questionnaires des participants étaient complets (70 %) ou presque complets (95 % : questionnaires remplis ou qui manquaient seulement une à deux réponses sur les 164 questions que comportait le questionnaire). Le pourcentage de toutes les questions n'ayant pas de réponses, de tous les questionnaires des participants, correspond à un taux faible de 0,32 %.

Figure 3 - Résumé du recrutement des participants dans l'étude.



Description de la population étudiée

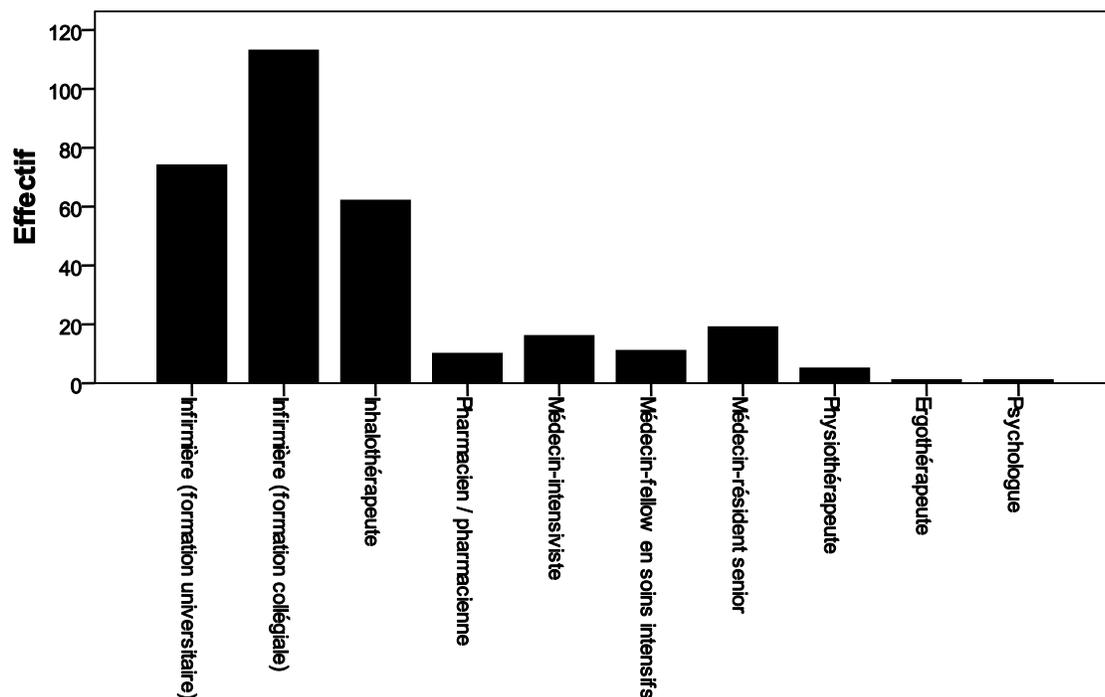
Les principales données démographiques et caractéristiques des professionnels de la santé ayant participé à cette étude se retrouvent dans le Tableau IV. La moyenne d'âge des participants était de 36,6 ans ($\acute{E}T = 9,9$), avec une moyenne d'expérience professionnelle dans le domaine des soins intensifs de 9,7 années ($\acute{E}T = 9,3$). La cohorte de cette étude est composée de toutes les professions se retrouvant habituellement dans une équipe de base en soins intensifs d'un centre universitaire. Les infirmières constituent le groupe le plus important en nombre (59,9 % des participants), suivi des inhalothérapeutes (19,9 %) et des médecins (14,7 %). Le groupe des infirmières ($N = 187$; voir Figure 4) regroupe principalement des infirmières formées au collège ($N = 113$, soit 60,4 % des infirmières), par rapport aux infirmières formées à l'université ($N = 74$ ou 39,6 %). Pour le groupe des médecins ($N = 46$; voir Figure 4), il y a eu des proportions relativement semblables de médecins-intensivistes ($N = 16$, soit 34,7 % des médecins), de médecins « fellow » en soins intensifs ($N = 11$ ou 23,9 %) et médecins résidents senior ($N = 19$ ou 41,3 %).

Tableau IV - Données démographiques et caractéristiques des professionnels de la santé participant à l'étude.

Caractéristiques des participants ($N = 312$)	Valeurs: absolues (%)
Âge (années)	$M = 36,6, \acute{E}T = 9,9$
Hommes / Femmes	74 (23,7) / 238 (76,3)
Expérience en soins intensifs (années)	$M = 9,7, \acute{E}T = 9,3$
Participants avec une fonction de gestionnaire	35 (11,2)
Types de profession aux soins intensifs	
Infirmières	187 (59,9)
Inhalothérapeutes	62 (19,9)
Médecins	46 (14,7)
Pharmaciens	10 (3,2)
Autres professions	7 (2,2)

Note. Les données sont exprimées en valeurs absolues, pourcentages (entre parenthèses) ou moyennes (M) +/- écart-types ($\acute{E}T$).

Figure 4 - Le nombre absolu de participants selon le type de profession (en considérant la formation des infirmières et des médecins).



Il doit être noté que cette cohorte était principalement constituée de femmes (76,3 % de femmes versus 23,7 % d'hommes). La proportion des femmes et des hommes diffère selon le type de profession. Il y avait plus d'hommes dans le groupe des médecins que dans le groupe des infirmières ($\chi^2 = 35,7$; $p < 0,005$) ou encore des inhalothérapeutes et des pharmaciens ($\chi^2 = 41,6$; $p < 0,005$). Tous les participants recrutés participaient activement et principalement dans « l'équipe de travail » des soins intensifs ; seulement 11,2 % de ces participants avaient aussi des fonctions de gestionnaire et étaient potentiellement impliqués dans d'autres types d'équipe comme une « équipe de projet » (Cohen 1997). Enfin, les professionnels de cette cohorte se retrouvaient dans un des trois quarts de travail : le quart de jour (34,6 % des répondants), le quart de soir (15,4 %) et le quart de nuit (17,6 %). Il y avait quand même 32,4 % des répondants qui se retrouvaient dans un des trois quarts de travail à différents moments ou encore qui étaient dans deux ou trois quarts de travail dans une même journée, comme cela peut être le cas des médecins lorsqu'ils assurent la garde.

Analyses des propriétés psychométriques du questionnaire

Le Tableau V présente les analyses descriptives des différents déterminants et variables se retrouvant dans le Tableau III. La moyenne et l'écart-type des réponses regroupées des participants aux différents items constituant les déterminants et les variables étudiés se retrouvent dans le Tableau V. Les alphas de Cronbach pour chacun de ces déterminants et variables sont aussi présentés dans le Tableau V, tous avec des alphas désirés de plus de 0,60. Très rarement, un item a été retiré dans la constitution de certains déterminants afin d'obtenir une meilleure consistance interne. Cependant, ce phénomène resta en général rarissime pour ne pas perdre de la validité interne des questionnaires originaux. En comparant les consistances internes mesurées dans notre étude avec celles mesurées dans les études et questionnaire originaux, il peut être constaté qu'elles sont en général comparables et même parfois meilleures (Behfar 2008, Bosma 1997, Campion 1993, Carron 1985, Chiochio, Grenier et al. 2012, Chiochio, Lebel, Therriault et al. 2012, Edmondson 1999, Jehn 1995, Jehn & Mannix 2001, Sawyer 1992). Certains déterminants avaient des alphas de Cronbach beaucoup moins élevés par rapport aux alphas des questionnaires originaux comme ce fut le cas pour les déterminants *Autonomie* (0,667 dans notre étude versus 0,76 dans l'étude de Campion 1993), *Clarté du travail et processus* (0,789 dans notre étude versus 0,904 dans l'étude de Sawyer 1992), *Sentiment d'efficacité groupale* (0,617 dans notre étude versus 0,80 dans l'étude de Campion 1993) et *Sécurité psychologie* (0,673 dans notre étude versus 0,82 dans l'étude d'Edmondson 1999). Les alphas de Cronbach de ces déterminants restaient quand même intéressants et appropriés pour la suite des analyses de notre étude. Pour terminer, il faut noter que les deux nouvelles variables développées dans ce questionnaire ont eu une bonne consistance interne. L'alpha de Cronbach du déterminant *Diversité des professions* est de 0,741 et de 0,813 pour la variable *Soins aux patients* (Tableau V).

Modèles d'analyses : vérification des hypothèses de recherche

Une procédure univariée par un test T de Student a permis d'évaluer les différences de perception entre les médecins et les infirmières sur la collaboration et ses déterminants (Tableau VI). Dans un but de simplification, les différences entre les deux professions n'ont

pas été contrôlées pour de potentiels confondants (cependant, cela sera le cas pour les déterminants choisis dans les modèles d'analyses multivariées). Brièvement, ces analyses en univariées permettent d'observer certaines différences marquantes entre ces deux types de profession. Le niveau de la *Collaboration* interprofessionnelle (Médecins : $M = 3,48$, $ÉT = 0,54$; Infirmières : $M = 3,40$, $ÉT = 0,59$; $t = 0,80$; $p = 0,423$) et celui de la *Communication* (Médecins : $M = 3,56$, $ÉT = 0,66$; Infirmières : $M = 3,37$, $ÉT = 0,70$; $t = 1,71$; $p = 0,089$) dans les unités de soins intensifs étaient perçus également bons pour les médecins et les infirmières. Cependant, dans l'ensemble des processus qu'incluait la collaboration interprofessionnelle (Chiocchio, Grenier et al. 2012), le processus de la *Synchronisation temporelle* semble plus important pour les infirmières (Médecins : $M = 3,64$, $ÉT = 0,58$; Infirmières : $M = 4,00$, $ÉT = 0,63$; $t = -3,46$; $p = 0,001$), tandis que le processus de la *Coordination explicite* est plus important pour les médecins (Médecins : $M = 3,26$, $ÉT = 0,66$; Infirmières : $M = 2,73$, $ÉT = 0,81$; $t = 4,08$; $p < 0,001$). Dans les unités de soins intensifs, il y a présence à l'occasion de conflits dans le groupe de travail. Toutefois, les infirmières perçoivent davantage de *Conflits intragroupes* que les médecins (Médecins : $M = 2,05$, $ÉT = 0,44$; Infirmières : $M = 2,24$, $ÉT = 0,60$; $t = -2,40$; $p = 0,018$), surtout des conflits de type « interpersonnels » (Médecins : $M = 2,13$, $ÉT = 0,55$; Infirmières : $M = 2,41$, $ÉT = 0,86$; $t = -2,73$; $p = 0,007$) et de type « processus » (Médecins : $M = 1,63$, $ÉT = 0,58$; Infirmières : $M = 1,94$, $ÉT = 0,72$; $t = -2,72$; $p = 0,007$). Certains déterminants de la collaboration et du travail d'équipe semblent plus importants significativement sur le plan statistique pour les médecins par rapport aux infirmières tels que l'*Interdépendance des tâches*, la *Similarité des objectifs*, l'*Hétérogénéité*, la *Confiance et respect*, la *Charge du travail* et la *Participation aux décisions* (voir Tableau VI). Pour les infirmières, les déterminants de la *Cohésion dans le groupe*, l'*Attirance personnelle au groupe*, le *Degré d'unité sociale dans le groupe* et la *Sécurité psychologique* semblent plus importants significativement sur le plan statistique que pour leurs homologues médecins (voir Tableau VI). Enfin, il faut noter que ces deux groupes de professionnels se disent également satisfaits de travailler avec les membres de leur équipe (déterminant *Satisfaction avec les co-équipiers*) et que les soins offerts à leurs patients (déterminant *Soins aux patients*) sont perçus également comme très bons (voir Tableau VI).

Tableau V - Analyses descriptives (moyennes et écart-types) et la consistance interne (alpha de Cronbach) des déterminants étudiés dans le questionnaire que les professionnels de la santé ont complété ($N = 312$).

Déterminants étudiés	Moyennes	Écart-types	Alphas de Cronbach
Interdépendance des tâches	3,61	0,87	0,764
Autonomie	3,67	0,78	0,667
Clarté (travail et processus)	3,88	0,52	0,789
Similarité des objectifs	3,64	0,67	0,759
Taille de l'équipe	3,00	1,00	N/D
Diversité des professions	4,37	0,52	0,741
Hétérogénéité	4,28	0,50	0,762
Charge de travail	3,06	0,67	0,702
Préférences pour le travail d'équipe	4,31	0,59	0,865
Confiance et respect	4,06	0,44	0,794
Cohésion dans le groupe	3,41	0,58	0,801
Attirances personnelles au groupe	3,51	0,70	0,720
Degré d'unité sociale du groupe	3,29	0,64	0,782
Sentiment d'efficacité groupale	3,95	0,48	0,617
Sécurité psychologique	2,35	0,47	0,673
Satisfaction avec les co-équipiers	4,10	0,47	0,881
Participation aux décisions	3,14	0,80	0,799
Collaboration	3,43	0,58	0,880
Communication	3,42	0,70	0,798
Synchronisation temporelle	3,94	0,63	0,724
Coordination explicite	2,87	0,81	0,617
Coordination implicite	3,49	0,68	0,636
Conflits intragroupes	2,13	0,58	0,861
Conflits interpersonnels	2,28	0,78	0,869
Conflits de tâches	2,17	0,64	0,758
Conflits de processus	1,81	0,69	0,749
Soins aux patients	4,31	0,48	0,813

Note. *Les moyennes et écart-types des déterminants sont calculées à partir des réponses sur les échelles de fréquence ou d'accord du questionnaire (choix de réponses présentés de 1 à 5 dans les deux types d'échelles). N/D = non disponible.

**Il n'y a pas d'alpha de Cronbach disponible pour la variable *Taille de l'équipe*. Ceci vient du fait que dans l'étude de Campion (1993) cette variable ne s'évaluait qu'avec seulement un item.

Tableau VI - Comparaisons entre les médecins ($N = 46$) et les infirmières ($N = 187$) sur les différents déterminants étudiés dans le questionnaire.

Déterminants étudiés	Médecins	Infirmières	Statistique t
Interdépendance des tâches	4,13 (0,85)	3,53 (0,88)	4,13***
Autonomie	3,75 (0,80)	3,69 (0,77)	0,45
Clarté (travail et processus)	3,74 (0,60)	3,88 (0,48)	-1,66
Similarité des objectifs	3,78 (0,52)	3,52 (0,72)	2,82**
Taille de l'équipe	3,0 (1,2)	3,0 (1,0)	0,22
Diversité des professions	4,44 (0,45)	4,28 (0,53)	1,90
Hétérogénéité	4,47 (0,47)	4,22 (0,51)	3,06***
Charge de travail	3,31 (0,72)	3,06 (0,65)	2,29*
Préférences pour le travail d'équipe	4,45 (0,56)	4,31 (0,59)	1,49
Confiance et respect	4,21 (0,39)	4,05 (0,46)	2,17*
Cohésion dans le groupe	3,02 (0,54)	3,58 (0,53)	-6,39***
Attirances personnelles au groupe	3,16 (0,64)	3,71 (0,66)	-5,09***
Degré d'unité sociale du groupe	2,86 (0,67)	3,43 (0,60)	-5,60***
Sentiment d'efficacité groupale	3,87 (0,47)	4,01 (0,45)	-1,85
Sécurité psychologique	2,21 (0,46)	2,38 (0,47)	-2,22*
Satisfaction avec les co-équipiers	4,18 (0,49)	4,10 (0,49)	0,92
Participation aux décisions	3,66 (0,74)	3,09 (0,77)	4,51***
Collaboration	3,48 (0,54)	3,40 (0,59)	0,80
Communication	3,56 (0,66)	3,37 (0,70)	1,71
Synchronisation temporelle	3,64 (0,58)	4,00 (0,63)	-3,46***
Coordination explicite	3,26 (0,66)	2,73 (0,81)	4,08***
Coordination implicite	3,41 (0,63)	3,53 (0,70)	-1,14
Conflits intragroupes	2,05 (0,44)	2,24 (0,60)	-2,40*
Conflits interpersonnels	2,13 (0,55)	2,41 (0,86)	-2,73**
Conflits de tâches	2,17 (0,56)	2,27 (0,67)	-0,95
Conflits de processus	1,63 (0,58)	1,94 (0,72)	-2,72**
Soins aux patients	4,32 (0,46)	4,32 (0,50)	-0,01

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$. Pour le groupe médecins et le groupe infirmières, les moyennes et les écart-types (présentés entre les parenthèses) des déterminants sont calculés à partir des réponses sur les échelles de fréquence ou d'accord du questionnaire (choix de réponses présentés de 1 à 5 dans les deux types d'échelles).

Une procédure multivariée a été utilisée afin de contrôler de potentiels confondants (sexe, âge et années d'expérience en soins intensifs) et d'évaluer l'importance relative de certains déterminants (*Interdépendance des tâches, Autonomie, Clarté - travail et processus, Similarité des objectifs, Conflits intragroupes, Confiance et respect, Participation aux décisions*) sur la variable dépendante de la *Collaboration* interprofessionnelle. Particulièrement, l'importance de l'effet de la variable *Participation aux décisions* sur la collaboration a été analysée. Il faut noter que ce choix d'étudier certains déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans cette présente étude se fonde sur l'analyse des écrits scientifiques de la collaboration et du travail d'équipe dans le contexte particulier des soins intensifs (se référer aux cadres conceptuels de cette étude). Des modèles de régression multiples par une technique d'hierarchisation ont été construits. Afin d'évaluer les hypothèses de recherche, trois blocs de variables indépendantes ont été construits et intégrés de façon séquentielle afin d'évaluer leurs effets sur la collaboration (Figure 5). Des analyses ont été faites pour l'ensemble de tous les participants de cette étude (toutes professions confondues), mais aussi pour le sous-groupe des médecins et celui des infirmières.

Pour cette partie des analyses, des analyses préliminaires ont été réalisées pour s'assurer qu'il n'y ait pas de violations aux présomptions de normalité, de linéarité, de multicollinéarité et d'homoscédascité qu'implique une régression multiple par hiérarchisation (Tabachnick 2007, Pallant 2007). Les valeurs manquantes ont été remplacées par la moyenne tel qu'il est souvent recommandé (Tabachnick 2007). Les tests de normalité en analyse multivariée, dont l'utilisation de la distance de Mahalanobis, ont démontré que 10 participants ont dû être exclus des analyses multivariées pour satisfaire les présomptions de ce type d'analyse (Tabachnick 2007). Ceci fait que la cohorte de participants disponibles pour nos modèles d'analyses en méthodes multivariées était composée de 302 participants, dont 45 dans le groupe médical, 182 participants pour le groupe infirmier et 75 dans le groupe des autres professions.

Les Tableaux VII, VIII et IX présentent les statistiques descriptives (moyennes et écart-types) et les corrélations entre les différentes variables étudiées pour l'ensemble de tous les professionnels de la santé ($N = 302$), pour le sous-groupe des médecins ($N = 45$) et pour le sous-groupe des infirmières ($N=182$).

Figure 5 - Schématisation du modèle utilisé pour évaluer les déterminants sur la collaboration interprofessionnelle à l'aide d'une régression multiple par hiérarchisation.

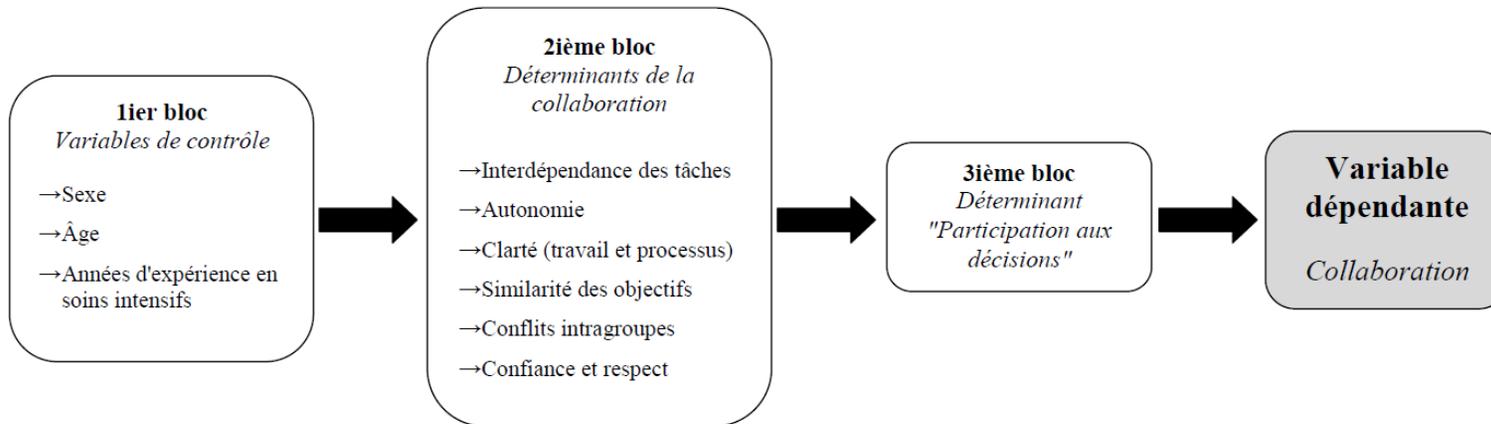


Tableau VII - Statistiques descriptives et corrélations entre les déterminants pour l'ensemble de tous les professionnels de la santé ($N = 302$).

Déterminants étudiés	Moyennes (Écart-types)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Sexe	N/A	---										
2. Âge	36,6 (9,9)	-0,103	---									
3. Années d'expérience en soins intensifs	9,7 (9,2)	-0,023	0,836***	---								
4. Interdépendance des tâches	3,61 (0,87)	-0,113	-0,072	0,007	---							
5. Autonomie	3,71 (0,73)	0,035	0,042	0,057	0,171	---						
6. Clarté (travail et processus)	3,87 (0,51)	0,166	-0,083	-0,010	0,065	0,213***	---					
7. Similarité des objectifs	3,64 (0,67)	-0,074	-0,086	-0,099	0,153	0,118	0,325***	---				
8. Conflits intragroupes	2,11 (0,54)	0,008	0,080	0,114	0,059	0,035	-0,185	-0,300***	---			
9. Confiance et respect	4,06 (0,43)	-0,116	-0,117	-0,110	0,144	0,100	0,354***	0,294***	-0,171	---		
10. Participation aux décisions	3,14 (0,80)	-0,061	-0,135	-0,103	0,136	0,137	0,205***	0,264***	-0,164	0,308***	---	
11. Collaboration	3,43 (0,58)	0,015	-0,145	-0,137	0,070	0,074	0,389***	0,308***	0,209***	0,347***	0,431***	---

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$; N/A = non applicable.

Tableau VIII - Statistiques descriptives et corrélations entre les déterminants pour l'ensemble du sous-groupe des médecins ($N = 45$).

Déterminants étudiés	Moyennes (Écart-types)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Sexe	N/A	---										
2. Âge	33,3 (8,6)	-0,192	---									
3. Années d'expérience en soins intensifs	7,3 (7,9)	-0,147	0,951***	---								
4. Interdépendance des tâches	4,13 (0,85)	-0,087	0,327*	0,339*	---							
5. Autonomie	3,74 (0,81)	0,249	0,022	0,011	0,083	---						
6. Clarté (travail et processus)	3,76 (0,60)	0,207	0,241	0,256*	0,088	0,503***	---					
7. Similarité des objectifs	3,78 (0,53)	0,039	0,206	0,132	0,202	0,033	0,187	---				
8. Conflits intragroupes	2,06 (0,45)	0,027	-0,107	-0,055	0,240	-0,221	-0,087	-0,392***	---			
9. Confiance et respect	4,22 (0,39)	-0,083	0,145	0,199	0,093	0,087	0,197	0,204	-0,318*	---		
10. Participation aux décisions	3,65 (0,75)	-0,170	0,109	0,059	-0,064	0,200	0,269*	0,311*	-0,337*	0,359**	---	
11. Collaboration	3,48 (0,55)	0,092	-0,062	-0,036	-0,039	0,290*	0,422***	0,256*	-0,136	0,049	0,335*	

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$; N/A = non applicable.

Tableau IX - Statistiques descriptives et corrélations entre les déterminants pour l'ensemble du sous-groupe des infirmières ($N = 182$).

Déterminants étudiés	Moyennes (Écart-types)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sexe	N/A	---									
2. Âge	38,0 (10,0)	-0,154	---								
3. Années d'expérience en soins intensifs	10,3 (9,5)	-0,073	0,835***	---							
4. Interdépendance des tâches	3,54 (0,88)	-0,001	-0,155	-0,051	---						
5. Autonomie	3,74 (0,71)	-0,021	-0,040	-0,002	0,157	---					
6. Clarté (travail et processus)	3,88 (0,48)	0,085	-0,160	-0,035	0,096	0,131	---				
7. Similarité des objectifs	3,52 (0,71)	-0,084	-0,089	-0,103	0,121	0,099	0,362***	---			
8. Conflits intragroupes	2,22 (0,57)	-0,033	0,040	0,096	0,033	0,076	-0,237***	-0,259***	---		
9. Confiance et respect	4,05 (0,45)	-0,047	-0,177	-0,148	0,120	0,077	0,428***	0,296***	-0,159	---	
10. Participation aux décisions	3,10 (0,78)	0,056	-0,147	-0,099	0,042	0,139	0,237***	0,346***	-0,167	0,282***	---
11. Collaboration	3,41 (0,59)	0,017	-0,150	-0,115	0,066	0,048	0,415***	0,363***	-0,185	0,380***	0,472***

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$; N/A = non applicable.

Dans les Tableaux VII, VIII, IX, il y a démonstration de bonnes corrélations, c'est-à-dire $r = 0,30$ à $0,49$ (Pallant 2007) et, de façon significative, entre plusieurs variables. Pour l'ensemble des professionnels de la santé ($N = 302$; voir Tableau VII), il y a une corrélation importante et significative à noter entre la *Participation aux décisions* et la *Collaboration* ($r = 0,431$; $p < 0,005$). Pour le sous-groupe des médecins ($N = 45$; voir Tableau VIII), il y a de bonnes corrélations entre la *Clarté (travail et processus)* et l' *Autonomie* ($r = 0,503$; $p < 0,005$), ainsi que pour la *Clarté (travail et processus)* et la *Collaboration* ($r = 0,422$; $p < 0,005$). Il y a aussi une corrélation statistiquement significative entre la *Participation aux décisions* et la *Collaboration* ($r = 0,335$; $p < 0,05$) dans ce sous-groupe de professionnels. Enfin, il peut être noté de bonnes corrélations entre la *Clarté (travail et processus)* et la *Confiance et le respect* ($r = 0,428$; $p < 0,005$), la *Clarté (travail et processus)* et la *Collaboration* ($r = 0,415$; $p < 0,005$) et la *Participation aux décisions* et la *Collaboration* ($r = 0,472$; $p < 0,005$) pour le sous-groupe des infirmières ($N = 182$; voir Tableau IX).

Le Tableau X présente l'ensemble des résultats des analyses de régression multiple par hiérarchisation pour l'ensemble de la cohorte de professionnels de la santé participant à cette étude ($N = 302$). L'application du premier bloc, avec les variables de contrôle, explique 2,2 % de la variance pour prédire la collaboration ($R^2 = 0,022$; non-significatif), suivi de 23,9 % en ajoutant le deuxième bloc avec les déterminants de la collaboration ($R^2 = 0,239$; $p < 0,005$) et pour un total de 31,9 % en ajoutant le troisième bloc avec le déterminant *Participation aux décisions* dans le modèle ($R^2 = 0,319$; $p < 0,005$). Le déterminant *Participation aux décisions* explique à lui seul 8,1 % de la variance pour prédire la collaboration interprofessionnelle ($\Delta R^2 = 0,081$; $\Delta F (1, 302) = 34,52$; $p < 0,005$). Selon ce modèle (Tableau X), les déterminants les plus importants et significatifs pour prédire la collaboration interprofessionnelle dans le milieu des soins intensifs sont les suivants (en ordre décroissant) : la *Participation aux décisions* ($\beta = 0,310$; $p < 0,005$), suivie de la *Clarté du travail et des processus* ($\beta = 0,248$; $p < 0,005$), pour terminer avec la *Confiance et le respect* ($\beta = 0,127$; $p = 0,023$). Les autres déterminants ne semblent pas avoir d'impact important et significatif sur la collaboration pour les professionnels de la santé travaillant dans ce milieu (Tableau X). Ces résultats appuient et confirment la première hypothèse de la présente étude, c'est-à-dire que pour les professionnels des soins intensifs, certains déterminants influencent la collaboration interprofessionnelle au sein de leur équipe. Parmi ceux-ci, la *Confiance et le respect* mutuel ainsi que la *Participation aux décisions* sont parmi les déterminants les plus importants. En

plus, le déterminant de la *Clarté du travail et des processus* s'est aussi révélé comme un déterminant essentiel.

Tableau X - Régression multiple par hiérarchisation prédisant la collaboration pour l'ensemble des professionnels de la santé participant à l'étude ($N = 302$).

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Premier bloc: variables de contrôle			
Sexe	0,003	0,001	0,015
Âge	-0,101	-0,019	0,021
Années d'expérience en soins intensifs	-0,053	-0,074	-0,089
Deuxième bloc: déterminants de la collaboration			
Interdépendance des tâches		0,011	-0,007
Autonomie		-0,011	-0,038
Clarté (travail et processus)		0,263***	0,248***
Similarité des objectifs		0,134*	0,092†
Conflits intragroupes		-0,077	-0,052
Confiance et respect		0,190***	0,127*
Troisième bloc: Participation aux décisions			0,310***
	R^2	0,022†	0,239***
	ΔR^2		0,217***
			0,081***

Note. † $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Les mêmes analyses de régression multiple par hiérarchisation ont été répétées pour le sous-groupe des médecins (Tableau XI) et le sous-groupe des infirmières (Tableau XII). Dans le sous-groupe des médecins ($N = 45$), le déterminant *Participation aux décisions* explique 4,1 % de la variance pour prédire la collaboration interprofessionnelle ; cependant cette variance est non significative statistiquement ($\Delta R^2 = 0,041$; $\Delta F(1, 45) = 2,08$; $p = 0,159$). Néanmoins, si ce déterminant de la *Participation aux décisions* ne semble pas être important

pour les médecins dans le modèle étudié, cela n'est pas le cas pour les infirmières. Dans le sous-groupe des infirmières ($N = 182$), le déterminant *Participation aux décisions* explique 9,3 % de la variance pour prédire la collaboration interprofessionnelle et cela de façon significative ($\Delta R^2 = 0,093$; $\Delta F (1, 182) = 24,73$; $p < 0,005$). Pour les infirmières, les déterminants les plus importants et significatifs pour prévoir une bonne collaboration interprofessionnelle dans le milieu des soins intensifs sont la *Participation aux décisions* ($\beta = 0,338$; $p < 0,005$), la *Clarté du travail et des processus* ($\beta = 0,237$; $p < 0,005$) ainsi que la *Confiance et le respect* ($\beta = 0,146$; $p = 0,041$). Pour les médecins, aucun des déterminants étudiés dans notre modèle ne semble plus important ou significatif pour prédire une bonne collaboration interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs. Les résultats en analyses univariées et multivariées appuient la deuxième hypothèse de la présente étude, c'est-à-dire que la perception de la collaboration et du travail d'équipe n'est pas la même entre les médecins et les infirmières travaillant aux soins intensifs. Par conséquent, il y aura des divergences dans la perception de l'importance des déterminants de la collaboration interprofessionnelle entre ces deux groupes professionnels.

Tableau XI - Régression multiple par hiérarchisation prédisant la collaboration pour le sous-groupe des médecins ($N = 45$).

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Premier bloc: variables de contrôle			
Sexe	0,076	-0,101	-0,046
Âge	-0,242	-0,632	-0,716
Années d'expérience en soins intensifs	0,205	0,462	0,556
Deuxième bloc: déterminants de la collaboration			
Interdépendance des tâches		-0,088	-0,053
Autonomie		0,136	0,104
Clarté (travail et processus)		0,382*	0,337†
Similarité des objectifs		0,288	0,236
Conflits intragroupes		-0,011	0,006
Confiance et respect		-0,101	-0,166
Troisième bloc: Participation aux décisions			0,246
	R^2	0,014	0,287†
	ΔR^2		0,273†

Note. † $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Tableau XII - Régression multiple par hiérarchisation prédisant la collaboration pour le sous-groupe des infirmières ($N = 182$).

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	
Premier bloc: variables de contrôle				
Sexe	-0,008	0,015	-0,008	
Âge	-0,179	-0,041	0,016	
Années d'expérience en soins intensifs	0,033	-0,017	-0,053	
Deuxième bloc: déterminants de la collaboration				
Interdépendance des tâches		-0,009	0,007	
Autonomie		-0,016	-0,052	
Clarté (travail et processus)		0,240***	0,237***	
Similarité des objectifs		0,204**	0,113	
Conflits intragroupes		-0,038	-0,012	
Confiance et respect		0,205**	0,146*	
Troisième bloc: Participation aux décisions			0,338***	
	R^2	0,023	0,265***	0,358***
	ΔR^2		0,242***	0,093***

Note. † $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Discussion

Résumé des résultats de la recherche

Avec les données actuelles dans le domaine médical, il y a un intérêt et un besoin de bien connaître les déterminants principaux qui peuvent influencer la collaboration interprofessionnelle dans le contexte particulier de la pratique des soins intensifs. Notre étude a permis de répondre à ce besoin à l'aide d'un questionnaire qui a été distribué dans quatre unités de soins intensifs d'un hôpital universitaire de la région métropolitaine de Montréal. Le taux de participation à cette étude est élevé (312/368, soit environ 85 %). Parmi les déterminants étudiés dans notre modèle d'analyse (analyses multivariées), il a été possible d'identifier certains déterminants importants et significatifs pour l'ensemble des professionnels de la santé (infirmières, inhalothérapeutes, médecins, pharmaciens) qui travaillent dans une équipe de soins intensifs, déterminants pouvant influencer et prédire positivement une collaboration interprofessionnelle. La « clarté du travail et des processus », la « confiance et respect » ainsi que la « participation aux décisions » sont des déterminants qui ont été identifiés dans notre modèle d'analyse comme étant importants dans la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs.

Quant à l'importance relative de ces déterminants de la collaboration selon les professions (médecins versus infirmières), cette étude a permis de démontrer qu'il y a des différences dans la perception des médecins et des infirmières. Lorsqu'on analyse ces déterminants individuellement (lors des analyses univariées), les déterminants « synchronisation temporelle », « conflits intragroupes », « cohésion dans le groupe » et « sécurité psychologique » semblent être perçus importants pour les infirmières par rapport à leur collègues médecins. À l'opposé, les déterminants « coordination explicite », « similarité des objectifs », « interdépendance des tâches », « hétérogénéité », « charge du travail », « confiance et respect » et « participation aux décisions » semblent être perçus comme étant plus importants pour les médecins par rapport à leurs collègues infirmières. Notre étude a démontré aussi qu'il y a des différences entre les médecins et les infirmières par rapport à ces

déterminants pour prédire la présence d'une bonne collaboration interprofessionnelle (en analyses multivariées). Selon notre modèle d'analyse, aucun des déterminants étudiés ne semble prédire la collaboration pour le groupe des médecins. Pour les infirmières, les déterminants « clarté du travail et des processus », « confiance et respect » et « participation aux décisions » sont marquants et significatifs pour prévoir positivement une collaboration. Le déterminant « participation aux décisions » semble pour les infirmières des soins intensifs le plus important afin d'assurer une collaboration efficace au sein d'une équipe de soins intensifs, selon notre modèle d'analyse.

Discussion : les déterminants de la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs

Les résultats de cette recherche apportent de nouveaux éléments dans la façon de comprendre la collaboration interprofessionnelle dans le contexte spécifique des soins intensifs en identifiant et en quantifiant plus clairement certains de ses déterminants. L'obtention de nos résultats a été possible grâce à l'utilisation de questionnaires déjà éprouvés et validés originant de la psychologie organisationnelle (Behfar 2008, Bosma 1997, Campion 1993, Carron 1985, Chiocchio, Grenier et al. 2012, Edmondson 1999, Jehn 1995, Jehn & Mannix 2001, Sawyer 1992). Dans les écrits médicaux, il peut être noté que la majorité des études sur la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe sont de nature qualitative, exploratoire ou descriptive (Baggs 1997, Coombs 2003, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2007, Thomas 2003). L'existence et le nombre d'outils validés, tels que des questionnaires, restent très modestes dans le domaine de la santé et tout particulièrement aux soins intensifs. Ce constat démontre un certain retard du milieu médical par rapport à ce que l'on peut retrouver dans les écrits scientifiques de la psychologie organisationnelle ou dans d'autres contextes où il y a une pratique de travail d'équipe, comme c'est le cas de l'aviation (Despin 2009, Sexton 2000). En considérant que les grands principes du travail d'équipe restent les mêmes (quel que soit le contexte où un travail d'équipe a lieu) et en considérant que les déterminants du processus de la collaboration interprofessionnelle sont les mêmes que les déterminants d'un travail d'équipe efficace, il était alors pertinent d'utiliser des questionnaires du travail d'équipe issus de la psychologie organisationnelle pour élaborer le questionnaire de cette recherche. En fait, cette approche représente une force et une application originale pour le milieu médical et,

particulièrement, celui des soins intensifs. Ceci permet d'enrichir le corpus de connaissances provenant d'approches qualitatives par une approche quantitative.

Les écrits scientifiques de soins intensifs reconnaissent l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour le bien-être des patients aux soins intensifs (Baggs 1992, Baggs 1997, Baggs 1999, Rose 2011). Ces études, analysant les déterminants et les mécanismes de cette collaboration, restent cependant encore peu nombreuses laissant place à de nombreuses questions à explorer (Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004). Pour Baggs et al. (1997), leur modèle décrivait que « travailler ensemble » est le cœur du processus de la collaboration aux soins intensifs et sous-entendait qu'il faut travailler comme une équipe, qu'il faut toujours garder un focus sur le patient et qu'il est nécessaire de « partager » les tâches (travail, communication, etc.) entre les professionnels. Plusieurs déterminants et mécanismes de cette collaboration ont été élaborés dans l'étude de Baggs (1997) (déterminants de la classe « être disponible » versus de la classe « être réceptif »), dans l'étude de Hawryluck et al. (2002) (les six catalyseurs pouvant faire fluctuer la collaboration) et dans l'étude de Lingard et al. (2004) (perception de possession versus processus d'échange ou de marchandage). L'ensemble de ces études (se référer aussi à l'annexe 1) ont permis d'identifier un grand nombre de déterminants potentiels, sans pour autant reconnaître leurs impacts réels sur la collaboration interprofessionnelle (Baggs 1997, Coombs 2003, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009). Intuitivement, certains de ces déterminants identifiés semblent plus importants et à la base d'une collaboration interprofessionnelle saine, comme le déterminant de la « confiance et du respect mutuel » . L'approche méthodologique et analytique utilisée dans notre recherche a permis d'identifier que la « clarté du travail et des processus » , la « confiance et le respect mutuel » ainsi que la « participation aux décisions » sont trois déterminants ayant beaucoup d'impact dans la collaboration interprofessionnelle pour l'ensemble des professionnels travaillant aux soins intensifs. Nos résultats corroborent ce qui était connu dans les écrits des soins intensifs jusqu'à présent (Baggs 1997, Coombs 2003, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009). Cependant, contrairement aux études qualitatives précédentes (Coombs 2003, Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004, Piquette 2009) qui reconnaissaient ces trois déterminants, mais aussi de façon indifférenciée un ensemble d'autres déterminants, notre étude circonscrit beaucoup mieux trois déterminants pertinents de la collaboration. Ceci ouvre une porte à la possibilité d'explorer et de caractériser davantage ces trois déterminants dans le contexte des soins intensifs, mais aussi de développer

et d'offrir des outils (pédagogiques ou organisationnels) pouvant améliorer ces trois déterminants et, par le fait même, la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs.

La mesure de la collaboration interprofessionnelle a été réalisée à partir d'un questionnaire déjà bien éprouvé et validé dans le passé, outils intégrant les processus de communication, de coordination explicite, de coordination implicite et de synchronisation temporelle (Chiocchio, Grenier et al., 2012). Le niveau de collaboration interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs de notre recherche a été jugé comme bon par l'ensemble des participants. À l'opposé de la collaboration, un certain niveau de conflits intragroupes a aussi été rapporté par les participants, phénomène qui peut être attendu dans une équipe de soins intensifs (Conflicus study 2009, Hawryluck 2002, Rose 2011, Thomas 2003). En regardant individuellement la perception des médecins par rapport aux infirmières dans notre étude, la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de travail semble également bonne pour les deux professions. Ces résultats s'opposent à ce qui avait été suggéré par les études précédentes (Baggs 1999, Thomas 2003). L'étude descriptive et transversale de Thomas (2003) avait démontré des perceptions bien opposées au sujet de la collaboration et du travail d'équipe entre les médecins et les infirmières, où les infirmières étaient en général insatisfaites de la collaboration interprofessionnelle dans leur milieu de travail. Cependant, nos résultats qui diffèrent des écrits scientifiques sur le sujet n'excluent pas la possibilité de différences dans la perception de la collaboration aux soins intensifs entre les médecins et les infirmières. La collaboration interprofessionnelle est un processus dynamique, ce qui implique un potentiel de fluctuation dans le temps de la collaboration selon les contextes et les épreuves que l'équipe des soins intensifs peut rencontrer (D'Amour & Oandasan 2005, Hawryluck 2002, Ilgen 2005, Lingard 2004, Mathieu 2008). Pour Hawryluck et al. (2002), le travail d'équipe aux soins intensifs doit être considéré comme une entité fluide et complexe, influencé par des catalyseurs récurrents. Les déterminants d'ordre personnel, organisationnel ou systémique, fluctuant dans le temps, font aussi varier le niveau de collaboration dans une équipe de soins intensifs et entre les professionnels (D'Amour & Oandasan 2005, Rose 2011, San Martin-Rodriguez 2005).

À l'opposé, le niveau de conflits intragroupes entre les médecins et les infirmières de notre étude était perçu comme différent, où les infirmières percevaient plus de conflits intragroupes. Ceux-ci étaient surtout des « conflits interpersonnels » et des « conflits de

processus » . Même si l'objectif de notre étude n'était pas de décrire l'ensemble des conflits se retrouvant dans les quatre unités de soins intensifs de notre recherche, l'étude *Conflucus* (2009) nous donne des indications sur les détails de ces conflits. Cette dernière, une étude transversale et multicentrique, a démontré qu'il existe un haut taux de conflits dans les unités de soins intensifs (déclaré par 71,6 % des participants) et que ce sont des conflits entre médecins et infirmières qui prédominent dans un tiers des conflits (*Conflucus* 2009). Les principales raisons de conflits rapportées dans *Conflucus* (2009) peuvent être représentées comme des « conflits interpersonnels » ou des « conflits de processus » . En résumé, ce dernier constat et les résultats de notre étude soutiennent indirectement que les interactions entre médecins et infirmières de notre recherche ne sont pas parfaites et qu'elles apportent des conflits, et cela même si la collaboration interprofessionnelle avait été jugée également bonne par les deux professions.

Les différences de perceptions sur la collaboration interprofessionnelle et les conflits entre les médecins et les infirmières aux soins intensifs sont bien documentées : cette collaboration est difficile selon les infirmières (Baggs 1992, Baggs 1999, *Conflucus* 2009, Coombs 2003, Donchin 1995, Thomas 2003). De plus, le questionnaire de Thomas (2003) fait ressortir d'autres éléments pouvant expliquer cette perception divergente des infirmières : i) c'est difficile de s'exprimer, ii) les désaccords ne sont pas résolus de manière appropriée, iii) une plus grande participation dans la prise des décisions est nécessaire, iv) le point de vue infirmière n'est pas bien accueilli. D'autres études en soins intensifs suggèrent et soutiennent fortement que les infirmières de ce milieu aient la possibilité de donner leur avis sur leur patient et puissent participer activement à la prise des décisions (Baggs 1999, Coombs 2003, Manias 2001, Stein-Parbury 2007). Ceci peut s'expliquer par le fait que les infirmières restent physiquement, et durant de longues périodes, au chevet du même patient et de sa famille, ces derniers subissant des moments difficiles et stressants aux soins intensifs (Baggs 1999). La plus grande proximité d'une infirmière de soins intensifs avec son patient amène celle-ci à mieux le connaître ainsi que ses proches et à interagir avec eux dans une approche psychosociale globale (Baggs 1999, Coombs 2003). Par rapport aux médecins, les infirmières sont probablement les professionnelles de la santé qui connaissent mieux les patients d'un point de vue psychosocial, connaissances qui peuvent fortement influencer la prise en charge appropriée de chacun des patients d'une unité de soins intensifs (Stein-Parbury 2007). Dans cette perspective, le déterminant de la « participation aux décisions » semble donc important

(possiblement plus pour le groupe professionnel des infirmières) et les résultats de notre étude apportent davantage d'informations sur les constats des études précédentes (Baggs 1999, Coombs 2003, Manias 2001, Stein-Parbury 2007). Dans notre étude, il y a eu démonstration d'une bonne corrélation entre le déterminant « participation aux décisions » et la collaboration interprofessionnelle, mais surtout, ce déterminant est ressorti comme étant le plus important et significatif pour prédire une bonne collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs pour l'ensemble des professionnels de la santé œuvrant aux soins intensifs, dont le groupe professionnel des infirmières. Il est maintenant très clair qu'une attention particulière, avec les actions nécessaires, doit être portée sur ce déterminant dans la pratique quotidienne des équipes de travail dans les unités de soins intensifs.

Applications et retombées de cette recherche

Notre étude apporte une meilleure identification des déterminants qui influencent l'efficacité du travail d'équipe et la compétence de la collaboration des professionnels de la santé aux soins intensifs. Nos résultats confirment l'importance : i) d'encourager le développement et la mise en œuvre de meilleures pratiques de collaboration dans l'exercice quotidien des soins intensifs ; ii) de mieux cibler l'apprentissage et l'évaluation des professionnels de la santé aux soins intensifs. De façon pratique, les occasions, les interventions et les outils afin de permettre une amélioration de la collaboration interprofessionnelle doivent être optimisés et développés, et cela, au niveau organisationnel d'une unité de soins intensifs ou encore au niveau des individus travaillant aux soins intensifs. Une attention particulière devrait être portée aux déterminants « clarté du travail et des processus » , « confiance et respect » et « participation aux décisions » pour les intégrer (directement ou indirectement) dans ces occasions d'apprentissage.

Sur le plan organisationnel de l'équipe et de l'unité des soins intensifs, plusieurs interventions sont connues et ont le potentiel d'améliorer la collaboration interprofessionnelle (Curtis 2006, McCauley 2006, Pronovost 2008, Reader 2009, Rose 2011). Les *listes de contrôles*, les *protocoles*, les *listes d'objectifs quotidiens* et les *tournées interdisciplinaires* sont tous des exemples concrets d'interventions aux soins intensifs (Rose 2011, Winters 2009). Les

listes de contrôle ou « checklists » (exemple : installation d'un cathéter central) ont le potentiel de diminuer les erreurs médicales en standardisant et en rendant plus efficace une procédure (Pronovost 2006, Winters 2009). Les *protocoles* (exemples : protocole de sevrage du ventilateur, protocole de sevrage des sédations) donnent aux professionnels des algorithmes décrivant les étapes et les conduites à avoir dans une situation médicale particulière (Roses 2011, Saura 1996). Comme les listes de contrôle, les protocoles peuvent diminuer potentiellement les erreurs en standardisant le travail et en offrant des options décisionnelles, selon une situation médicale qui évolue parfois rapidement dans le temps. Clairement, les listes de contrôle et les protocoles sont des outils qui contribuent à standardiser le travail et qui peuvent aider les membres d'une équipe dans la « clarté du travail et des processus », et amener une meilleure collaboration interprofessionnelle. L'élaboration d'une *liste d'objectifs quotidiens* permet à tous les membres d'une équipe de soins intensifs de communiquer les informations et les plans de soins pour chacun des patients de l'unité (Narasimhan 2006, Pronovost 2003). Elle permet à tous les membres d'une équipe de rester actifs et de concentrer efforts et énergies sur les objectifs fixés (Narasimhan 2006). Les *tournées interdisciplinaires* représentent aussi une autre intervention qui cadre dans les mêmes buts que la liste des objectifs quotidiens (Coombs 2003, Halm 2003, Vazirani 2005). Dans ces tournées quotidiennes, toutes les informations et les opinions touchant les soins de chaque patient peuvent être partagées par tous les intervenants. À la fin des tournées, des constats et des décisions doivent être prises (Coombs 2003, Falise 2007, Halm 2003). Ces tournées quotidiennes, comme les listes d'objectifs quotidiens, sont d'excellentes opportunités pour que tous les professionnels de la santé puissent communiquer, clarifier le travail à faire et surtout participer activement aux prises de décisions (Coombs 2003, Falise 2007, Halm 2003, Pronovost 2003, Vazirani 2005). La collaboration interprofessionnelle ne peut que s'améliorer dans ces situations. Ces deux dernières interventions simples (liste d'objectifs quotidiens et tournées interdisciplinaires), ayant un grand potentiel d'augmenter l'efficacité du travail d'équipe et de la collaboration interprofessionnelle, devraient être encouragées au quotidien dans toutes les unités de soins intensifs. Enfin, si tous les professionnels de la santé des soins intensifs peuvent participer dans le développement de ces moyens interventionnels (*listes de contrôles, les protocoles, les listes d'objectifs quotidiens et les tournées interdisciplinaires*), il y aura fort probablement une meilleure compréhension de l'ensemble des professions, basée sur une plus grande « confiance et un respect mutuel ». Cependant, l'implantation et l'application de ces interventions peuvent être difficiles et être sources de conflits dans le

groupe (Rose 2011), si elles ne reposent pas sur des principes de gestion du changement (Kotter 1996).

Des interventions peuvent être faites auprès de chaque professionnel et membre d'une équipe afin d'assurer un meilleur développement et une amélioration de la compétence de collaboration. L'ensemble des principes et interventions que propose l'éducation interprofessionnelle démontre qu'il est possible d'améliorer la compétence de la collaboration interprofessionnelle auprès des professionnels de la santé, comme ceux œuvrant aux soins intensifs (Oandasan 2005, Reeves 2009). Les résultats d'études sur la collaboration interprofessionnelle, comme les résultats de notre étude, peuvent aider à mieux comprendre les différentes facettes de la compétence de la collaboration et permettre d'améliorer les contenus de la formation interprofessionnelle. Il existe plusieurs organismes qui soutiennent la formation interprofessionnelle comme c'est le cas du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les médecins spécialistes (Frank 2005, Oandasan 2005). En regard des rôles CanMEDS définis par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (Frank 2005), une meilleure compréhension des déterminants et du processus de la collaboration peuvent aider à : i) amorcer une plus grande compréhension du développement de la collaboration chez les médecins-intensivistes et les autres professionnels de la santé ; ii) instaurer la création de nouveaux outils d'apprentissage appropriés pour le développement de cette compétence ; iii) initier la création de nouveaux outils d'évaluation valides de cette compétence pour les médecins-enseignants et les professeurs. L'amélioration de cette compétence par les professionnels œuvrant aux soins intensifs s'avère très prometteuse.

Limitations de l'étude

Il existe des limitations à notre étude qui méritent d'être mentionnées. Deux sont particulièrement identifiables : i) les erreurs systématiques (spécialement le biais de la variance commune) et ii) la puissance statistique.

Première limitation : erreurs systématiques, spécialement le biais de la variance commune

Dans toute étude, il y a toujours des risques de biais qui peuvent affecter, et parfois de façon importante, la validité des résultats de la recherche (Gordis 2009, Hulley 2001). Les erreurs systématiques, affectant la validité interne, peuvent être présentées par les biais de sélection ou encore les biais d'information (Gordis 2009). Dans notre étude, le taux de réponse au questionnaire étant très élevé (soit de 84,7 %), le risque de biais de sélection reste relativement faible. Il y a probablement peu de chances que la faible proportion de gens qui n'ont pas voulu participer à l'étude ou encore qui n'ont pas rempli le questionnaire aurait affecté de façon importante les résultats de notre étude. Cependant, le type de biais, qui a probablement le plus de potentiel d'affecter la validité interne de nos résultats, est un biais d'information (Gordis 2009). Avec l'utilisation d'un questionnaire dans notre étude, ce type de biais d'information peut aussi être décrit comme un biais de la variance commune (Gordis 2009, Podsakoff 2003). Pour Podsakoff et al. (2003), ce *biais de la variance commune* peut se définir comme le niveau de variance qui est attribuable à la méthode de mesure (plutôt qu'au construit de l'outil comme tel). Plusieurs sources de ce biais existent et peuvent être catégorisées selon i) les *effets d'un évaluateur commun*, ii) les *effets des caractéristiques des items du questionnaire*, iii) les *effets du contexte des items*, et iv) les *effets du contexte de mesure* (Podsakoff 2003).

Certaines sources potentielles de biais de la variance commune peuvent être identifiables dans notre étude (Podsakoff 2003). Ces biais seraient probablement plus secondaires au fait qu'un même participant répondait à toutes les questions touchant les variables, indépendantes et dépendantes, se retrouvant dans notre questionnaire (*effets d'un évaluateur commun*) (Podsakoff 2003). Cette forme de biais pouvait se glisser dans notre étude dans les situations suivantes : i) le participant tente de maintenir une cohérence dans son choix de réponse aux questions (par exemple : pour un bloc de questions, le participant donne toujours la réponse 4, alors que des réponses plus justes dans son cas auraient nécessité autre chose que cette réponse) ; ii) le participant croit à l'importance de varier les réponse (malgré que des réponses justes dans son cas auraient nécessité des réponses similaires) et impose une covariation dans ses choix de réponse ; iii) le participant choisit davantage certaines réponses pour leur acceptabilité sociale que pour leurs véritables opinions ; iv) tendance d'un participant

à être en accord (ou en désaccord) avec les items du questionnaire, indépendamment de leur contenu (biais d'acquiescement) ; v) l'état d'humeur en général (ou transitoire) du participant qui peut affecter positivement ou négativement le choix de ses réponses (Podsakoff 2003). Malgré ces sources de biais de la variance commune qui peuvent être difficiles à éviter (effets d'un évaluateur commun), les autres sources de biais de la variance commune sont probablement moins présentes, mais non exclues, dans notre étude. Lors de l'élaboration du questionnaire (en utilisant des questionnaires éprouvés et validés et pour lesquels de solides preuves de validité tirées d'études antérieures existent), des efforts ont été déployés afin de diminuer ces autres sources de biais de la variance commune. Les biais secondaires aux *caractéristiques des items du questionnaire* ont été diminués en utilisant différents types d'échelle ou en évitant des items trop longs, contenant des ambiguïtés ou encore des négations (Podsakoff 2003). Des efforts ont aussi été faits pour diminuer les biais secondaires aux *effets du contexte des items* (par exemple : en gardant des échelles de réponse courtes, en commençant le questionnaire par des questions simples et en répartissant dans le questionnaire les items et les construits sans un ordre particulier) et aux *effets du contexte de mesure* (Podsakoff 2003).

Deuxième limitation : la puissance statistique

Une analyse de puissance a été réalisée, avant le recrutement des participants dans notre étude, afin d'évaluer le nombre nécessaire de participants et de s'assurer que l'on puisse observer potentiellement des différences statistiques dans nos analyses (Cohen 1988, Cohen 1992, Hulley 2001). Le nombre élevé des participants ($N = 302$) ayant répondu à notre questionnaire a permis de générer une puissance statistique plus que suffisante afin de répondre à l'objectif primaire de notre étude, c'est à dire d'évaluer l'importance relative des déterminants susceptibles d'influencer la collaboration interprofessionnelle pour l'ensemble des professionnels se retrouvant dans une équipe de soins intensifs. Dans les analyses de sous-groupes, le nombre élevé d'infirmières dans notre étude ($N = 182$) permettait aussi une puissance statistique satisfaisante pour faire ressortir les déterminants significatifs à une collaboration interprofessionnelle dans nos modèles d'analyse. Cependant, cela n'a pas été le cas pour l'analyse du sous-groupe des médecins. Malgré une participation active et intéressante du corps médical à notre étude (taux de participation de 79,3 % des médecins) et par le fait

même une bonne représentativité quant à la proportion des médecins dans notre échantillon (bonne validité écologique), on se retrouve avec un nombre moins important de participants dans ce sous-groupe ($N = 45$). Ce nombre de participants ne permet pas une puissance statistique suffisante pour observer des différences statistiques recherchées dans nos modèles d'analyses multivariées, modèles qui contenaient dix variables indépendantes et les exigences prédéterminées du niveau d'erreurs de Type I et II acceptables (Cohen 1988, Cohen 1992, Hulley 2001). Ce manque de puissance statistique dans le sous-groupe des médecins de notre étude pourrait expliquer en partie l'absence de déterminants statistiquement significatifs à la collaboration interprofessionnelle chez les médecins. Ce constat nous suggère aussi d'être prudent et de considérer qu'un déterminant comme la « participation aux décisions » pourrait être aussi important pour les médecins afin de prédire une bonne collaboration interprofessionnelle (comme il a été démontré pour le groupe des infirmières de notre étude), mais que cela n'a pas pu être démontré avec notre modèle d'analyse et l'échantillon du groupe médical de notre étude. Enfin, il doit être noté qu'il y a aussi des difficultés dans la puissance statistique pour les analyses du sous-groupe des inhalothérapeutes, malgré un nombre intéressant de membres de cette profession recrutés dans notre étude ($N = 62$). Cependant, la perspective des inhalothérapeutes au sujet de la collaboration interprofessionnelle et de ses déterminants n'a pas été évaluée, puisque cela n'était pas un des objectifs primaires ou secondaires de notre étude.

Nouvelles questions de recherche et futurs projets de recherche

Les résultats de notre recherche font avancer les connaissances dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle et du travail d'équipe dans le milieu des soins intensifs. Cependant, les limitations de notre étude, ainsi que les réflexions qu'apportent les résultats de celle-ci, soulèvent de nouveaux questionnements pouvant être étudiés dans de futurs projets de recherche dans le domaine.

Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (Frank 2005) met beaucoup d'accent pour que les médecins spécialistes deviennent de bons collaborateurs dans une équipe médicale. Dans notre étude, aucun déterminant d'une bonne collaboration interprofessionnelle

n'a été identifié pour les médecins travaillant aux soins intensifs. L'absence d'une puissance statistique suffisante dans notre sous-groupe des médecins (tout en respectant la validité écologique dans notre échantillon) peut expliquer en partie l'impossibilité d'identifier des déterminants importants de la collaboration chez les médecins. Pour mieux comprendre le groupe des médecins, qui ne sont pas nombreux habituellement dans les unités de soins intensifs, on pourrait envisager de répéter l'étude en utilisant un plus grand nombre d'unités de soins intensifs au Québec ou au Canada, afin d'avoir un nombre suffisant de médecins et faire les analyses et les conclusions pertinentes (comme cela fut pour le sous-groupe des infirmières de notre cohorte). Un autre point à considérer, dans l'absence de déterminants importants de la collaboration pour les médecins de notre étude, est de savoir si les déterminants étudiés dans nos modèles d'analyse sont ceux qui sont pertinents pour les médecins. Est-ce qu'il y a d'autres déterminants, plus pertinents pour les médecins, qui assurent une bonne collaboration interprofessionnelle ? Les études exploratoires regardant la collaboration aux soins intensifs ont mis davantage l'accent sur la perception des infirmières à ce sujet (Baggs 1997, Coombs 2003, Hawryluck 2002, Lingard 2004). La présence des médecins dans ces études était beaucoup moins grande et souvent la perception mesurée était celle des médecins-résidents ou des « fellows » de soins intensifs, qui sont des médecins en formation (dans l'acquisition de leurs compétences). Il serait intéressant d'explorer davantage (par des entrevues, par exemple) la perception des médecins-intensivistes sur la collaboration interprofessionnelle et ses déterminants aux soins intensifs. Est-ce que des déterminants, certains étudiés dans d'autres milieux de la santé que les soins intensifs, comme la « communication efficace », la « confiance dans les compétences des autres professionnels », le « besoin d'avoir des résultats concrets et spécifiques au travail d'équipe » ou le « niveau d'efficacité du travail d'équipe » pourraient être plus importants pour les médecins-intensivistes ? (Hughes 2010, Larson 1999, Nair 2012). Enfin, une équipe de base de soins intensifs inclut aussi les inhalothérapeutes et les pharmaciens (et parfois d'autres professions), en plus des infirmières et des médecins. Les recherches dans le domaine des soins intensifs se concentrent très peu (sinon sont absentes) sur les perceptions de ces autres professionnels. Il serait intéressant et pertinent (afin de rendre éventuellement le travail d'équipe plus efficace) de connaître la perception de ces professionnels au sujet de la collaboration interprofessionnelle et de ses déterminants.

Les déterminants qui ont composé nos modèles d'analyses multivariées afin de prédire la collaboration interprofessionnelle permettent d'expliquer une partie substantielle de la variance observée (R^2), mais n'expliquent pas totalement la variance. Parmi la longue liste de

déterminants pouvant potentiellement influencer la collaboration et originant des études exploratoires dans le milieu des soins intensifs (Baggs 1997, Hawryluck 2002, Lingard 2004), il est clair qu'il n'était pas possible, de façon pratique et statistique, d'inclure tous les déterminants dans un seul modèle d'analyse. Ceux retenus, pour composer les modèles d'analyse de notre étude, ont été choisis intentionnellement parce qu'ils sont connus des écrits venant des soins intensifs et du domaine de la santé comme étant des déterminants indispensables à une collaboration interprofessionnelle saine. On est en droit de se demander s'il y a d'autres déterminants qui n'ont pas été étudiés dans nos modèles d'analyses et qui pourraient influencer significativement la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs. Enfin, notre étude a permis d'identifier certains déterminants significatifs à la collaboration interprofessionnelle (« participation aux décisions », « clarté du travail et des processus » et « confiance et respect »). Comment mettre en application ces nouvelles connaissances et permettre d'améliorer ces déterminants indispensables d'une collaboration efficace ? Les listes de contrôles, les protocoles, les listes d'objectifs quotidiens et les tournées interdisciplinaires semblent être des avenues intéressantes (Rose 2011). Cependant, quelles sont réellement les interventions à utiliser, à développer ou à optimiser dans le milieu des soins intensifs afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle ? Il y a un potentiel de questions et de projets de recherche futurs dans le domaine.

Conclusion

Les unités de soins intensifs constituent des milieux de soins particulièrement actifs et dynamiques. Considérant le fait que les patients souffrent de pathologies en phase aiguë et que leur état de santé est susceptible de changer rapidement, les professionnels de soins intensifs sont soumis à de hauts niveaux de pression et de stress. La collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe sont essentiels pour assurer les meilleurs soins aux patients et diminuer les erreurs médicales. Ce constat oblige la communauté médicale et professionnelle du milieu des soins intensifs d'approfondir sa compréhension du fonctionnement du travail d'équipe et de la collaboration interprofessionnelle dans un souci d'efficacité et de qualité des soins aux patients. Les données et les résultats de notre étude permettent de faire avancer les connaissances dans le domaine en identifiant et en évaluant l'importance relative des déterminants susceptibles d'influencer la collaboration interprofessionnelle dans une équipe de soins intensifs.

Les résultats de notre recherche permettent d'avancer que la « clarté du travail et des processus », la « confiance et respect », mais tout particulièrement la « participation aux décisions » sont des déterminants très importants pour assurer une bonne collaboration interprofessionnelle dans une équipe de soins intensifs. Il y a des différences potentielles entre les médecins et les infirmières sur leurs perceptions de ces déterminants. Pour les infirmières, « la clarté du travail et des processus », « la confiance et le respect » et la « participation aux décisions » sont des déterminants qui sont importants de la collaboration. Même si notre étude n'a pas identifié des déterminants prédictifs de la collaboration interprofessionnelle chez les médecins, on ne peut pas exclure que ce groupe professionnel ait les mêmes déterminants importants que les infirmières ou qu'il ait d'autres déterminants significatifs pour eux. Sur un plan pratique, l'identification de ces déterminants de la collaboration a le potentiel de favoriser le développement ainsi que l'utilisation d'outils et d'interventions permettant d'encourager et d'optimiser la compétence de la collaboration par l'ensemble des professionnels travaillant dans le milieu des soins intensifs, spécialement les médecins et les infirmières. De même, il y a aussi un potentiel de mieux cibler l'apprentissage auprès de ces professionnels et l'évaluation de cette compétence auprès du corps professoral.

Malgré l'apport des résultats de notre recherche dans le domaine, en considérant aussi les limitations de notre étude, plusieurs questionnements restent en suspens. Existents-ils d'autres déterminants qui n'ont pas été étudiés dans nos modèles d'analyses et pouvant influencer significativement la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs ? Quels sont les déterminants d'importance pour les médecins afin d'assurer une bonne collaboration ? La culture et le fonctionnement actuel des unités de soins intensifs, mais aussi le niveau important d'erreurs médicales, imposent des changements dans le milieu. Même avec le bon vouloir des décideurs et des professionnels de la santé pour apporter des changements, il ne faut pas sous-estimer que les politiques et le système actuels peuvent constituer des obstacles vers une amélioration de l'efficacité du travail des équipes de soins intensifs. Quels sont les meilleurs moyens et interventions pour améliorer la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs ? Quels sont les interventions à utiliser afin d'optimiser un déterminant de la collaboration, comme celui de la « participation aux décisions » , auprès d'une équipe de travail des soins intensifs ? Comment vaincre les obstacles aux changements et permettre une meilleure utilisation de la compétence de la collaboration interprofessionnelle dans le milieu des soins intensifs ? Clairement, ces questionnements doivent être pris en compte dans les futures recherches dans le domaine.

Références

- Agrément Canada (2011). *Programme Qmentum - Normes : Services de soins intensifs*. Canada.
- American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine (1999). Guidelines for ICU admission, discharge, and triage. *Critical Care Medicine*, 27(3), 633-638.
- Baggs, J.G., Ryan, S.A., Phelps, C.E., Richeson, J.F., & Johnson, J.E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung*, 21(1), 18-24.
- Baggs, J.G., & Schmitt, M.H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in Nursing & Health*, 20, 71-80.
- Baggs, J.G., Schmitt, M.H., Mushlin, A.I., Mitchell, P.H., Eldredge, D.H., Oakes, D., & Hutson, A.D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9), 1991-1998.
- Bates, D.W., Cullen, D.J., Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B.J., Shea, B.F., Hallisey, R., Vander Vliet, M., Nemeskal, R., & Leape, L.L. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events : Implications for prevention. *The Journal of the American Medical Association*, 274(1), 29-34.
- Behfar, K.J., Peterson, R.S., Mannix, E.A., & Trochim, W.M.K. (2008). The critical role of conflict resolution in teams : A close look at the links between conflict type, conflict management strategies, and team outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 170-188.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., & Stansfeld, S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 314, 558-565.

Bracco, D., Favre, J.-B., Bissonnette, B., Wasserfallen, J.-B., Revelly, J.-P., Ravussin, P., & Chioloro, R. (2001). Human errors in a multidisciplinary intensive care unit : a 1-year prospective study. *Intensive Care Medicine*, 27, 137-145.

Brilli, R.J., Spevetz, A., Branson, R.D., Campbell, G.M., Cohen, H., Dasta, J.F., Harvey, M.A., Kelley, M.A., Kelly, K.M., Rudis, M.I., St. Andre, A.C., Stone, J.R., Teres, D., Weled, B.J., & Peruzzi, W. (2001). Critical care delivery in the intensive care unit : Defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine*, 29(10), 2007-2019.

Brislin, R. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Research*, 1, 185-216.

Burns, K.E.A., Duffett, M., Kho, M.E., Meade, M.O., Adhikari, N.K.J., Sinuff, T., & Cook, D.J. (2008). A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *Canadian Medical Association Journal*, 179(3), 245-252.

Campion, M.A., Medsker, G.J., & Higgs, A.C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness : Implications for designing effective work groups. *Personnel psychology*, 46, 823-850.

Carron, A.V., Widmeyer, W.N., & Brawley, L.R. (1985). The development of an instrument to assess cohesion in sport teams : The group environment questionnaire. *Journal of Sport Psychology*, 7, 244-266.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2002). *Définitions des champs de pratique et liste des activités réservées du CHUM*. Document à l'interne du CHUM, Montréal.

Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T.A., Savaria, K., & Willms, J.D. (2012). The effects of collaboration on performance : a multilevel validation in project teams. *International Journal of Project Organisation and Management*, 4(1), 1-37.

Chiocchio, F., Lebel, P., & Dubé, J.-N. (2012). Informational role self-efficacy : A validation in interprofessional collaboration contexts involving service and project teams. Étude présentée au « 40th Annual Convention of the Administrative Sciences Association of Canada » , Canada.

Chiocchio, F., Lebel, P., Therriault, P.-Y., Boucher, A., Hass, C., Rabbat, F.-X., & Bouchard, J.-F. (2012). *Stress and performance in health care project teams*. Newtown Square (PA) : Project Management Institute.

Clemmer, T.P., Spuhler, V.J., Oniki, T.A., & Horn, S.D. (1999). Results of a collaborative quality improvement program on outcomes and costs in a tertiary critical care unit. *Critical Care Medicine*, 27(9), 1768-1774.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale (NJ) : Lawrence Erlbaum.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

Cohen, S.G., & Bailey, D.E. (1997). What makes teams work : Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(3), 239-290.

Conflicus Study Investigators (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts : The Conflicus Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180, 853-860.

Cook, D.A., & Beckman, T.J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments : Theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119 (2), 166.e7-166.e16.

Coombs, M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 125-135.

Curtis, J.R., Cook, D.J., Wall, R.J., Angus, D.C., Bion, J., Kacmarek, R., Kane-Gill, S.L., Kirchhoff, K.T., Levy, M., Mitchell, P.H., Moreno, R., Pronovost, P., & Puntillo, K. (2006). Intensive care unit quality improvement : A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Critical Care Medicine*, 34(1), 211-218.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 116-131.

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 8-20.

Davidson, A.R., Jaccard, J.J., Triandis, H.C., Morales, M.L., & Diaz-Guerrero, R. (1976). Cross-Cultural model testing : Toward a solution to the etic-emic dilemma. *International Journal of Psychology*, 11, 1-13.

Despins, L.A. (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical Care Nurse*, 29(2), 85-92.

Devine, D.J. (2002). A review and integration of classification systems relevant to teams in organizations. *Group Dynamics : Theory, Research, and Practice*, 6(4), 291-310.

Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L., Pizov, R., & Cotev, S. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23(2), 294-300.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.

Falise, J.P. (2007). True collaboration : Interdisciplinary rounds in nonteaching hospitals - It can be done! *AACN Advanced Critical Care*, 18(4), 346-351.

Fernandez, R., Kozlowski, S.W., Shapiro, M.J., & Salas, E. (2008). Toward a definition of teamwork in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1104-1112.

Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P., Jaber, S., Chagnon, J.-L., Renault, A., Robert, R., Pochard, F., Herve, C., Brun-Buisson, C., & Duvaldestin, P. (2003). Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167, 1310-1315.

Frank, J.R. (2005). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Garland, A. (2005). Improving the ICU - Part 1. *CHEST*, 127(6), 2151-2164.

Garland, A. (2005). Improving the ICU - Part 2. *CHEST*, 127(6), 2165-2179.

Gordis, L. (2009). *Epidemiology*. 4ième édition, Philadelphie : Saunders Elsevier.

Griffin, M.A., Neal, A., & Parker, S.K. (2007). A new model of work role performance : Positive behavior in uncertain and interdependent contexts. *Academy of Management Journal*, 50(2), 327-347.

Hall, J.B., Schmidt, G.A., & Wood, L.D.H. (2005). *Principles of Critical Care*. 3ième édition, New York : McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Halm, M.A., Gagner, S., Goering, M., Sabo, J., Smith, M., & Zaccagnini, M. (2003) Interdisciplinary rounds - Impact on patients, families, and staff. *Clinical Nurse Specialist*, 17(3), 133-142.

Hawryluck, L.A., Espin, S.L., Garwood, K.C., Evans, C.A., & Lingard, L.A. (2002). Pulling together and pushing apart : Tides of tension in the ICU team. *Academic Medicine*, 77(10), S73-76.

Health Council of Canada (2005). *Health care renewal in Canada : Accelerating change*. Récupéré le 23 mai 2013 de <http://www.healthcouncilcanada.ca>.

Higgins, L.W. (1999). Nurses' perceptions of collaborative nurse-physician transfer decision making as a predictor of patient outcomes in a medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1434-1443.

Hughes, B., & Fitzpatrick, J.J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 625-632.

Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T.B. (2001). *Designing Clinical Research*. 2ième édition, Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.

Ilgen, D.R., Hollenbeck, J.R., Johnson, M., & Jundt, D. (2005). Teams in organizations : From Input-Process-Output models to IMO models. *Annual Review of Psychology*, 56, 517-543.

Jehn, K.A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40 (2), 256-282.

Jehn, K.A., Bezrukova, K., & Thatcher, S. (2008). Conflict, diversity, and faultlines in workgroups. In Debreu, C.K.W., & Gelfand, M.J. (Eds.), *The psychology of conflict management in organizations* (pp. 179-210). New York : Laurence Erlbaum.

Jehn, K.A., & Mannix, E.A. (2001). The dynamic nature of conflict : A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management Journal*, 44(2), 238-251.

Kaushal, R., Bates, D.W., Franz, C., Soukup, J.R., & Rothschild, J.M. (2007). Costs of adverse events in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 35(11), 2479-2483.

Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P., & Zimmerman, J.E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104, 410-418.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human : Building a safer health system*. Washington DC : National Academy Press.

Kopp, B.J., Erstad, B.L., Allen, M.E., Theodorou, A.A., & Priestley, G. (2006). Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit : Direct observation approach for detection. *Critical Care Medicine*, 34(2), 415-425.

Kotter, J.P. (1996). *Leading Change*. Boston : Harvard Business School Press.

Lamoureux, A. (2006). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*. Montréal : Beauchemin, Chenelière Éducation.

Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holistic Nursing Practice*, 13(2), 38-46.

Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin.

Lemieux-Charles, L., & McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness ? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.

Lingard, L., Espin, S., Evans, C., & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game : interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8(6), R403-408.

Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9(5), 276-280.

Manias, E., & Street, A. (2001). Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 442-450.

Manojlovich, M., Antonakos, C.L. & Ronis, D.L. (2009). Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 18(1), 21-30.

Mathieu, J., Maynard, M.T., Rapp, T., & Gilson, L. (2008). Team Effectiveness 1997-2007 : A review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal of Management*, 34, 410-476.

McCauley, K., & Irwin, R.S. (2006). Changing the work environment in ICUs to achieve patient-focused care : The time has come. *CHEST*, 130(5), 1571-1578.

Meadows, K.A. (2003). So you want to do research ? Questionnaire design. *British Journal of Community Nursing*, 8(12), 562-570.

Murray, P. (1999). Fundamental issues in questionnaire design. *Accident & Emergency Nursing*, 7, 148-153.

Nair, D.M., Fitzpatrick, J.J., McNulty, R., Click, E.R., & Glembocki, M.M. (2012). Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 115-120.

Narasimhan, M., Eisen, L.A., Mahoney, C.D., Acerra, F.L., & Rosen, M.J. (2006). Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet. *American Journal of Critical care*, 15, 217-222.

Nardi, P.M. (2006). *Doing survey research : A guide to quantitative methods*. 2ième édition, Boston : Pearson Education, Inc.

Nijhuis, B.J.G., Reinders-Messelink, H.A., De Blécourt, A.C.E., Olijve, W.G., Groothoff, J.W., Nakken, H., & Postema, K. (2007). A review of salient elements defining team collaboration in pediatric rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 21, 195-211.

Oandasan, I., Baker, G.R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., San Martin Rodriguez, L., Tepper, J., & Way, D. pour le « Canadian Health Services Research Foundation » (2006). *Teamwork in healthcare : Promoting effective teamwork in healthcare in Canada*. Récupéré le 5 janvier 2010 de http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_e.pdf.

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1 : The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 21-38.

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 2 : Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 39-48.

Osmon, S., Harris, C.B., Dunagan, W.C., Prentice, D., Fraser, V.J., & Kollef, M.H. (2004). Reporting of medical errors : An intensive care unit experience. *Critical Care Medicine*, 32(3), 727-733.

Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual*. 3ième édition, New York : McGraw-Hill Education.

Parrillo, J.E., & Dellinger, R.P. (2008). *Critical Care Medicine - Principles of diagnosis and management in the adult*. 3ième édition, Philadelphie : Mosby Elsevier.

Piquette, D., Reeves, S., & Leblanc, V.R. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises : A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 273-285.

Podsakoff, P.M., MacKensie, S.B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioral research : A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.

Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Dorman, T., Lipsett, P.A., Simmonds, T., & Haraden, C. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of Critical care*, 18(2), 71-75.

Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S.R., Holzmueller, C.G., Lyon, J.S., Lubomski, L.H., Thompson, D.A., Needham, D., Hyzy, R., Welsh, R., Do, G.R., Bander, J., Morlock, L., & Sexton, J.B. (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of Critical Care*, 23, 207-221.

Pronovost, P.J., Needham, D., Berholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725-2732.

Pronovost, P.J., Wu, A.W., & Sexton, J.B. (2004). Acute decompensation after removing a central line : Practical approaches to increasing safety in the intensive care unit. *Annals of Internal Medicine*, 140, 1025-1033.

Reader, T.W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B.H. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 37(5), 1787-1793.

Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 1, 1-22.

Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU : How to define ? *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5-10.

Rothschild, J.M., Landrigan, C.P., Cronin, J.W., Kaushal, R., Lockley, S.W., Burdick, E., Stone, P.H., Lilly, C.M., Katz, J.T., Czeisler, C.A., & Bates, D.W. (2005). The critical care safety study : The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33(8), 1694-1700.

Régime d'assurance maladie du Québec - RAMQ (2014). *Brochure no 1 des médecins spécialistes*. Récupéré le 1 mai 2014 de http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/manuels/154-brochure-1-specialistes/maj80_acc_cadre_spec.pdf.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2013). *CanMEDS Physician Competency Framework*. Récupéré le 30 avril 2013 de <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 132-147.

Saura, P., Blanch, L., Mestre, J., Vallés, J., Artigas, A., & Fernandez, R. (1996). Clinical consequences of the implementation of a weaning protocol. *Intensive Care Medicine*, 22(10), 1052-1056.

Sawyer, J.E. (1992). Goal and process clarity : Specification of multiple constructs of role ambiguity and a structural equation model of their antecedents and consequences. *Journal of Applied Psychology*, 77(2), 130-142.

Sexton, J.B, Thomas, E.J., & Helmreich, R.L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation : Cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320, 745-759.

Shekelle, P.G., Pronovost, P.J., Wachter, R.M., Rao, J.K., & Mulrow, C.D. (2013). Making health care safer : A critical review of evidence supporting strategies to improve patient safety. *Annals of Internal Medicine (Supplement)*, 158(5), 365-440.

Singh, H., Thomas, E.J., Petersen, L.A., & Studdert, D.M. (2007). Medical errors involving trainees - A study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2030-2036.

Stein-Parbury, J., & Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 470-477.

Suarez, J.I., Zaidat, O.O., Suri, M.F., Feen, E.S., Lynch, G., Hickman, J., Georgiadis, A., & Selman, W.R. (2004). Length of stay and mortality in neurocritically ill patients : Impact of a specialized neurocritical care team. *Critical Care Medicine*, 32(11), 2311-2317.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston : Pearson.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.

Thomas, E.J., Sexton, J.B., & Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31(3), 956-959.

Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R.P., Dolanski, L., Bauer, P., & Metnitz, P.G.H. (2006). Patient safety in intensive care : results from the multinational Sentinel events evaluation (SEE) study. *Intensive Care Medicine*, 32, 1591-1598.

Vazirani, S., Hays, R.D., Shapiro, M.F., & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14, 71-77.

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. *Journal of Applied Behavioral Science*, 31(3), 303-327.

Wheelan, S.A, Burchill, C.N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12(6), 527-534.

Winters, B.D., Gurses, A.P., Lehmann, H., Sexton, J.B., Rampersad, C.J., & Pronovost, P.J. (2009). Clinical review : Checklists - translating evidence into practice. *Critical Care*, 13, 210-219.

Young, M.P., Gooder, V.J., Oltermann, M.H., Bohman, C.B., French, T.K., & James, B.C. (1998). The impact of a multidisciplinary approach on caring for ventilator-dependent patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(1), 15-26.

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 3, 1-29.

Annexes

**Annexe 1 - Tableaux résumant les principales études déjà existantes
et touchant la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe
dans le contexte des soins intensifs**

Tableau XIII - Résumé des principales études qualitatives sur les déterminants et les mécanismes qui influencent la compétence de la collaboration entre professionnels (médecins-infirmières) dans les unités de soins intensifs.

Auteur(s) et année	Baggs J.G. et Schmitt M.H. (1997)	Hawryluck L.A., Espin S.L., Garwood K.C. et al. (2002)	Lingard L.A., Espin S.L., Evans C.A. et al. (2004)
Référence	<i>Research in Nursing & Health</i> , 1997, 20, 71-80	<i>Academic Medicine</i> , 2002, 77 (10), S73-S76	<i>Critical Care</i> , 2004, 8 (6), R403-R408
Titre de l'étude	Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU	Pulling together and pushing apart : Tides of tension in the ICU team	The rules of the game : Interprofessional collaboration on the intensive care unit team
Ville et pays	Rochester, New York, États-Unis	Toronto, Ontario, Canada	Toronto, Ontario, Canada
Type d'étude	Étude exploratrice et qualitative	Étude exploratrice et qualitative	Étude exploratrice et qualitative
But(s) de l'étude	-Investiguer sur les sources de la discordance infirmières versus médecins au sujet du processus de la collaboration entre ces deux professions. -Explorer et comparer les perceptions des résidents et des infirmières sur le processus de la collaboration médecin-infirmière.	-Examiner les patterns de communication et de collaboration dans le contexte du changement continu de l'équipe de professionnels aux SI. -Explorer les implications de ces patterns sur l'éducation et la socialisation des professionnels en formation aux SI (lorsqu'ils négocient leurs rôles professionnels et leurs rapports avec les autres).	-Explorer comment les professionnels interagissent (les mécanismes) pour : i) Atteindre les buts cliniques quotidiens ; ii) Marquer les limites d'une profession ; iii) Négocier pour résoudre des situations complexes. -Décrire les « règles du jeu » de la collaboration au SI.
Contexte de l'étude	1 unité de SI médical dans un hôpital urbain d'enseignement universitaire.	2 unités de SI dans 2 hôpitaux urbains d'enseignement de Toronto.	2 unités de SI dans 2 hôpitaux urbains d'enseignement de Toronto.
Participants de l'étude	20 participants : résidents ($N = 10$) et infirmières ($N = 10$). Échantillonnage de convenance.	121 participants : infirmières graduées ($N = 90$), infirmière en formation ($N = 2$), résidents ($N = 21$), intensivistes ($N = 4$) et fellows en soins intensifs ($N = 4$).	37 participants répartis en 7 groupes : 4 groupes d'infirmières ($N = 27$), 2 groupes de résidents ($N = 6$) et 1 groupe d'intensivistes ($N = 4$). Échantillonnage de convenance.
Méthodologie et outils de mesure	-Entrevues individuelles, semi-structurées, enregistrées, avec le même interviewer (le chercheur principal). -Durée : 30-60 min / entrevue. -Questions ouvertes touchant le processus de la collaboration médecin-infirmière.	-Observations, par les chercheurs (3), sur le terrain (SI) durant : i) les tournées, ii) les procédures techniques, iii) les discussions formelles et non-formelles entre les professionnels. -Observations des différents patterns de communication et de collaboration. -36 sessions d'observations (Total : 144 heures). -Parfois, entrevues non-structurées brèves sur des activités observées.	-Entrevues de groupes (7 « focus group »), semi-structurées, enregistrées, avec le même interviewer (le chercheur principal). -Durée : 1 heure / entrevue / groupe (total : 7 entrevues). -Questions ouvertes où les participants doivent exprimer leurs perceptions sur les mécanismes de comment la collaboration dans une équipe peut être atteinte (ou pas) dans des situations complexes et stressantes.

Auteur(s) et année	Baggs J.G. et Schmitt M.H. (1997)	Hawryluck L.A., Espin S.L., Garwood K.C. et al. (2002)	Lingard L.A., Espin S.L., Evans C.A. et al. (2004)
Analyse(s)	<p>-Analyse par des méthodes qualitatives.</p> <p>-Codage et contre codage : catégories de thèmes ; des relations entre catégories sont ressorties des verbatims et revues par les deux auteurs.</p> <p>-Comparaisons des résultats entre résidents et infirmières.</p>	<p>-Analyse par des méthodes qualitatives.</p> <p>-Analyse continue des observations dans le 1^{ière} unité de SI jusqu'à saturation des thèmes récurrents (24 sessions). Répétition des observations dans la 2^{ième} unité de SI (12 sessions) pour confirmer les résultats (triangulation) et explorer de nouveaux thèmes.</p>	<p>-Analyse par des méthodes qualitatives.</p> <p>-Analyse continue des groupes d'entrevues jusqu'à saturation des thèmes récurrents (total : besoin de 7 groupes). Codage et contre codage : des catégories de thèmes et des relations sont ressorties des verbatims ; analysées par les 4 chercheurs.</p>
Résultats (déterminants identifiés)	<p>- « Travailler ensemble » est le cœur du processus de la collaboration et implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Travailler comme une équipe ; ii) Un focus sur le patient ; iii) Nécessité de partager (travail, communication, etc.). <p>-Les « antécédents » (ou <i>déterminants</i>) du processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) « Être disponible » : avoir du temps pour interagir ; être proche et accessible ; milieu physique de travail approprié ; présence comme professionnel connaissant et compétent sur le travail à faire et sur le rôle et le travail des autres membres de l'équipe ; ii) « Être réceptif » : intérêt à collaborer et à la prise en charge des patients ; discussion ouverte ; écoute active et questionnements ; respect et confiance envers les autres professions. <p>-Résultats du processus de travailler ensemble :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Améliorer les soins aux patients : agir plus rapidement ; maximiser les informations ; planifier les soins ; ii) Se sentir mieux dans son travail : milieu de travail agréable permettant l'apprentissage ; iii) Contrôler les coûts. 	<p>-Il y a deux types d'équipe aux SI : l'équipe de base (« <i>Core Team</i> ») et l'équipe élargie (« <i>Expanded Team</i> ») avec des professionnels venant de l'extérieur des SI (qui s'ajoutent à l'équipe de base).</p> <p>-Seulement quelques individus sont directement impliqués en tout temps dans l'équipe de base et cette implication est restreinte et en continuelle négociation ; il y a un leader dans l'équipe de base et ce leader peut changer selon la situation.</p> <p>-Présence de fluctuations significatives dans la cohésion de l'équipe de SI. Ceci dépend du degré de collaboration et du degré des conflits dans les deux équipes.</p> <p>-Six « catalyseurs » (ou <i>déterminants</i>) qui peuvent faire fluctuer la collaboration (ou amener des conflits) dans les deux équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Autorité (accord sur le leadership et la prise de décisions) ; ii) Éducation (but et valeurs partagés entre les étudiants et l'équipe ; la formation ne doit pas rivaliser avec le temps et les besoins du patient) ; iii) Besoins du patient (accords ou désaccords dans l'équipe sur les besoins du patient et sur la façon de les combler) ; iv) Connaissances (reconnaissance et revendication de certaines sphères de connaissances) ; v) Ressources (compétition pour des ressources limitées) ; vi) Temps (limitations dans le temps). 	<p>-Deux mécanismes récurrents ressortent des analyses :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Perception de possession (« <i>perception of ownership</i> ») : connaissances spécialisées, habiletés techniques, équipements, territoire clinique, patient. Il y a deux types de possession : collectif versus individuel. La perception de possession fait partie de la base de négociations entre professionnels. ii) Processus d'échange ou de marchandage (« <i>process of trade</i> ») : commodité physique (ex : équipements, ressources, lits de SI) et commodité sociale (ex : respect mutuel, bonne volonté, connaissances). Il y a trois types d'échanges : entre les personnes d'une même profession, entre les différents professionnels des SI, entre les professionnels des SI et ceux à l'extérieur des SI. <p>-Les commodités, les processus de possession et d'échange vont être utilisés par chaque membre d'une équipe pour négocier avec les autres membres, dans le but de satisfaire ses besoins et ses buts quotidiens. Ils peuvent être sources de collaboration, comme de tensions, entre les membres de l'équipe.</p>

Auteur(s) et année	Baggs J.G. et Schmitt M.H. (1997)	Hawryluck L.A., Espin S.L., Garwood K.C. et al. (2002)	Lingard L.A., Espin S.L., Evans C.A. et al. (2004)
Conclusion(s)	-Présentation d'un modèle de collaboration (« travailler ensemble ») ; ce modèle est compris relativement de la même façon par les résidents et les infirmières.	-Une plus grande vision du travail d'équipe aux SI : une entité fluide et complexe, influencée par des catalyseurs récurrents. -Les apprentis dans leur formation doivent reconnaître cette entité de la collaboration, définir leur identité professionnelle (le « nous » et le « eux ») et connaître les « règles du jeu ».	-Collaboration : vu comme l'ensemble d'individus qui négocient continuellement sur la base des différents rôles, des besoins immédiats et des « règles du jeu » (entité complexe et fluide).
Commentaires et critiques personnels	-Regard sur les résidents et infirmières seulement (aussi, il faudrait considérer les intensivistes et les inhalothérapeutes) ; beaucoup plus axé sur la perception des infirmières. -Les résidents sont des médecins en formation. À quel niveau est rendu l'apprentissage de leur compétence de la collaboration ? -Modèle qui définit et intègre certaines composantes de la collaboration aux SI. -Certains déterminants qui influencent la collaboration sont identifiés.	-Certains déterminants (6) qui influencent la collaboration sont identifiés. -Bonne méthodologie pour une étude qualitative dans l'ensemble (triangulation possible). -Diminution de l'effet Hawthorne avec 3 à 5 heures d'observation par session. -Inter-observation ? (non décrite).	-Apporte de nouvelles informations sur les « mécanismes » de la collaboration aux SI. -Étude faite à Toronto (portée probable dans nos soins intensifs au Québec). -Considère médecins et infirmières seulement (autres professionnels ?)

Note. SI = Soins intensifs

Tableau XIV - Résumé des principales études quantitatives démontrant l'importance de la collaboration interprofessionnelle (médecins-infirmières) et du travail d'équipe dans les unités de soins intensifs.

Auteur(s) et année	Baggs J.G., Schmitt M.H., Mushlin A.I. et al. (1999)	Baggs J.G., Ryan S.A., Phelps C.E. et al. (1992)	Thomas E.J., Sexton J.B. et Helmreich R.L. (2003)
Référence	<i>Critical Care Medicine</i> , 1999, 27 (9), 1991-1998	<i>Heart Lung</i> , 1992, 21 (1), 18-24	<i>Critical Care Medicine</i> , 2003, 31 (3), 956-959
Titre de l'étude	Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units	The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit	Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians
Ville et pays	Rochester, New York, États-Unis	Rochester, New York, États-Unis	Houston, Texas, États-Unis
Type d'étude	Étude de type descriptive et prospective (type corrélationnelle).	Étude de type descriptive et prospective (type corrélationnelle).	Étude descriptive et transversale (type enquête).
But(s) de l'étude	Investiguer l'association de la collaboration médecin-infirmière avec le « outcome » des patients.	Examiner une relation entre le niveau de collaboration interprofessionnelle et le « outcome » des patients.	Mesurer et comparer l'attitude au sujet du travail d'équipe (collaboration) entre médecins-infirmières aux soins intensifs.
Contexte de l'étude	Étude dans 3 unités de soins intensifs et dans 3 hôpitaux d'enseignement différents	Étude dans 1 unité de soins intensifs (type médicale) d'un hôpital universitaire.	Étude dans 8 unités de soins intensifs et dans 6 hôpitaux différents de Houston.
Participants de l'étude	322 participants : médecins ($N = 97$), résidents ($N = 63$) et infirmières ($N = 162$).	87 participants : résidents ($N = 31$) et infirmières ($N = 56$).	320 participants : médecins ($N = 90$) et infirmières ($N = 230$).
Méthodologie et analyses	<p>-Mesure 2 variables indépendantes :</p> <p>i) le niveau de collaboration médecin-infirmière (questionnaire validé) ;</p> <p>ii) le niveau organisationnel de l'unité de soins.</p> <p>-Mesure l'association avec la variable dépendante : le « outcome » des patients au congé des soins intensifs (décès ou réadmission aux SI).</p> <p>-Dans les analyses, les chercheurs prennent en considération la diversité des pathologies ainsi que de la sévérité des maladies des patients.</p>	<p>-Lors de la prise de décision du congé d'un patient, l'étude compare le niveau de collaboration résidents-infirmières perçu par les participants (questionnaire validé) avec le « outcome » des patients au congé (décès ou réadmission aux SI).</p> <p>-Les chercheurs prennent en considération la sévérité des maladies des patients dans leurs analyses.</p>	<p>-Les participants doivent donner leurs perceptions (questions et échelles) au sujet du travail d'équipe et de la collaboration.</p> <p>-Construction d'un questionnaire validé et fiable venant du domaine de l'aviation pour mesurer la qualité du travail en équipe ; le questionnaire a été adapté aux soins intensifs.</p>

Auteur(s) et année	Baggs J.G., Schmitt M.H., Mushlin A.I. et al. (1999)	Baggs J.G., Ryan S.A., Phelps C.E. et al. (1992)	Thomas E.J., Sexton J.B. et Helmreich R.L. (2003)
Résultats et conclusions	<ul style="list-style-type: none"> -Association positive et significative entre la collaboration médecin-infirmière perçue comme bien par les infirmières et un bon « outcome » des patients. -Relation corrélacionnelle et significative entre le niveau organisationnel de la collaboration de l'unité de soins intensifs et le bon « outcome » des patients. -Étude qui soutient l'importance d'une bonne collaboration interprofessionnelle pour le bien-être des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> -Association positive significative entre la collaboration résident-infirmière perçue comme bonne par les infirmières et un bon « outcome » des patients (diminution du risque de mauvais « outcome » de 16 % à 5 %, $p = 0,02$). -Selon la perception des résidents, pas d'association significative observée. 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de réponse au questionnaire : 58 % -Présence d'une attitude contradictoire entre les médecins et les infirmières au sujet de la collaboration et du travail d'équipe. -Les médecins interrogés disaient à 73 % du temps avoir une très bonne relation de collaboration avec les infirmières de leur unité de soins intensifs. -Cette perception n'était que de 33 % du point de vue des infirmières. -Pour les infirmières : i) c'est difficile de s'exprimer ; ii) les désaccords ne sont pas résolus de manière appropriée ; iii) une plus grande participation dans la prise de décision est nécessaire ; iv) le point de vue infirmière n'est pas bien accueilli.
Commentaires et critiques personnels	<ul style="list-style-type: none"> -Faiblesse : étude dans quelques unités de soins intensifs d'une seule ville ; les résultats pourraient ne pas être transposables dans toutes les unités de SI. -Analyses et discussion beaucoup plus axées sur la perception des infirmières. -Quelques hypothèses sur des facteurs pouvant affecter cette collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> -Étude qui soutient l'importance d'une bonne collaboration pour le bien des patients. -Les résidents semblent avoir de l'impact dans le congé des patients !?! (En général, c'est l'intensiviste qui s'implique dans les congés des patients). -Analyses et discussion beaucoup plus axées sur la perception des infirmières. -Faiblesse : étude dans une seule unité de soins intensifs. -Discordance entre résidents versus infirmières sur la perception de la collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> -Facteurs suggérés pour expliquer cette différence : le statut d'autorité, les responsabilités, le sexe, l'entraînement et la culture du médecin (versus infirmière). -Comparaison très bonne avec multiples références dans le domaine de l'aviation.

Note. SI = Soins intensifs

**Annexe 2 - Feuille explicative du projet de recherche pour les
participants de l'étude**

Projet de recherche

"Interactions entre les professionnels dans une équipe de soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration"

Nature et objectif du projet?

Le travail d'équipe aux soins intensifs est essentiel pour donner les meilleurs soins aux patients et diminuer les erreurs médicales. Cependant, les multiples interactions que nécessite le travail d'équipe peuvent entraîner des tensions, des conflits et un travail inefficace dans l'équipe, ce qui peut pénaliser le patient. Certains facteurs ont été identifiés pouvant avoir un impact positif (comme négatif) sur le travail d'équipe. L'objectif de ce projet est d'évaluer l'importance relative des facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité d'une équipe de soins intensifs.

Bénéfices potentiels?

- Faire avancer les connaissances sur le sujet;
- Amener des informations pouvant améliorer le travail de votre équipe.

Qui? Les professionnels de la santé travaillant aux soins intensifs :

- Infirmières et infirmiers
- Inhalothérapeutes
- Pharmaciens
- Médecin-intensiviste
- "Fellow" et résident senior en soins intensifs

Combien? Au moins 150 participants (dont 100 infirmières).

Où? Les unités de soins intensifs des trois pavillons du CHUM.

Implication? Remplir un questionnaire papier.

Temps pour remplir le questionnaire? Environ 30 minutes.

Quand? Une semaine durant octobre ou novembre 2010.

Comment?

- Distribution dans votre unité de soins des documents nécessaires (dans une enveloppe);
- Lire et signer le formulaire de consentement (en 2 copies);
- Donner une copie signée du formulaire aux chercheurs (ou à votre gestionnaire);
- L'autre copie du formulaire de consentement est pour vous;
- Lire les consignes au début du questionnaire;
- Remplir le questionnaire (vous avez 1 à 2 semaines).

Questionnaire complété? Veuillez le déposer dans l'enveloppe que vous avez reçue. Après avoir scellé l'enveloppe, veuillez la déposer dans le courrier interne du CHUM (enveloppe adressée à la Direction de l'enseignement du CHUM) ou encore, veuillez la remettre aux chercheurs ou à votre gestionnaire.

Questions? Pour toutes questions ou tous renseignements au sujet de cette étude ou du questionnaire :

- Dr Jean-Nicolas Dubé au (514) 890-8000 poste 24444 (appel général dans le CHUM);
- Dr Marc-Jacques Dubois au (514) 890-8000 poste 14444 (appel général dans le CHUM).

Nous vous remercions très sincèrement de votre attention à ce projet!

L'équipe de recherche

Annexe 3 - Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement (Questionnaire)

Titre du projet :

Interactions entre les professionnels dans une équipe de soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration

Concepteur de l'étude et chercheur principal :

Jean-Nicolas Dubé MD, FRCPC, Université de Montréal, CHUM

Co-directeurs de la recherche :

Marc-Jacques Dubois, MD, FRCPC, Université de Montréal, CHUM

Paule Lebel MD, MSc, FRCPC, Université de Montréal

François Chiochio, PhD, PMP, CHRP, Université de Montréal

Jean-Guy Blais, PhD, Université de Montréal

Bernard Charlin, MD, PhD, FRCSC, Université de Montréal

Commanditaire participant à cette étude : aucun commanditaire commercial.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger la lecture.

Formulaire de consentement (Questionnaire)

J.-N. Dubé, septembre 2010

Code : _____

Page 1

Informations concernant le projet de recherche

« Interactions entre les professionnels dans une équipe de soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration »

Nous sollicitons votre participation au projet de recherche *« Interactions entre les professionnels dans une équipe de soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration »* dont le but est d'identifier et de déterminer l'importance des déterminants (ou facteurs) qui influencent la collaboration dans une équipe de soins intensifs. Votre participation à cette étude se fera sur une base volontaire et vous aurez le droit de vous retirer de l'étude en tout temps. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent.

Dans ce document, vous trouverez la description des objectifs et des raisons ayant motivé le développement de l'étude, ainsi que ses bienfaits et ses inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles aux chercheurs et à leurs adjoints et à leur demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs. Si vous décidez de participer à cette étude, vous recevrez une copie signée du présent formulaire.

Nature et objectif du projet de recherche

La collaboration entre les professionnels de la santé et le travail d'équipe aux soins intensifs sont essentiels pour donner les meilleurs soins aux patients et diminuer les erreurs médicales. Cependant, les multiples interactions que nécessite une collaboration peuvent entraîner des tensions, des conflits et un travail inefficace dans l'équipe, ce qui peut pénaliser le patient. Certains déterminants ont été identifiés à partir de recherches passées dans le domaine. Par contre, on ne connaît pas bien tous les déterminants qui permettent à une équipe de professionnels de travailler en collaboration dans le contexte de soins critiques.

L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier et d'évaluer l'importance relative des déterminants susceptibles d'influencer l'efficacité d'une équipe de soins intensifs telle que perçue par les médecins-intensivistes et les autres professionnels de la santé travaillant dans ce milieu.

Nature de la participation et déroulement de l'étude

Les participants à cette étude sont les médecins (médecins-intensivistes, "fellows" en soins intensifs, médecins-résidents seniors) et les professionnels (infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens) des soins intensifs du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Si vous acceptez de participer à cette étude, vous aurez à répondre à un questionnaire évaluant l'importance de certains déterminants qui influencent la collaboration et le travail d'équipe aux soins intensifs. Pour ce faire, vous recevrez dans votre unité de soins un questionnaire format papier suite à la signature de ce formulaire de consentement. Des consignes écrites précises sont placées au début du questionnaire pour permettre son bon déroulement. Le questionnaire comporte 13 pages (incluant les pages de consignes) et demande environ 30 minutes pour répondre. Lorsque votre questionnaire est complété, veuillez le déposer dans l'enveloppe que vous avez reçue. Après avoir scellé l'enveloppe, veuillez la déposer dans le courrier interne du CHUM (enveloppe adressée à la Direction de l'enseignement du CHUM) ou encore, veuillez la remettre aux chercheurs ou à votre gestionnaire. Vous disposerez de une à deux semaines pour répondre au questionnaire. Après cette période, un ou deux rappels vous seront envoyés par courriel. C'est pour cela qu'il serait préférable de laisser une façon de vous rejoindre, comme une adresse électronique. Les rappels et la réception des questionnaires seront faits par le bureau de la direction de l'enseignement du CHUM pour assurer le niveau de confidentialité requis. L'option de répondre au questionnaire sous forme électronique vous est aussi disponible. Pour ce faire, veuillez le mentionner aux chercheurs et laisser une adresse électronique pour que la direction de l'enseignement du CHUM puisse vous faire parvenir le questionnaire.

Formulaire de consentement (Questionnaire)

J.-N. Dubé, septembre 2010

Code : _____

Page 2

Avantages pouvant découler de votre participation

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus de cette étude contribueront à l'avancement des connaissances, à une meilleure compréhension des déterminants qui influencent la collaboration dans une équipe de professionnels travaillant aux soins intensifs. Ultérieurement, ces nouvelles données permettront de mieux cibler le développement de la compétence de collaboration, les contenus de formation, les stratégies d'apprentissage et l'évaluation de la compétence. Une fois cette recherche complétée, nous vous transmettrons (sur simple demande) les résultats généraux de cette étude, si vous le désirez. Comme unité de soins intensifs, vous recevrez les résultats généraux de cette étude; résultats qui pourraient être bénéfiques dans l'amélioration du travail de votre équipe.

Inconvénients pouvant découler de votre participation

Votre participation consiste à répondre au questionnaire. Mis à part un don de votre temps, il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de cette participation. Le questionnaire a été pré-testé par des professionnels de soins intensifs externes aux unités du CHUM. Le temps de réponse du questionnaire se situait entre 24 et 34 minutes (temps estimé moyen de 30 minutes).

Confidentialité

Nous nous engageons à ce que toutes les mesures appropriées soient prises afin que la confidentialité soit préservée. Les données recueillies en cours d'étude à votre sujet ainsi que les renseignements contenus dans le questionnaire demeureront confidentiels. Pour ce faire, un code remplacera votre nom et seul le chercheur principal (Dr Jean-Nicolas Dubé) aura accès à ces codes. Les renseignements provenant du questionnaire seront inscrits dans une base de données informatisée. L'accès à cette base de données sera limité aux chercheurs de cette étude. Toutes les données seront conservées en sûreté sous la responsabilité du Dr Jean-Nicolas Dubé dans le CHUM (bureau de la direction de l'enseignement du CHUM) pour une durée maximale de 5 ans; après quoi, elles seront détruites. Enfin, dans le contexte de la présentation des résultats et/ou d'une publication scientifique découlant de ce projet de recherche, nous nous engageons à ce que rien ne puisse vous identifier.

Liberté de consentement et liberté de vous retirer

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre en tout temps de vous retirer du projet, sans avoir à justifier votre décision et sans avoir à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Identification des personnes-ressources

Pour toutes questions ou tous renseignements au sujet de cette étude, vous pouvez contacter le Dr Jean-Nicolas Dubé au (514) 890-8000 poste 24444 (appel général dans le CHUM) ou encore le Dr Marc-Jacques Dubois au (514) 890-8000 poste 14444 (appel général dans le CHUM). Pour toutes questions au sujet de vos droits comme participant à une étude de recherche ou pour une plainte, veuillez communiquer avec le commissaire adjoint à la qualité des services à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM au numéro (514) 890-8000 poste 26047.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

*« Interactions entre les professionnels dans une équipe de soins intensifs :
les déterminants influençant la collaboration »*

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche, à la confidentialité et aux inconvénients. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Coordonnées pour me rejoindre (ex : courriel) : _____

Déclaration du chercheur : Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on a indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Une copie signée du présent formulaire de consentement lui est remise.

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Concomitant à ce questionnaire, une autre étude est en cours avec des entrevues individuelles afin d'explorer et de décrire davantage les déterminants qui influencent la collaboration et le travail d'équipe aux soins intensifs. Des participants sont recherchés pour cette autre étude.

Je permets aux chercheurs de me contacter (si nécessaire) pour évaluer la possibilité de participer à cette autre étude.

OUI : _____ NON : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Coordonnées pour me rejoindre (courriel ou autre) : _____

Annexe 4 - Questionnaire aux participants

Prendre note :

Il doit être mentionné que le questionnaire développé dans le cadre de cette étude était principalement pour répondre aux objectifs qui se retrouvent dans ce mémoire. Cependant, certaines sections du questionnaire reçu par les participants comportaient des questions et de nouveaux instruments (non validés dans le passé) afin d'évaluer certains déterminants de la collaboration et du travail d'équipe. Particulièrement, un nouvel instrument pour évaluer le déterminant « Efficacité comme professionnel - Efficacité personnelle de rôle » sur la collaboration et le travail d'équipe a été créé et a été validé par le fait même dans cette étude. Les analyses touchant cet instrument a entraîné : i) une présentation des résultats dans un congrès ; ii) l'écriture d'un article scientifique qui est soumis pour publication.

Chiocchio, F., Lebel, P., & Dubé, J.-N. (2012). Informational role self-efficacy : A validation in interprofessional collaboration contexts involving service and project teams. Étude présentée au « 40th Annual Convention of the Administrative Sciences Association of Canada », Canada.

Chiocchio, F., Lebel, P., & Dubé, J.-N. (2012). Informational role self-efficacy : A validation in interprofessional collaboration contexts involving service and project teams (*article soumis pour publication*).

Pour toute question, veuillez vous adresser aux auteurs.

Questionnaire

Titre du projet de recherche :

Interactions entre les professionnels dans une équipe de soins intensifs : les déterminants influençant la collaboration

Concepteur de l'étude et chercheur principal :

Jean-Nicolas Dubé MD, FRCPC, Université de Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Co-directeurs de la recherche :

Marc-Jacques Dubois, MD, FRCPC, Université de Montréal, CHUM

Paule Lebel MD, MSc, FRCPC, Université de Montréal

François Chiocchio, PhD, PMP, CHRP, Université de Montréal

Jean-Guy Blais, PhD, Université de Montréal

Bernard Charlin, MD, PhD, FRCSC, Université de Montréal

Commanditaire participant à cette étude : aucun commanditaire commercial.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger la lecture.

Nature et objectif du questionnaire

Le travail d'équipe aux soins intensifs est essentiel pour donner les meilleurs soins aux patients et diminuer les erreurs médicales. Cependant, les multiples interactions que nécessite le travail d'équipe peuvent entraîner des tensions, des conflits et un travail inefficace dans l'équipe, ce qui peut pénaliser le patient. Certains facteurs ont été identifiés pouvant avoir un impact positif (comme négatif) sur le travail d'équipe. L'objectif de ce projet est d'évaluer l'importance relative des facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité d'une équipe de soins intensifs.

Questionnaire (Projet de recherche 09.287)

Code: _____

Page 1

Consignes pour répondre au questionnaire

Façon de remplir le questionnaire

Le questionnaire est réparti en cinq sections. Le temps estimé pour répondre au questionnaire est de 30 minutes. Dans les sections A, B et D, des affirmations sont formulées avec cinq choix de réponses par affirmation. Vous devez en retenir un seul et cocher ce choix de réponse. Dans les sections C et E, il y a des questions qui précisent quelques caractéristiques personnelles et professionnelles vous concernant. Ces informations sont nécessaires à l'analyse des résultats de ce questionnaire. Vous sélectionnez l'information pertinente à votre situation.

Authenticité des réponses

Pour que cette recherche atteigne réellement son but, il est essentiel que vous répondiez le plus franchement et le plus spontanément possible. Soyez bien à l'aise car aucune réponse n'est bonne ou mauvaise; la meilleure est celle qui représente réellement ce que vous pensez et elle peut être très différente de la réponse des autres collègues.

Termes utilisés dans ce questionnaire

L'équipe de soins intensifs (l'équipe de base) se définit comme l'ensemble des professionnels attirés à l'unité de soins intensifs et responsables de la prise en charge complète des patients admis dans l'unité. Ces professionnels (ou membres de l'équipe de soins intensifs) sont les médecins-intensivistes, les fellows et résidents en soins intensifs, les infirmières des soins intensifs, les pharmaciens et inhalothérapeutes des soins intensifs. Pour cette étude, les professionnels de la santé venant sporadiquement offrir leur expertise dans les soins des patients (exemple : les consultants) ne sont pas considérés comme faisant partie de l'équipe de base des soins intensifs.

Contexte utilisé dans ce questionnaire

Pour répondre à ce questionnaire, vous devez vous remettre dans un contexte de la pratique quotidienne auprès des patients admis à votre unité de soins intensifs (exemples : tournées quotidiennes auprès des patients, admission et congés des patients à l'unité, les techniques, interactions continues avec les membres de l'équipe de soins intensifs, etc.). Cependant, vous devez exclure les situations de code bleu ou d'interactions avec des professionnels et/ou consultants extérieurs à votre unité de soins intensifs.

Questionnaire complété

Lorsque votre questionnaire est complété, veuillez le déposer dans l'enveloppe que vous avez reçue. Après avoir scellé l'enveloppe, veuillez la déposer dans le courrier interne du CHUM (enveloppe adressée à la Direction de l'enseignement du CHUM) ou encore, veuillez la remettre aux chercheurs ou à votre gestionnaire.

Commentaires

Au cours de ce questionnaire, si vous avez des commentaires sur le travail d'équipe aux soins intensifs ou encore sur ce questionnaire, veuillez les écrire sur la dernière page de ce document.

Questions

Pour toutes questions ou tous renseignements au sujet de cette étude ou du questionnaire, vous pouvez contacter le Dr Jean-Nicolas Dubé au (514) 890-8000 poste 24444 (appel général dans le CHUM) ou encore le Dr Marc-Jacques Dubois au (514) 890-8000 poste 14444 (appel général dans le CHUM).

Nous vous remercions très sincèrement de votre participation.

L'équipe de recherche

Section A : Questions sur le contexte de travail

Vous trouverez ci-après des énoncés décrivant des comportements, habitudes et opinions. Dans le contexte de la pratique quotidienne auprès des patients admis à votre unité de soins intensifs, veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord avec chacun de ces énoncés en utilisant l'échelle de réponses ci-dessous.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Ni en désaccord ou en accord
- 4 = En accord
- 5 = Fortement en accord

1. Caractéristiques des tâches à faire

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. Je ne peux accomplir mes tâches sans l'apport des autres membres de l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les autres membres de mon équipe dépendent de moi pour accomplir leurs tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Au sein de mon équipe, les soins réalisés par les membres de l'équipe sont liés les uns aux autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les membres de mon équipe sont responsables de déterminer les méthodes, procédures et échéanciers avec lesquels le travail (soins des patients) se fait.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mon équipe, plus que les gestionnaires de l'unité de soins intensifs, décide de « qui fait quoi » au sein de l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La majeure partie des décisions relatives au travail (soins des patients) est prise par les membres de mon équipe plutôt que par les gestionnaires de l'unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Chacun des membres de mon équipe accomplit sa juste part du travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Personne de mon équipe de soins intensifs ne dépend de membres d'autres équipes pour faire le travail pour eux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Presque tous les membres de mon équipe contribuent de façon comparable au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les domaines de compétences des membres de mon équipe sont très variés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Les membres de mon équipe possèdent différents antécédents et différentes expériences.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Les membres de mon équipe possèdent des connaissances et habiletés complémentaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le partage de mon temps parmi les tâches requises par mon travail est clair.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. L'organisation de ma journée de travail est claire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. La détermination des procédures appropriées pour chaque tâche est claire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Clairement, les procédures que j'emploie pour faire mon travail sont exactes et pertinentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. L'ensemble de mes tâches, considérées globalement, sont claires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. L'organisation du travail et ressources disponibles

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. Au sein de mon unité de soins intensifs, nos objectifs sont semblables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les objectifs principaux de mon unité de soins intensifs sont les mêmes pour tous les membres de cette unité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nous (mon équipe de soins intensifs) sommes tous en accord avec ce qui est important pour notre groupe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La direction de l'hôpital appuie le concept d'équipe aux soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Les gestionnaires dans mon unité de soins intensifs appuient le concept d'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Des protocoles sont nécessaires dans une unité de soins.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Des protocoles sont utilisés dans l'exécution des tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La standardisation du travail de chaque profession dans l'unité des soins intensifs est nécessaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La standardisation du travail de chaque profession dans l'unité de soins intensifs est appliquée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les ordres professionnels définissent le rôle de chaque profession aux soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La rétroaction au sujet de la qualité de mon travail provient principalement de l'évaluation du travail de l'ensemble de l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mon évaluation de rendement est fortement influencée par la mesure de la performance de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Plusieurs récompenses de mon travail (ex. : promotion, prix, etc.) sont définies en grande partie par ma contribution comme membre d'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Mon équipe est composée d'un trop petit nombre de personnes pour le travail à accomplir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mon équipe nécessite la présence de chacune des professions pour offrir les soins aux patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Au moins un membre de chaque profession (médecins, infirmières, pharmaciens, inhalothérapeutes, etc.) est préférable dans l'équipe de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. L'absence d'une profession dans l'unité de soins intensifs affecte les soins aux patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. L'absence d'une profession dans l'unité de soins intensifs affecte le travail de l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Des ressources matérielles adéquates sont fournies pour soigner les patients aux soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Les ressources matérielles pour soigner nos patients aux soins intensifs sont suffisantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Le support informatique et technologique dans l'unité des soins intensifs est adéquat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Les lieux physiques des soins intensifs sont adéquats pour soigner les patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Les lieux physiques des soins intensifs sont adéquats pour le travail d'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire (Projet de recherche 09.287)

Code : _____

Page 4

Section B : Questions à propos de votre équipe en soins intensifs

Vous trouverez ci-après des énoncés décrivant des comportements, habitudes et situations. Dans le contexte de la pratique quotidienne auprès des patients admis à votre unité de soins intensifs et en utilisant l'échelle suivante,

1 = Jamais ou presque jamais

2 = À l'occasion

3 = Assez souvent

4 = Souvent

5 = Très souvent

veuillez évaluer le nombre de fois où, au cours des derniers trois mois, vous avez adopté les comportements suivants.

1. Performance individuelle et d'équipe

	Jamais ou presque jamais	À l'occasion	Assez souvent	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5
1. Je me suis bien acquitté des parties essentielles de mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'ai correctement complété mes principales tâches en employant les procédures courantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me suis assuré que mes tâches étaient convenablement terminées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je me suis bien adapté aux changements apportés aux principales tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je me suis adapté aux changements dans la façon dont je devais accomplir mes principales tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai acquis de nouvelles compétences pour m'aider à m'adapter aux changements dans mes principales tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. J'ai entrepris de modifier pour le mieux la manière d'effectuer mes principales tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'ai trouvé des idées pour améliorer ma façon d'accomplir mes tâches essentielles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'ai effectué des modifications à la façon dont mes tâches essentielles sont faites.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. J'ai coordonné mon travail avec les autres membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. J'ai communiqué efficacement avec les autres membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. J'ai fourni de l'aide aux autres membres de mon équipe lorsque demandé ou nécessaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. J'ai géré efficacement les changements qui ont affecté mon équipe (ex. : l'arrivée de nouveaux membres dans l'équipe).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. J'ai acquis de nouvelles compétences ou endossé de nouveaux rôles pour faire face aux changements dans la façon dont mon équipe fonctionne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. J'ai répondu de façon constructive aux changements dans la façon dont mon équipe travaille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. J'ai suggéré des moyens pour rendre mon équipe de soins intensifs plus efficace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. J'ai développé des méthodes nouvelles et améliorées pour aider mon équipe de soins intensifs à mieux performer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. J'ai amélioré la façon dont mon équipe de soins intensifs fait les choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire (Projet de recherche 09.287)

Code : _____

Page 5

2. Le travail collaboratif

Dans mon équipe de soins intensifs ...	Jamais ou presque jamais	À l'occasion	Assez souvent	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5
1. ...nous faisons le point au sujet de la progression du travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ...nous nous donnons de l'information utile qui fait progresser le travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ...nous faisons le travail que nous devons faire au bon moment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ...nous nous échangeons de l'information au sujet de « qui fait quoi ».	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ...nous nous partageons des connaissances qui font avancer le travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ...nous nous comprenons lorsque nous parlons du travail à faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ...nous faisons en sorte que nos tâches soient terminées à temps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ...nous discutons de l'échéancier (ex : plan de soins des patients).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ...nous anticipons les besoins des autres sans qu'ils n'aient à les exprimer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ...nous partageons des ressources qui aident à la réalisation des tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ...nous nous communiquons nos idées au sujet du travail à faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ...nous réorganisons nos tâches instinctivement lorsque des changements sont nécessaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ...nous nous ajustons afin de respecter les échéances.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ...nous avons une compréhension implicite (ou non formelle) des tâches à effectuer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. La charge de travail dans l'équipe

	Jamais ou presque jamais	À l'occasion	Assez souvent	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5
1. Devez-vous travailler très rapidement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Devez-vous travailler très intensément?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Disposez-vous de suffisamment de temps pour tout faire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Au travail, différents membres de l'équipe exigent-ils de votre part des choses que vous croyez difficiles à combiner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Les soins offerts par l'équipe

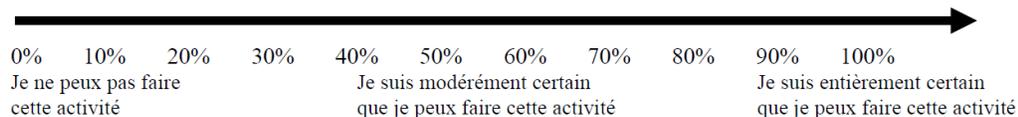
	Jamais ou presque jamais	À l'occasion	Assez souvent	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5
1. Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent les soins appropriés pour leur condition médicale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent les soins dans un temps approprié.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent des soins de qualité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les soins prodigués aux patients admis à mon unité de soins intensifs permettent d'avoir un résultat médical satisfaisant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Les patients et leurs familles disent être satisfaits des soins reçus à mon unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Les soins reçus par les patients admis à mon unité de soins intensifs ont un impact positif sur leur évolution médicale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Les conflits

Avec quelle fréquence...	Jamais ou presque jamais	À l'occasion	Assez souvent	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5
1. ...mon équipe vit-elle des tensions concernant les relations interpersonnelles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ...y a-t-il des manifestations de colère dans mon équipe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ...mon équipe vit-elle des conflits mettant en jeu des émotions?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ...mon équipe vit-elle des conflits sur le plan des idées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ...mon équipe vit-elle des divergences d'opinion concernant les soins des patients?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ...mon équipe vit-elle des opinions conflictuelles au sujet du travail à faire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ...mon équipe vit-elle des divergences d'opinion concernant « qui » fait « quoi »?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ...mon équipe vit-elle des conflits concernant la nature des responsabilités associées aux tâches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ...mon équipe vit-elle des divergences d'opinion concernant l'allocation des ressources (humaines et matérielles)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section C : Efficacité comme professionnel

Nous avons tous une formation spécifique et un domaine de connaissances qui ont le potentiel de contribuer au travail d'équipe. La prochaine liste d'énoncés décrits des activités qui réfèrent à votre expertise particulière comme professionnel. Évaluez votre degré de confiance quant à votre capacité à effectuer ces activités en associant à chaque activité n'importe quel chiffre entre 0% et 100% selon l'échelle suivante :



Activités qui réfèrent à votre expertise particulière	Votre degré de confiance quant à votre capacité à effectuer ces activités (chiffre entre 0% et 100%)
1. Prendre appui sur mon domaine d'expertise pour enrichir les discussions de mon équipe de soins intensifs.	
2. Bonifier le travail d'équipe par des interventions qui visent à mettre à profit mon expertise professionnelle.	
3. Clarifier la nature de mon expertise professionnelle auprès des membres de mon équipe de soins intensifs.	
4. Conseiller les autres membres de l'équipe en intégrant les particularités de mon domaine d'expertise.	
5. Montrer la contribution de mon domaine d'expertise lorsque l'équipe doit résoudre un problème.	
6. Encourager les échanges concernant les rôles professionnels lorsque les tâches sont ambiguës.	
7. Faire ma place dans l'équipe en fonction de mon expertise professionnelle.	
8. Négocier mes tâches avec les autres membres de l'équipe qui possèdent une expertise similaire à la mienne.	
9. Utiliser les connaissances issues de mon champ d'expertise pour participer aux décisions.	
10. Faire part de mes expériences professionnelles aux autres membres de l'équipe.	
11. Me porter volontaire pour effectuer les tâches qui démontrent la contribution de mon domaine d'expertise.	

Section D : Traits et caractéristiques de votre équipe

Vous trouverez ci-après des énoncés décrivant des comportements, habitudes et opinions. Dans le contexte de la pratique quotidienne auprès des patients admis à votre unité de soins intensifs, veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord avec chacun de ces énoncés en utilisant l'échelle de réponses ci-dessous.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Ni en désaccord ou en accord
- 4 = En accord
- 5 = Fortement en accord

1. Le travail de collaboration entre professionnels

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. Les suggestions des autres membres de l'équipe ont amélioré mon efficacité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Après qu'un problème soit soulevé nous en arrivons rapidement à une décision sur ce qu'il faut faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Les décisions d'équipe sont sous le contrôle d'une ou deux personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Être en contact avec le rôle joué par les membres des autres professions aux soins intensifs m'a permis de prendre davantage conscience de leur contribution au processus des soins aux patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avant d'entreprendre un plan d'action, les membres de l'équipe demandent rarement de l'aide ou des conseils.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Travailler auprès d'autres membres d'équipes m'a aidé à développer des habiletés que je n'aurais pu acquérir en travaillant avec des personnes de ma propre profession.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ma rencontre d'équipe (ex : durant les tournées auprès des patients) se concentre sur des problèmes clairement identifiés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Certains membres de l'équipe participent peu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Les membres de l'équipe des soins intensifs travaillent ensemble en tant qu'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les membres de l'équipe ne discutent pas de certains problèmes importants auxquels ils sont confrontés puisque certaines professions ne comprendraient pas totalement ces problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. La prise des décisions

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. Comme membre d'équipe, j'ai mon mot à dire sur la façon dont l'équipe des soins intensifs effectue son travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La plupart des membres de mon équipe ont l'occasion de participer au processus décisionnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mon équipe est conçue pour que tous puissent participer au processus décisionnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire (Projet de recherche 09.287)
Code : _____

Page 9

3. Cohésion et esprit d'équipe

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. Je n'ai pas de plaisir à participer aux activités sociales de mon équipe de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je ne m'ennuierais pas des membres de mon équipe de soins intensifs si je ne les côtoyais plus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Certains de mes meilleurs amis font partie de mon équipe de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. J'ai plus de plaisir à festoyer (à faire la fête) avec les autres équipes (de l'hôpital) qu'avec les membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pour moi, cette équipe de soins intensifs est l'un des plus importants groupes sociaux auquel j'appartiens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pour des activités sociales, les membres de mon équipe de soins intensifs préfèrent sortir chacun de leur côté plutôt qu'en équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Les membres de mon équipe de soins intensifs sortent rarement ensemble.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Les membres de mon équipe de soins intensifs aimeraient se rencontrer durant la période des vacances.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Les membres de mon équipe de soins intensifs ne se fréquentent pas en dehors du travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les membres de mon équipe sont très confiants que l'équipe des soins intensifs peut accomplir son travail efficacement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mon équipe peut se charger de quasiment n'importe quelle tâche et la compléter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Les membres de mon unité de soins intensifs possèdent beaucoup d'esprit d'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Si le choix m'était offert, je préférerais travailler au sein d'une équipe plutôt que de travailler seul.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je considère que travailler au sein d'une équipe augmente ma capacité de bien performer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Généralement, je préfère travailler en tant que membre d'une équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Travailler avec cette équipe de soins intensifs est satisfaisant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. J'aime bien les autres membres de l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Les autres personnes de l'équipe sont généralement sympathiques.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. J'aimerais travailler à nouveau avec cette équipe de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Les autres membres de l'équipe sont satisfaits de faire partie de cette équipe de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Confiance et respect dans le groupe

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. J'ai confiance dans les autres membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je suis confortable de déléguer des tâches aux autres membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Les membres de mon équipe sont sincères et honnêtes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je respecte les autres membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je respecte les idées des autres membres de mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Si je commets une erreur dans mon équipe, elle est souvent retenue contre moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Les membres de mon équipe sont capables de discuter des problèmes et des questions difficiles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Les membres de mon équipe rejettent parfois les membres qui sont différents.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Il est acceptable d'essayer quelque chose de nouveau dans mon équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Il est difficile de demander à d'autres membres de mon équipe d'aider.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Personne de mon équipe aurait délibérément agi d'une manière à porter atteinte à mes efforts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. En travaillant avec les membres de mon équipe, mes compétences et mes aptitudes uniques sont valorisées et utilisées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Résolution des problèmes et des conflits dans l'équipe

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en désaccord ou en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. Un conflit est traité ouvertement dans mon unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les membres de mon unité de soins intensifs tentent d'éviter les conflits à tout prix.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Si un conflit se présente dans mon unité de soins intensifs, les personnes concernées prendront des mesures pour résoudre le conflit immédiatement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les conflits entravent l'exécution du travail dans mon unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Afficher ses émotions (ex : pleurer, crier) est accepté dans mon unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Les désaccords sont encouragés dans mon unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Les différences d'opinions au sujet des responsabilités professionnelles sont évitées dans mon unité de soins intensifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En terminant, si vous avez des commentaires sur le travail d'équipe aux soins intensifs ou encore sur ce questionnaire, veuillez les inscrire sur cette page.

Merci beaucoup pour votre temps!

Annexe 5 - Composition et références du questionnaire

Questionnaire – Liste des variables

Variables	Étiquettes des variables (ou question)	Étiquettes des valeurs
Section E : Informations sur les participants		
id	Numéro d'identification du participant	Identification
age	Âge du participant	Variable continue (en année)
sexe	Sexe du participant	1 = Homme 2 = Femme
prof	Type de professionnel de la santé	1 = Infirmière (formation universitaire) 2 = Infirmière (formation collégiale) 3 = Inhalothérapeute 4 = Pharmacien / pharmacienne 5 = Médecin-intensiviste 6 = Médecin-fellow en soins intensifs 7 = Médecin-résident senior 8 = Physiothérapeute 9 = Ergothérapeute 10 = Psychologue 11 = Autres
usi1	Unité de soins intensifs (USI) au CHUM où le participant a travaillé davantage (dans les derniers 3 à 6 mois)	1 = USI de l'Hôpital St-Luc 2 = USI de l'Hôpital Notre-Dame 3 = USI de l'Hôpital Hôtel-Dieu (soins intensifs et unité coronarienne) 4 = Unité des grands brûlés de l'Hôpital Hôtel-Dieu 5 = USI et unité des grands brûlés de l'Hôpital Hôtel-Dieu
usi2	Autre unité de soins intensifs au CHUM où le participant a travaillé (dans les derniers 3 à 6 mois)	1 = USI de l'Hôpital St-Luc 2 = USI de l'Hôpital Notre-Dame 3 = USI de l'Hôpital Hôtel-Dieu (soins intensifs et unité coronarienne) 4 = Unité des grands brûlés de l'Hôpital Hôtel-Dieu 5 = USI et unité des grands brûlés de l'Hôpital Hôtel-Dieu

aesi	Nombre d'années d'expérience du participant en soins intensifs	Variable continue (en année) N.B. Si moins d'un an, il faut utiliser les valeurs suivantes : 0,25 années pour 0 à 3 mois 0,5 années pour 3 à 6 mois 0,75 année pour 6 à 9 mois 1 année pour 9 à 12 mois
aeusi1	Nombre d'années d'expérience dans l'unité(s) de soins intensifs où le participant travaille davantage	Variable continue (en année) N.B. Si moins d'un an, il faut utiliser les valeurs suivantes : 0,25 années pour 0 à 3 mois 0,5 années pour 3 à 6 mois 0,75 année pour 6 à 9 mois 1 année pour 9 à 12 mois
gest	Le participant a des fonctions de gestionnaire aux soins intensifs (au moins l'équivalent d'une journée ou plus par deux semaines) ?	1 = Oui 0 = Non
<p>Section A : Questions sur le contexte de travail Sous-section 1 : Caractéristiques des tâches à faire</p>		
a1q01	1. Je ne peux accomplir mes tâches sans l'apport des autres membres de l'équipe. <i>Mesure : Interdépendance des tâches (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q02	2. Les autres membres de mon équipe dépendent de moi pour accomplir leurs tâches. <i>Mesure : Interdépendance des tâches (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q03	3. Au sein de mon équipe, les soins réalisés par les membres de l'équipe sont liés les uns aux autres. <i>Mesure : Interdépendance des tâches (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q04	4. Les membres de mon équipe sont responsables de déterminer les méthodes, procédures et échéanciers avec lesquels le travail (soins des patients) se fait. <i>Mesure : Autonomie (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q05	5. Mon équipe, plus que les gestionnaires de l'unité de soins intensifs, décide de « qui fait quoi » au sein de l'équipe. <i>Mesure : Autonomie (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

a1q06	6. La majeure partie des décisions relatives au travail (soins des patients) est prise par les membres de mon équipe plutôt que par les gestionnaires de l'unité de soins intensifs. <i>Mesure : Autonomie (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q07	7. Chacun des membres de mon équipe accomplit sa juste part du travail. <i>Mesure : Partage des tâches et de la charge du travail (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q08	8. Personne de mon équipe de soins intensifs ne dépend de membres d'autres équipes pour faire le travail pour eux. <i>Mesure : Partage des tâches et de la charge du travail (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q09	9. Presque tous les membres de mon équipe contribuent de façon comparable au travail. <i>Mesure : Partage des tâches et de la charge du travail (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q10	10. Les domaines de compétences des membres de mon équipe sont très variés. <i>Mesure : Hétérogénéité (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q11	11. Les membres de mon équipe possèdent différents antécédents et différentes expériences. <i>Mesure : Hétérogénéité (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q12	12. Les membres de mon équipe possèdent des connaissances et habiletés complémentaires. <i>Mesure : Hétérogénéité (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q13	13. Le partage de mon temps parmi les tâches requises par mon travail est clair. <i>Mesure : Clarté - travail et processus (Sawyer 1992)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q14	14. L'organisation de ma journée de travail est claire. <i>Mesure : Clarté - travail et processus (Sawyer 1992)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q15	15. La détermination des procédures appropriées pour chaque tâche est claire. <i>Mesure : Clarté - travail et processus (Sawyer 1992)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a1q16	16. Clairement, les procédures que j'emploie pour faire mon travail sont exactes et pertinentes. <i>Mesure : Clarté - travail et processus (Sawyer 1992)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

a1q17	17. L'ensemble de mes tâches, considérées globalement, sont claires. <i>Mesure : Clarté - travail et processus (Sawyer 1992)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
<p>Section A : Questions sur le contexte de travail Sous-section 2 : L'organisation du travail et ressources disponibles</p>		
a2q01	1. Au sein de mon unité de soins intensifs, nos objectifs sont semblables. <i>Mesure : Similarité des objectifs (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q02	2. Les objectifs principaux de mon unité de soins intensifs sont les mêmes pour tous les membres de cette unité. <i>Mesure : Similarité des objectifs (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q03	3. Nous (mon équipe de soins intensifs) sommes tous en accord avec ce qui est important pour notre groupe. <i>Mesure : Similarité des objectifs (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q04	4. La direction de l'hôpital appuie le concept d'équipe aux soins intensifs. <i>Mesure : Soutien de la direction (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q05	5. Les gestionnaires dans mon unité de soins intensifs appuient le concept d'équipe. <i>Mesure : Soutien de la direction (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q06	6. Des protocoles sont nécessaires dans une unité de soins. <i>Mesure : Standardisations et protocoles</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q07	7. Des protocoles sont utilisés dans l'exécution des tâches. <i>Mesure : Standardisations et protocoles</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q08	8. La standardisation du travail de chaque profession dans l'unité des soins intensifs est nécessaire. <i>Mesure : Standardisations et protocoles</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q09	9. La standardisation du travail de chaque profession dans l'unité de soins intensifs est appliquée. <i>Mesure : Standardisations et protocoles</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q10	10. Les ordres professionnels définissent le rôle de chaque profession aux soins intensifs. <i>Mesure : Standardisations et protocoles</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

a2q11	11. La rétroaction au sujet de la qualité de mon travail provient principalement de l'évaluation du travail de l'ensemble de l'équipe. <i>Mesure : Rétroactions et récompenses (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q12	12. Mon évaluation de rendement est fortement influencée par la mesure de la performance de mon équipe. <i>Mesure : Rétroactions et récompenses (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q13	13. Plusieurs récompenses de mon travail (ex. : promotion, prix, etc.) sont définies en grande partie par ma contribution comme membre d'équipe. <i>Mesure : Rétroactions et récompenses (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q14	14. Mon équipe est composée d'un trop petit nombre de personnes pour le travail à accomplir. <i>Mesure : Taille de l'équipe (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q15	15. Mon équipe nécessite la présence de chacune des professions pour offrir les soins aux patients. <i>Mesure : Ressources humaines</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q16	16. Au moins un membre de chaque profession (médecins, infirmières, pharmaciens, inhalothérapeutes, etc.) est préférable dans l'équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Ressources humaines</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q17	17. L'absence d'une profession dans l'unité de soins intensifs affecte les soins aux patients. <i>Mesure : Ressources humaines</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q18	18. L'absence d'une profession dans l'unité de soins intensifs affecte le travail de l'équipe. <i>Mesure : Ressources humaines</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q19	19. Des ressources matérielles adéquates sont fournies pour soigner les patients aux soins intensifs. <i>Mesure : Ressources matérielles et technologiques</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q20	20. Les ressources matérielles pour soigner nos patients aux soins intensifs sont suffisantes. <i>Mesure : Ressources matérielles et technologiques</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

a2q21	21. Le support informatique et technologique dans l'unité des soins intensifs est adéquat. <i>Mesure : Ressources matérielles et technologiques</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q22	22. Les lieux physiques des soins intensifs sont adéquats pour soigner les patients. <i>Mesure : Ressources matérielles et technologiques</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
a2q23	23. Les lieux physiques des soins intensifs sont adéquats pour le travail d'équipe. <i>Mesure : Ressources matérielles et technologiques</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
<p>Section B : Questions sur l'équipe en soins intensifs Sous-section 1 : Performance individuelle et d'équipe</p>		
b1q01	1. Je me suis bien acquitté des parties essentielles de mon travail. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task proficiency" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q02	2. J'ai correctement complété mes principales tâches en employant les procédures courantes. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task proficiency" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q03	3. Je me suis assuré que mes tâches étaient convenablement terminées. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task proficiency" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q04	4. Je me suis bien adapté aux changements apportés aux principales tâches. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task adaptivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q05	5. Je me suis adapté aux changements dans la façon dont je devais accomplir mes principales tâches. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task adaptivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q06	6. J'ai acquis de nouvelles compétences pour m'aider à m'adapter aux changements dans mes principales tâches. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task adaptivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q07	7. J'ai entrepris de modifier pour le mieux la manière d'effectuer mes principales tâches. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task proactivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5

b1q08	8. J'ai trouvé des idées pour améliorer ma façon d'accomplir mes tâches essentielles. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task proactivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q09	9. J'ai effectué des modifications à la façon dont mes tâches essentielles sont faites. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Individual task proactivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q10	10. J'ai coordonné mon travail avec les autres membres de mon équipe. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member proficiency" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q11	11. J'ai communiqué efficacement avec les autres membres de mon équipe. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member proficiency" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q12	12. J'ai fourni de l'aide aux autres membres de mon équipe lorsque demandé ou nécessaire. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member proficiency" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q13	13. J'ai géré efficacement les changements qui ont affecté mon équipe (ex. : l'arrivée de nouveaux membres dans l'équipe). <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member adaptivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q14	14. J'ai acquis de nouvelles compétences ou endossé de nouveaux rôles pour faire face aux changements dans la façon dont mon équipe fonctionne. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member adaptivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q15	15. J'ai répondu de façon constructive aux changements dans la façon dont mon équipe travaille. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member adaptivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q16	16. J'ai suggéré des moyens pour rendre mon équipe de soins intensifs plus efficace. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member proactivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b1q17	17. J'ai développé des méthodes nouvelles et améliorées pour aider mon équipe de soins intensifs à mieux performer. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member proactivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5

b1q18	18. J'ai amélioré la façon dont mon équipe de soins intensifs fait les choses. <i>Mesure : Performance selon les rôles ; "Team member proactivity" (Griffin 2007)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
<p>Section B : Questions sur l'équipe en soins intensifs Sous-section 2 : Le travail collaboratif. Dans mon équipe de soins intensifs ...</p>		
b2q01	1. ...nous faisons le point au sujet de la progression du travail. <i>Mesure : Collaboration – Coordination explicite (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q02	2. ...nous nous donnons de l'information utile qui fait progresser le travail. <i>Mesure : Collaboration – Communication (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q03	3. ...nous faisons le travail que nous devons faire au bon moment. <i>Mesure : Collaboration – Synchronisation temporelle (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q04	4. ...nous nous échangeons de l'information au sujet de « qui fait quoi ». <i>Mesure : Collaboration – Coordination explicite (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q05	5. ...nous nous partageons des connaissances qui font avancer le travail. <i>Mesure : Collaboration – Communication (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q06	6. ...nous nous comprenons lorsque nous parlons du travail à faire. <i>Mesure : Collaboration – Communication (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q07	7. ...nous faisons en sorte que nos tâches soient terminées à temps. <i>Mesure : Collaboration – Synchronisation temporelle (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q08	8. ...nous discutons de l'échéancier (ex : plan de soins des patients). <i>Mesure : Collaboration – Coordination explicite (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q09	9. ...nous anticipons les besoins des autres sans qu'ils n'aient à les exprimer. <i>Mesure : Collaboration – Coordination implicite (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5

b2q10	10. ...nous partageons des ressources qui aident à la réalisation des tâches. <i>Mesure : Collaboration – Communication (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q11	11. ...nous nous communiquons nos idées au sujet du travail à faire. <i>Mesure : Collaboration – Communication (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q12	12. ...nous réorganisons nos tâches instinctivement lorsque des changements sont nécessaires. <i>Mesure : Collaboration – Coordination implicite (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q13	13. ...nous nous ajustons afin de respecter les échéances. <i>Mesure : Collaboration – Synchronisation temporelle (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b2q14	14. ...nous avons une compréhension implicite (ou non formelle) des tâches à effectuer. <i>Mesure : Collaboration – Coordination implicite (Chiocchio, Grenier et al. 2012)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
<p>Section B : Questions sur l'équipe en soins intensifs Sous-section 3 : La charge de travail dans l'équipe</p>		
b3q01	1. Devez-vous travailler très rapidement ? <i>Mesure : Charge de travail (Bosma 1997)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b3q02	2. Devez-vous travailler très intensément ? <i>Mesure : Charge de travail (Bosma 1997)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b3q03	3. Disposez-vous de suffisamment de temps pour tout faire ? <i>Mesure : Charge de travail (Bosma 1997)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b3q04	4. Au travail, différents membres de l'équipe exigent-ils de votre part des choses que vous croyez difficiles à combiner ? <i>Mesure : Charge de travail (Bosma 1997)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
<p>Section B : Questions sur l'équipe en soins intensifs Sous-section 4 : Les soins offerts par l'équipe</p>		
b4q01	1. Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent les soins appropriés pour leur condition médicale. <i>Mesure : Soins aux patients</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5

b4q02	2. Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent les soins dans un temps approprié. <i>Mesure : Soins aux patients</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b4q03	3. Les patients admis à mon unité de soins intensifs reçoivent des soins de qualité. <i>Mesure : Soins aux patients</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b4q04	4. Les soins prodigués aux patients admis à mon unité de soins intensifs permettent d'avoir un résultat médical satisfaisant. <i>Mesure : Soins aux patients</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b4q05	5. Les patients et leurs familles disent être satisfaits des soins reçus à mon unité de soins intensifs. <i>Mesure : Soins aux patients</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b4q06	6. Les soins reçus par les patients admis à mon unité de soins intensifs ont un impact positif sur leur évolution médicale. <i>Mesure : Soins aux patients</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
<p>Section B : Questions sur l'équipe en soins intensifs Sous-section 5 : Les conflits. Avec quelle fréquence...</p>		
b5q01	1. ...mon équipe vit-elle des tensions concernant les relations interpersonnelles ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits interpersonnels (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q02	2 ...y a-t-il des manifestations de colère dans mon équipe ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits interpersonnels (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q03	3. ...mon équipe vit-elle des conflits mettant en jeu des émotions ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits interpersonnels (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q04	4. ...mon équipe vit-elle des conflits sur le plan des idées ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits de tâches (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q05	5. ...mon équipe vit-elle des divergences d'opinion concernant les soins des patients ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits de tâches (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5

b5q06	6. ...mon équipe vit-elle des opinions conflictuelles au sujet du travail à faire ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits de tâches (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q07	7. ...mon équipe vit-elle des divergences d'opinion concernant « qui » fait « quoi » ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits de processus (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q08	8. ...mon équipe vit-elle des conflits concernant la nature des responsabilités associées aux tâches ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits de processus (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
b5q09	9. ...mon équipe vit-elle des divergences d'opinion concernant l'allocation des ressources (humaines et matérielles) ? <i>Mesure : Conflits intragroupes – Conflits de processus (Jehn 2001)</i>	Échelle de fréquence de 1 à 5
<p>Section D : Traits et caractéristiques de l'équipe Sous-section 1 : Le travail de collaboration entre professionnels</p>		
d1q01	1. Les suggestions des autres membres de l'équipe ont amélioré mon efficacité. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q02	2. Après qu'un problème soit soulevé nous en arrivons rapidement à une décision sur ce qu'il faut faire. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q03	3. Les décisions d'équipe sont sous le contrôle d'une ou deux personnes. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q04	4. Être en contact avec le rôle joué par les membres des autres professions aux soins intensifs m'a permis de prendre davantage conscience de leur contribution au processus des soins aux patients. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q05	5. Avant d'entreprendre un plan d'action, les membres de l'équipe demandent rarement de l'aide ou des conseils. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

d1q06	6. Travailler auprès d'autres membres d'équipes m'a aidé à développer des habiletés que je n'aurais pu acquérir en travaillant avec des personnes de ma propre profession. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q07	7. Ma rencontre d'équipe (ex : durant les tournées auprès des patients) se concentre sur des problèmes clairement identifiés. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q08	8. Certains membres de l'équipe participent peu. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q09	9. Les membres de l'équipe des soins intensifs travaillent ensemble en tant qu'équipe. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d1q10	10. Les membres de l'équipe ne discutent pas de certains problèmes importants auxquels ils sont confrontés puisque certaines professions ne comprendraient pas totalement ces problèmes. <i>Mesure : Collaboration (Vinokur-Kaplan 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
<p>Section D : Traits et caractéristiques de l'équipe Sous-section 2 : La prise des décisions</p>		
d2q01	1. Comme membre d'équipe, j'ai mon mot à dire sur la façon dont l'équipe des soins intensifs effectue son travail. <i>Mesure : Participation aux décisions (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d2q02	2. La plupart des membres de mon équipe ont l'occasion de participer au processus décisionnel. <i>Mesure : Participation aux décisions (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d2q03	3. Mon équipe est conçue pour que tous puissent participer au processus décisionnel. <i>Mesure : Participation aux décisions (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

Section D : Traits et caractéristiques de l'équipe Sous-section 3 : Cohésion et esprit d'équipe		
d3q01	1. Je n'ai pas de plaisir à participer aux activités sociales de mon équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Attirances personnelles au groupe (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q02	2. Je ne m'ennuierais pas des membres de mon équipe de soins intensifs si je ne les côtoyais plus. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Attirances personnelles au groupe (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q03	3. Certains de mes meilleurs amis font partie de mon équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Attirances personnelles au groupe (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q04	4. J'ai plus de plaisir à festoyer (à faire la fête) avec les autres équipes (de l'hôpital) qu'avec les membres de mon équipe. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Attirances personnelles au groupe (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q05	5. Pour moi, cette équipe de soins intensifs est l'un des plus importants groupes sociaux auquel j'appartiens. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Attirances personnelles au groupe (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q06	6. Pour des activités sociales, les membres de mon équipe de soins intensifs préfèrent sortir chacun de leur côté plutôt qu'en équipe. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Cohésion sociale (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q07	7. Les membres de mon équipe de soins intensifs sortent rarement ensemble. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Cohésion sociale (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q08	8. Les membres de mon équipe de soins intensifs aimeraient se rencontrer durant la période des vacances. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Cohésion sociale (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q09	9. Les membres de mon équipe de soins intensifs ne se fréquentent pas en dehors du travail. <i>Mesure : Cohésion dans le groupe - Cohésion sociale (Carron 1985)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

d3q10	10. Les membres de mon équipe sont très confiants que l'équipe des soins intensifs peut accomplir son travail efficacement. <i>Mesure : Sentiment d'efficacité groupale (Campion1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q11	11. Mon équipe peut se charger de quasiment n'importe quelle tâche et la compléter. <i>Mesure : Sentiment d'efficacité groupale (Campion1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q12	12. Les membres de mon unité de soins intensifs possèdent beaucoup d'esprit d'équipe. <i>Mesure : Sentiment d'efficacité groupale (Campion1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q13	13. Si le choix m'était offert, je préférerais travailler au sein d'une équipe plutôt que de travailler seul. <i>Mesure : Préférence pour le travail d'équipe (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q14	14. Je considère que travailler au sein d'une équipe augmente ma capacité de bien performer. <i>Mesure : Préférence pour le travail d'équipe (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q15	15. Généralement, je préfère travailler en tant que membre d'une équipe. <i>Mesure : Préférence pour le travail d'équipe (Campion 1993)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q16	16. Travailler avec cette équipe de soins intensifs est satisfaisant. <i>Mesure : Satisfaction avec les co-équipiers (Behfar 2008)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q17	17. J'aime bien les autres membres de l'équipe. <i>Mesure : Satisfaction avec les co-équipiers (Behfar 2008)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q18	18. Les autres personnes de l'équipe sont généralement sympathiques. <i>Mesure : Satisfaction avec les co-équipiers (Behfar 2008)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d3q19	19. J'aimerais travailler à nouveau avec cette équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Satisfaction avec les co-équipiers (Behfar 2008)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

d3q20	20. Les autres membres de l'équipe sont satisfaits de faire partie de cette équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Satisfaction avec les co-équipiers (Behfar 2008)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
<p>Section D : Traits et caractéristiques de l'équipe Sous-section 4 : Confiance et respect dans le groupe</p>		
d4q01	1. J'ai confiance dans les autres membres de mon équipe. <i>Mesure : Confiance et respect (Jehn 2001)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q02	2. Je suis confortable de déléguer des tâches aux autres membres de mon équipe. <i>Mesure : Confiance et respect (Jehn 2001)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q03	3. Les membres de mon équipe sont sincères et honnêtes. <i>Mesure : Confiance et respect (Jehn 2001)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q04	4. Je respecte les autres membres de mon équipe. <i>Mesure : Confiance et respect (Jehn 2001)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q05	5. Je respecte les idées des autres membres de mon équipe. <i>Mesure : Confiance et respect (Jehn 2001)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q06	6. Si je commets une erreur dans mon équipe, elle est souvent retenue contre moi. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q07	7. Les membres de mon équipe sont capables de discuter des problèmes et des questions difficiles. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q08	8. Les membres de mon équipe rejettent parfois les membres qui sont différents. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q09	9. Il est acceptable d'essayer quelque chose de nouveau dans mon équipe. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q10	10. Il est difficile de demander à d'autres membres de mon équipe d'aider. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

d4q11	11. Personne de mon équipe aurait délibérément agit d'une manière à porter atteinte à mes efforts. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d4q12	12. En travaillant avec les membres de mon équipe, mes compétences et mes aptitudes uniques sont valorisées et utilisées. <i>Mesure : Confiance et sécurité psychologique (Edmonston 1999)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
<p>Section D : Traits et caractéristiques de l'équipe Sous-section 5 : Résolution des problèmes et des conflits dans l'équipe</p>		
d5q01	1. Un conflit est traité ouvertement dans mon unité de soins intensifs. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d5q02	2. Les membres de mon unité de soins intensifs tentent d'éviter les conflits à tout prix. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d5q03	3. Si un conflit se présente dans mon unité de soins intensifs, les personnes concernées prendront des mesures pour résoudre le conflit immédiatement. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d5q04	4. Les conflits entravent l'exécution du travail dans mon unité de soins intensifs. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d5q05	5. Afficher ses émotions (ex : pleurer, crier) est accepté dans mon unité de soins intensifs. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d5q06	6. Les désaccords sont encouragés dans mon unité de soins intensifs. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5
d5q07	7. Les différences d'opinions au sujet des responsabilités professionnelles sont évitées dans mon unité de soins intensifs. <i>Mesure : Normes et efficacité de la résolution des problèmes et conflits (Jehn 1995)</i>	Échelle d'accord de 1 à 5

Section C : Efficacité comme professionnel		
cq01	1. Prendre appui sur mon domaine d'expertise pour enrichir les discussions de mon équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq02	2. Bonifier le travail d'équipe par des interventions qui visent à mettre à profit mon expertise professionnelle. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq03	3. Clarifier la nature de mon expertise professionnelle auprès des membres de mon équipe de soins intensifs. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq04	4. Conseiller les autres membres de l'équipe en intégrant les particularités de mon domaine d'expertise. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq05	5. Montrer la contribution de mon domaine d'expertise lorsque l'équipe doit résoudre un problème. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq06	6. Encourager les échanges concernant les rôles professionnels lorsque les tâches sont ambiguës. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq07	7. Faire ma place dans l'équipe en fonction de mon expertise professionnelle. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq08	8. Négocier mes tâches avec les autres membres de l'équipe qui possèdent une expertise similaire à la mienne. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq09	9. Utiliser les connaissances issues de mon champ d'expertise pour participer aux décisions. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
cq10	10. Faire part de mes expériences professionnelles aux autres membres de l'équipe. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)

cq11	11. Me porter volontaire pour effectuer les tâches qui démontrent la contribution de mon domaine d'expertise. <i>Mesure : Efficacité personnelle de rôle</i>	Variable continue (en %)
Commentaires sur le travail d'équipe aux soins intensifs ou encore sur le questionnaire		
f1	Des commentaires sont présents	1 = Oui 0 = Non
f2	Commentaires sur le questionnaire	1 = Oui 0 = Non
f3	Commentaires sur le travail d'équipe aux soins intensifs (en général ou sur l'équipe du participant)	1 = Oui 0 = Non
f4	Commentaires sur des pistes de solution pouvant améliorer le travail d'équipe aux soins intensifs (en général ou sur l'équipe du participant)	1 = Oui 0 = Non
Autres		
entrevue	Intérêt du participant à passer l'entrevue (deuxième partie du projet de recherche)	1 = Oui 0 = Non
autres	Autres (commentaires, observations, etc.)	Descriptif

Annexe : Les échelles

L'échelle d'accord de 1 à 5	L'échelle de fréquence de 1 à 5
1 = Fortement en désaccord 2 = En désaccord 3 = Ni en désaccord ou en accord 4 = En accord 5 = Fortement en accord	1 = Jamais ou presque jamais 2 = À l'occasion 3 = Assez souvent 4 = Souvent 5 = Très souvent

N.B. Si la réponse à une question est manquante, il faut marquer les valeurs manquantes par 999.

