

Université de Montréal

L'analyse de la collaboration interprofessionnelle  
au sein d'une équipe interdisciplinaire  
dans un contexte de soins de longue durée gériatrique

par  
France Camiré

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès  
administration des services de santé,  
option santé et système de soins

Novembre 2005

© France Camiré, 2005



WA

525

U58

2006

v. 005

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire  
dans un contexte de soins de longue durée gériatrique

Présenté par :

France Camiré

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur : André-Pierre Contandriopoulos

Directeur de recherche : Lise Lamothe

Membre du jury : Claude Sicotte

## *Sommaire*

La présente étude qualitative vise à approfondir notre compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe de professionnels intervenant auprès de personnes âgées dans un contexte de soins de longue durée. Les intervenants qui travaillent dans un contexte organisationnel auprès d'une clientèle gériatrique sont confrontés à une plus grande incertitude provenant de la complexité relative à leur condition. La présence de plusieurs pathologies, d'une plus grande fragilité et d'un vieillissement différentiel génère une plus grande quantité d'informations à prendre en compte et de ce fait, conduit à la nécessité de joindre l'expertise de plusieurs professionnels. Malgré l'existence de quelques études sur la collaboration, certaines interrogations subsistent sur les dynamiques ayant cours entre les professionnels au sein des équipes interprofessionnelles, tout particulièrement dans un établissement de type CHSLD. Nous avons donc opté pour un devis d'étude de cas unique afin d'approfondir notre compréhension des dynamiques au sein d'une équipe interprofessionnelle en soins de longue durée gériatrique. Trois questions de recherche ont donc guidé notre étude. En s'inspirant du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997), l'étude a donc voulu répondre aux questions suivantes : Quels sont les déterminants susceptibles de favoriser le développement et le maintien de la collaboration ? Quels sont les indicateurs de résultats utilisés par les professionnels ? Quelles sont les différentes stratégies utilisées par les gestionnaires pour favoriser la mise en œuvre et le développement de la collaboration ? La collecte de données a été réalisée à partir de différentes sources d'information comprenant dix-sept entrevues semi-directives réalisées auprès de huit professionnels et de neuf gestionnaires, l'observation de sept discussions cliniques et du matériel documentaire incluant des documents cliniques, clinico-administratifs et administratifs.

La présente étude permet d'approfondir notre compréhension de la collaboration interprofessionnelle en ce sens où elle décrit les dynamiques existantes entre des professionnels d'une équipe reconnue pour avoir instauré et

---

maintenu une véritable collaboration. La documentation de l'équipe ainsi que du contexte dans lequel elle évolue nous permet de mettre en évidence les dimensions du modèle de D'Amour (1997) et D'Amour et coll. (1999). Les résultats qui émergent de l'étude nous décrivent une équipe interdisciplinaire comme un système social en tension dont le développement repose sur la présence de certains facteurs. En effet, l'analyse des données révèle que des déterminants sont davantage susceptibles de faire varier l'intensité des rapports de collaboration au sein de cette équipe. La compétence se situe comme le principal déterminant puisqu'elle est au coeur même de l'existence de ce système social. Cependant, ce déterminant ne peut à lui seul assurer le développement de liens cohésifs nécessaires à la structuration d'une action collective. D'autres déterminants par leurs fonctions contributives interviennent de concert avec la compétence et en assurent la synergie. Cette compréhension de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe s'est enrichie grâce à l'étude du contexte organisationnel. En effet certaines des stratégies organisationnelles par leur nature normative apparaissent clairement venir renforcer l'effet des déterminants au sein de l'équipe. Toutefois, le développement de ses rapports de collaboration ne pourrait avoir lieu sans le recours à différents moyens de coordonner le travail des professionnels.

En conclusion, nous discutons de l'implication de ces résultats pour la pratique des professionnels et des gestionnaires et de la nécessité de réaliser d'autres études qualitatives afin de saisir les différentes nuances liées à la nature du travail interprofessionnel et aux contextes dans lesquels il prend place.

## *Summary*

The current qualitative study aims at a better understanding of the interprofessional collaboration phenomenon that takes place within a team of professionals working with elders living in a long term care facility. Caregivers working in a geriatric organizational context are confronted to more uncertainty because of the complexity associated with the characteristics of this population. Many pathologies, a greater frailty and variability in the aging process create much information to consider which makes it necessary to regroup the expertise of many professionals. There are some studies on collaboration, but some questions on the dynamics between professionals in an interprofessional team remain unanswered, especially in long term care facilities. A case study was chosen as a research design to increase our understanding of dynamics in a long term care interprofessional team. Based on the structuration model of interprofessional collaboration developed by D'Amour (1997), the study wanted to answer the following three questions: What are the influencing factors that could facilitate the development and sustain collaboration? What are the result indicators used by professionals? What are the different strategies used by managers to facilitate collaboration regulation? Data collection was done from various data sources including 17 semi structured interviews with eight professionals and nine managers, observation of seven clinical discussions and resource material, as clinical or housekeeping records.

The current study allows increasing our understanding of interprofessional collaboration because it describes the existent dynamics between professionals of a team recognized as having established and sustained a real collaboration. The team's documentation and its context allow bringing forward the dimensions presented in D'Amour (1997) and D'Amour et al. (1999) model. The results of this study describe an interdisciplinary team as a tense social system whose development is based on specific factors. Data analysis reveals that the influencing factors are more susceptible to make the

intensity of collaboration patterns vary in the team. Competence, as the center of the existence of this social system, is the main influencing factor. However, this influencing factor only can not be responsible for the development of cohesive relations necessary for structuring a collective action. Other influencing factors are contributing with competence to ensure its synergy. This understanding of interprofessional collaboration in a team was enhanced by studying the organizational context. Some organizational strategies by their normative nature seem to reinforce the impact of the influencing factors on the team. Nevertheless, the development of those collaboration patterns could not happen without different means to coordinate the work of the various professionals.

In conclusion, practical implications for professionals and managers are discussed, as is the need to do more qualitative studies to recognize the details regarding the nature of working in an interprofessional context.



## *Table des matières*

<b>CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>9</b>
La collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins de longue durée gériatrique.....	9
Les but et objectif de l'étude .....	14
Objectif spécifique et questions de recherche .....	14
 <b>CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	 <b>16</b>
<b>Partie I : La collaboration interprofessionnelle.....</b>	<b>16</b>
Le concept de collaboration .....	16
L'interdisciplinarité au sein des pratiques professionnelles .....	18
La constitution de l'équipe pour la rencontre des professionnels.....	20
 <b>Partie II : Le contexte et les facteurs de contingence .....</b>	 <b>24</b>
Le contexte de l'action collective.....	24
Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle .....	27
Le système des professions .....	27
Les déterminants interactionnels .....	32
La confiance .....	33
La cohésion .....	36
Les déterminants structurels .....	37
La taille, la composition et les normes de l'équipe .....	38
La position formelle d'autorité, les mécanismes de gestion, le contexte temporel et physique d'action, la technologie et le cadre normatif et régulateur externe .....	39
 <b>Partie III : Les modèles d'analyse de la collaboration interprofessionnelle .....</b>	 <b>44</b>
Input, process and output model of team effectiveness.....	45
Analytical framework of interdisciplinary collaboration .....	46
Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle.....	47
 <b>Partie IV : La synthèse des connaissances .....</b>	 <b>48</b>
Les prémisses de la collaboration interprofessionnelle comme structuration d'une action collective .....	48
Les quatre dimensions de la collaboration interprofessionnelle.....	49
La formalisation .....	50
La délégation.....	50
La finalisation .....	51
L'intériorisation .....	51
 <b>CHAPITRE III : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	 <b>56</b>
Approche générale de la recherche ou devis de l'étude .....	56
L'unité d'analyse.....	57
La définition opérationnelle du concept à l'étude .....	57
Le choix du milieu de recherche .....	58
La sélection des participants .....	58
Le déroulement de l'étude.....	59
La collecte de données .....	60
Les entrevues.....	60
L'observation .....	63
Le matériel documentaire.....	64
Le journal de bord et les notes de terrain .....	64

L'analyse des données.....	65
La condensation des données .....	65
L'organisation et la présentation des données.....	65
L'interprétation des données .....	65
Les critères de rigueur.....	66
La validité et la fiabilité de la recherche .....	66
Les limites .....	66
Le Comité d'éthique de la recherche.....	67
<b>CHAPITRE IV : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>68</b>
<b>Partie I: Les dynamiques interprofessionnelles au sein de l'équipe interdisciplinaire .....</b>	<b>68</b>
Le fonctionnement type.....	68
Les responsabilités au sein de l'équipe .....	69
L'assiduité des membres .....	70
L'importance de l'université .....	71
Les compétences cognitives .....	73
L'instrument de transfert de l'information.....	74
Le leadership des membres de l'équipe et leur implication comme experts .....	75
La complémentarité de l'expertise au sein de l'équipe .....	76
L'importance de l'oral pour la prise de décision et pour la coordination des activités .....	76
L'intégration et la participation du résident et de sa famille dans les processus cliniques.....	80
Le point de convergence des professionnels .....	81
La communication.....	82
<b>Partie II: L'apport de la collaboration interprofessionnelle aux processus cliniques.....</b>	<b>83</b>
L'action concertée des professionnels.....	83
La mobilisation immédiate des professionnels .....	83
L'individualisation des soins et des services.....	84
Un espace de discussion.....	85
Des contributions professionnelles accrues.....	85
Le soutien social.....	86
<b>Partie III: Les stratégies de mise en œuvre et de développement de la collaboration interprofessionnelle.....</b>	<b>88</b>
La culture du milieu .....	89
La protection et le renforcement de la culture .....	91
Critères d'admissibilité : la protection contre les perturbations de l'environnement .....	92
L'exigence des compétences humaines et cognitives.....	92
Les normes de pratique .....	93
La gestion par programme .....	94
Les mécanismes de liaison et une technostucture organisée.....	95
La promotion des compétences professionnelles .....	96
<b>CHAPITRE V : LA DISCUSSION .....</b>	<b>98</b>
Les déterminants .....	99
La compétence .....	100
La confiance.....	101
La permanence des membres de l'équipe.....	101
L'oral.....	102
Les modalités de régulation au sein de l'équipe.....	103
Les bénéfices associés à la collaboration interprofessionnelle.....	104
La place que les professionnels assurent à la clientèle.....	105

---

Les stratégies organisationnelles de mise en œuvre et de développement de la collaboration interprofessionnelle .....	107
L'utilisation de l'idéologie comme mécanisme de coordination.....	107
Le renforcement de l'idéologie par le processus de l'identification : un continuum.....	108
Le renforcement de la compétence par la gestion par programme.....	108
<b>CHAPITRE VI : LA CONCLUSION .....</b>	<b>109</b>
Implications pratiques .....	109
L'importance d'entretenir le système social.....	110
L'idéologie : à la recherche d'une cohérence systémique .....	110
La place de la clientèle dans les processus cliniques .....	111
Les mesures d'extraits de la collaboration interprofessionnelle .....	111
Les limites de l'étude .....	112
Pistes de recherche .....	112
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>114</b>

---

## **Liste des annexes**

<i>Annexe A</i>	<i>: Participation à l'étude</i>	
	<i>Lettre au Comité d'éthique de la recherche .....</i>	<i>124</i>
	<i>Autorisation de l'établissement.....</i>	<i>126</i>
<i>Annexe B</i>	<i>: Formulaires de consentement à participer à l'étude</i>	
	<i>Membres de l'équipe interdisciplinaire.....</i>	<i>128</i>
	<i>Gestionnaires .....</i>	<i>132</i>
<i>Annexe C</i>	<i>: Guide d'entrevue semi-directive</i>	
	<i>Membres de l'équipe interdisciplinaire.....</i>	<i>137</i>
	<i>Gestionnaires .....</i>	<i>139</i>
<i>Annexe D</i>	<i>: Questionnaire sur les données complémentaires.....</i>	<i>140</i>
<i>Annexe E</i>	<i>: Guide d'observation des rencontres d'équipe inter-</i>	
	<i>professionnelle .....</i>	<i>141</i>
<i>Annexe F</i>	<i>: Instruments de collecte d'information</i>	
	<i>Tableau de compilation.....</i>	<i>143</i>
	<i>Modalités de présentation et horaire.....</i>	<i>144</i>
	<i>Représentation physique .....</i>	<i>145</i>
<i>Annexe G</i>	<i>: Organigramme</i>	
	<i>Gestionnaires ciblés par l'entrevue.....</i>	<i>147</i>

---

## ***Liste des figures***

<i>Figure 1 : Input, process and output model of team effectiveness.....</i>	<i>45</i>
<i>Figure 2 : Analytical framework of interdisciplinary collaboration.....</i>	<i>46</i>
<i>Figure 3 : Adapté du : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle et son contexte d'action .....</i>	<i>54</i>

***Liste des sigles et des acronymes***

CÉR	<i>Comité d'éthique de la recherche</i>
CI	<i>Collaboration interprofessionnelle</i>
CHSLD	<i>Centre hospitalier de soins de longue durée</i>
CLSC	<i>Centre local de services communautaires</i>
IUGM	<i>Institut universitaire de gériatrie de Montréal</i>
NHS	<i>National Health Services</i>
PII	<i>Plan d'intervention interdisciplinaire</i>

## **CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE**

### **La collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins de longue durée gériatrique**

La pratique en gériatrie diffère de celles qui s'adressent aux personnes d'autres groupes d'âge en ce sens qu'elle doit tenir compte d'un ensemble de problèmes de santé (multiples maladies, multiples incapacités), lesquels entraînent une plus grande complexité dans l'offre de soins (multiples médicaments, multiples procédures et multiples disciplines impliquées dans un problème) (Wright, 1993). La croissance démographique et la nature des incapacités des personnes âgées (Lafontaine et Camirand, 1998) associées à tout retard d'intervention chez ces personnes de plus en plus autonomes mais fragilisées, comportent un plus grand risque d'entraîner de la morbidité et des coûts de santé importants (Association des médecins gériatres du Québec, 2002).

Le modèle de la fragilité développé par Lebel, P. et coll. (1999) met en évidence le caractère dynamique de la fragilité et l'importance du temps dans l'évolution de celle-ci. Ce modèle propose comme définition de la fragilité « le risque qu'a une personne âgée, à un moment de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs » (1999, p. 87). Les auteurs soulignent également le caractère individuel propre à l'évolution de la fragilité similaire à une « trajectoire » propre à chaque individu. Dans son mémoire, l'Association des médecins gériatres du Québec (2002) précise que le vieillissement différentiel inhérent aux personnes âgées s'oppose à l'utilisation systématique de généralisation. Selon sa conception, les problèmes de santé

multifactoriels inhérents aux personnes âgées suggèrent l'intervention concertée de professionnels et une approche globale qui s'oppose à une vision parcellaire. C'est ce que révèle également l'étude de Sicotte et coll. (2002) réalisée dans des centres locaux de services communautaires au Québec. Les résultats suggèrent que le besoin pour une intervention à long terme requise par certains états morbides et l'existence souvent simultanée d'un profil multipathologique seraient favorables au développement de la collaboration interprofessionnelle.

Quelques études ont d'ailleurs démontré l'efficacité du travail en équipe professionnelle sur l'amélioration des résultats et des coûts de santé et certains auteurs considèrent même l'équipe interprofessionnelle comme la forme la plus efficace lorsque les besoins du client sont complexes (Ivey et coll., 1988; Roy et Sylvain, 2004). L'étude de Stuck et coll. (1993) mentionne deux éléments susceptibles de contribuer efficacement à l'amélioration de l'espérance de vie et des capacités chez les personnes âgées. Il s'agit respectivement d'une évaluation gériatrique complète et d'une gestion à long terme rigoureuse. Dans leur étude comparative sur les systèmes de soins, Johri et coll. (2003) expliquent que certaines évidences indiquent la nécessité de la présence d'une équipe multidisciplinaire, de l'implication médicale et de la présence d'un gestionnaire de cas comme quelques-uns des mécanismes de promotion de l'intégration, et ce, malgré les similitudes et les aspects distinctifs de chacun des programmes, des caractéristiques différenciées de leur système de soins. L'étude de Sheahan (1999) met en évidence que la mise en place d'un programme basé sur le *care-partnership* autour d'une trajectoire de patient contribue à l'amélioration d'activités cliniques et administratives.

La collaboration interprofessionnelle s'inscrit dans cette logique qui place in facto la clientèle au centre de son intervention. Certains auteurs la définissent comme « un processus par lequel les individus de différentes professions structurent une action collective dans le but de coordonner les services à des individus ou des groupes » (D'amour, Sicotte, & Levy, 1999, p. 92). Cependant, la connaissance sur les



dynamiques qui régissent la collaboration professionnelle et les impacts de cette dernière pour les patients et les professionnels demeurent encore mal définis. À ce jour, les recherches qui ont étudié le phénomène ont été réalisées au sein des équipes de soins de première ligne et dans le contexte interorganisationnel. Mais que nous révèlent à ce sujet les résultats des différentes recherches ? L'étude de D'Amour (1997) tout comme celle de Brunet et Vinet (1978), réalisées au sein d'équipes multidisciplinaires en CLSC, dévoilent certaines difficultés et limites dans la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle. Brunet et Vinet (1978) constatent entre autres 1) la prise de contrôle des CLSC par les professionnels ; 2) la mise à l'écart de la population dans les processus de décision ; 3) l'absence de liens entre les modèles de fonctionnement observés et les objectifs d'accessibilité et de continuité des services et 4) la présence de modèles de fonctionnement en équipe qui ne sont nullement novateurs. Dans son étude sur la collaboration, D'Amour (1997) arrive à certains constats qui sont respectivement 1) l'investissement très important des professionnels au niveau affectif dans le travail en collaboration ; 2) l'énergie mise par les gestionnaires pour en formaliser les contours ; 3) l'absence de développement d'outils et de réflexes de collaboration interprofessionnelle même dans des situations qui le prescriraient. Certains résultats concernant les barrières à la collaboration indiquent que ces dernières seraient influencées par les dynamiques de l'aire du travail, le système professionnel et le système éducationnel.

Ces recherches confirment l'importante influence qu'exerce le système professionnel sur la pratique et les tensions qu'il génère. C'est ce que confirme l'étude de Sicotte et coll. (2002) réalisée dans les centres locaux de services communautaires. Les résultats démontrent que les facteurs principaux associés à la collaboration interprofessionnelle sont intimement liés aux dynamiques internes des équipes de travail. Les observations révèlent l'existence de tensions entre le modèle professionnel et le modèle de collaboration interprofessionnelle. Ce phénomène est d'ailleurs souligné par Abbott (1988) comme une manifestation de compétitions en regard du contrôle des juridictions inhérentes aux professions dans les milieux de travail. « It is the control of work that brings the professions

into conflict with each other and makes their histories interdependent » (p. 19). Toutefois, malgré les difficultés vécues dans la mise en œuvre de la collaboration, Sicotte et coll. (2002) constatent que ces professionnels partagent une opinion positive de la collaboration interprofessionnelle à cause de leur perception des bénéfices qui y sont associés. Cette croyance constitue une variable qui est liée à l'intensité de la collaboration.

Il apparaît donc important de définir plus avant les bénéfices pouvant être reliés à la collaboration interprofessionnelle. Les résultats obtenus dans le cadre d'une étude comparée de la collaboration interorganisationnelle dans quatre régions du Québec (D'Amour et coll., 2003) ont permis d'identifier deux mesures d'effets pouvant être reliées à l'intensité de collaboration interorganisationnelle. Dans cette étude, les régions caractérisées par un degré plus élevé de collaboration présentent de meilleures performances en matière de service (l'accessibilité et la continuité) et de réactivité (la qualité de l'information et l'appréciation). Cependant, la transposition de ces mesures d'effets auprès d'une clientèle âgée fragilisée et hébergée comporte des limitations inhérentes à une réalité qui est fort complexe et à la présence d'un contexte organisationnel différent.

Certaines conditions semblent contribuer au développement de la collaboration. Sicotte et coll. (2002) mentionnent que l'intensité de la collaboration est contingente de la nature de la tâche, plus particulièrement déterminée par le type de clientèle. Ces auteurs proposent de concevoir la nature des services offerts comme un facteur médiateur de la collaboration. La condition clinique de la clientèle et le contexte dans lequel elle évolue (déterminé par le type de ressources sollicitées) apparaissent comme des éléments contribuant au développement de la collaboration interprofessionnelle. Mais ce contexte peut également être un frein à la collaboration dans la mesure où il ne fournit pas les prérequis au modèle interprofessionnel. Selon D'Amour (2001), il est essentiel que la philosophie et les pratiques de soins s'harmonisent avec les principes d'une pratique de collaboration. Or, ce contexte est susceptible de proposer au contraire

une hiérarchie interprofessionnelle véhiculée par un modèle organisationnel à l'intérieur duquel les médecins conservent une position structurellement dominante, et ce, malgré l'avancement des connaissances qui déterminent un savoir propre aux autres professionnels (Lamothe, 1999).

L'influence qu'exerce le contexte organisationnel sur la dynamique de collaboration interprofessionnelle met en évidence l'importance du rôle des gestionnaires dans la définition et la mise en place de nouveaux rapports ainsi que dans leur régulation. Les résultats de l'étude de D'Amour (1997) démontrent que les gestionnaires ont recours essentiellement à la formalisation comme outil principal de régulation. Cette auteure précise que c'est davantage sur la nature des règles que sur le degré de formalisation que doit porter la négociation. Cependant, si la formalisation demeure nécessaire, elle n'assure qu'une coordination partielle (Beaudry, 1994) et comporte plusieurs règles porteuses d'enjeux de pouvoir qui freinent la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et coll., 1999). Certaines autres conditions s'avèrent donc essentielles afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle. Elles réfèrent davantage à un univers informel, sur lequel est basée en grande partie l'organisation des services de santé, celui de la qualité des relations entre les individus (D'Amour, 2001). En raison des limites évoquées par certaines régulations, il s'avère essentiel de connaître la pratique des gestionnaires à cet égard en déterminant s'ils peuvent agir ou agissent effectivement sur des leviers autres que les règles et la formalisation afin d'influencer la collaboration.

Même si la collaboration interprofessionnelle se situe comme une réponse aux besoins spécifiques d'une clientèle fragilisée, plusieurs interrogations subsistent en regard de sa mise en œuvre dans un contexte de soins de longue durée gériatrique. Quels sont les différents enjeux et contraintes auxquels sont confrontés les professionnels? Quelle est la nature des influences (organisationnelles et supra- organisationnelles) qui s'exercent sur eux et qui sont prises en compte par les différents intervenants? De quelle façon, dans les

processus cliniques, les partenaires professionnels structurent-ils leur action collective lorsqu'ils sont placés dans « un contexte d'interdépendance »?

Suite à ces travaux réalisés auprès d'équipes professionnelles, D'Amour suggère de poursuivre la validation de son modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle auprès de groupes de professionnels qui ont instauré une véritable collaboration afin de valider les dimensions du modèle et de le compléter. Selon Levy (1988), l'étude de cas simple et son analyse à multiples perspectives peut être utilisée pour confirmer ou défier une théorie. La littérature existante à ce jour sur la collaboration interprofessionnelle servira de guide exploratoire et fournira certaines règles pour l'analyse du phénomène.

### **Les but et objectif de l'étude**

Le but de cette étude est d'approfondir notre compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe de professionnels intervenant auprès de personnes âgées dans un contexte de soins de longue durée gériatrique.

### *Objectif spécifique et questions de recherche*

1. Analyser les dynamiques ayant cours entre les professionnels dans la formation d'une équipe interprofessionnelle dans un contexte de soins de longue durée gériatrique.
  - 1.1. Quels sont les déterminants susceptibles de favoriser l'émergence et le maintien d'une forme particulière de collaboration?
  - 1.2. Quelle est la nature des retombées inhérentes à la collaboration interprofessionnelle? Quels sont les indicateurs de résultats utilisés par les professionnels? (Implique les résultats perçus pour les résidents et pour leur pratique.)

- 1.3. Quelles sont les différentes stratégies organisationnelles utilisées pour favoriser la mise en œuvre et le développement de la collaboration? Par stratégies, nous entendons tous les moyens utilisés pour favoriser la mise en œuvre et le développement de la collaboration.

## **CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS**

La première partie de la recension des écrits traite des aspects inhérents au concept de collaboration interprofessionnelle. Ces aspects réfèrent à la notion de collaboration, d'interdisciplinarité et d'équipe. La deuxième partie porte sur le contexte de cette action collective et les facteurs de contingence de la collaboration interprofessionnelle présentés sous l'angle des déterminants liés au système des professions, aux déterminants interactionnels et structurels. La troisième partie traite des différents modèles d'analyse de la collaboration interprofessionnelle au Québec.

### ***PARTIE I : LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE***

#### **Le concept de collaboration**

D'un point de vue étymologique, le terme « collaboration » est issu du latin *collaborare* qui signifie travailler ensemble (Henneman et al., 1995; Stichler, 1995) à un projet dont la nature est typiquement intellectuelle (Henneman et al., 1995). Pour Forbes et Fitzimons (1993), la collaboration implique des professionnels qu'ils travaillent ensemble à un but commun. La présence de buts coopératifs permet la combinaison de l'expertise pour résoudre un problème (Tjosvold et Tjosvold, (1995). La collaboration interprofessionnelle fait donc référence au partenariat qui s'articule en fonction d'un objet bien précis auquel adhèrent et participent tous les membres d'une équipe (Lévy, 1993; Klein, 1990). Parmi les définitions existantes en regard de la collaboration, Evans (1994) propose de la concevoir comme un processus partagé de résolution de problème, d'énoncé des buts et de prise de décision à l'intérieur d'une structure de collégialité.

Une des conditions essentielles à l'existence de la collaboration réside dans la reconnaissance que le problème ne peut être résolu sans l'apport, l'expertise ou la participation de chaque participant (Sticheler, 1995). L'auteur souligne également le processus dynamique et interactif qui caractérise la collaboration. La collaboration interprofessionnelle sollicite concurremment un degré élevé d'assurance et de coopération (Weiss et Davis, 1985), l'interaction et la complémentarité des compétences professionnelles (Rege Colet, 2003) et requiert que la relation entre les individus impliqués soit de nature non hiérarchique puisque le pouvoir est partagé et basé sur la connaissance et l'expertise et non sur le rôle et le titre (Henneman et coll. 1995). La collaboration vise à trouver une solution intégrée à l'intérieur de laquelle les parties concernées se sentent reconnues et leurs préoccupations non compromises (Weiss et Davis, 1995). Coluccio et Maguire (1983) ajoutent que ce processus doit se réaliser en respectant les qualités et habiletés spécifiques à chaque professionnel. La collaboration prend forme lorsque différents professionnels, soit deux ou plusieurs spécialistes (Fourez, 1998), partagent leur information, l'évaluation et le plan de traitement (Ivey et coll, 1988).

La collaboration interprofessionnelle est également associée à un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels la mise en commun et le partage de leurs connaissances, leur expertise et leur expérience de façon simultanée dans l'intérêt de la clientèle (Mariano, 1989; Liedtka et Whitten, 1998) et, donc, la prise de décision partagée dont la résultante consiste à l'élaboration d'un plan de soins coordonné (Wells et coll., 1998) qui rencontre les besoins du patient et de sa famille (Coluccio et Maguire, 1983; England, 1986). D'amour (1997) nous présente une définition de la « collaboration interprofessionnelle » qui tient compte des éléments de processus et de partage tout en respectant le caractère spécifique de la collaboration inhérente aux pratiques professionnelles dans le contexte du système de la santé. L'auteur propose de définir la collaboration comme la « structuration d'une action collective à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (p. 104).

Ivey et coll. (1988) proposent un modèle qui illustre différentes formes que peut prendre la collaboration entre les professionnels. Ces dernières reposent sur un continuum d'autonomie professionnelle qui met en évidence le fonctionnement du travail des professionnels. Le recours à l'une ou l'autre des formes de collaboration dépend de la nécessité d'accroître le partage de l'expertise d'un ou de plusieurs professionnels (l'échange d'information, la consultation et la pratique multidisciplinaire) et de solliciter un plus grand degré d'intégration des contributions des professionnels, l'équipe de soins interdisciplinaire constituant le niveau le plus élevé d'intégration. Sous cet angle, l'équipe de soins interdisciplinaire constitue la forme la plus efficace de collaboration lorsque les besoins de la clientèle sont complexes. Elle implique cependant une concession par les intervenants de leur niveau d'autonomie professionnelle.

### **L'interdisciplinarité au sein des pratiques professionnelles**

Afin de mieux saisir le sens de l'interdisciplinarité, Gusdorf (1990) nous propose de décortiquer l'essence du mot. Ainsi, « une discipline évoque l'idée d'un savoir organisé selon l'ordre de la raison » (p. 869) et le préfixe « inter » indique plus qu'une juxtaposition; selon l'auteur, « il évoque un espace commun, un facteur de cohérence entre des savoirs différents » (p. 872). L'auteur réfère donc à la notion de complémentarité, laquelle requiert cependant la présence de bonnes bases disciplinaires (Rege Colet, 2003).

L'existence de l'interdisciplinarité est liée au développement et au fonctionnement des disciplines scientifiques. Elle est en soi une réponse aux problèmes que génère la spécialisation des disciplines et du principal effet qui en résulte, la fragmentation. Dans cette optique, elle intervient comme la « nécessité de regrouper les fragments éclatés de la forme humaine » (Gusdorf, 1990, p. 885) ou « la tentative de restaurer l'unité perdue » (Resweber, 1981). Parmi les préoccupations les plus importantes, notons l'impérialisme



disciplinaire (l'acquisition d'une position qui assure à une seule discipline le pouvoir d'expliquer le réel) (Shérif et Shérif, 1969) et l'ethnocentrisme disciplinaire caractérisé par des vides entre les différentes disciplines. Cette absence de chevauchement entre les disciplines serait la résultante de comportements tribaux et de l'expression d'attitudes de loyauté (Campbell, 1969). L'esprit de l'interdisciplinarité substitue le caractère territorial du pouvoir s'appuyant sur le savoir inhérent à la discipline, par une conception d'un pouvoir partagé et puissant (Resweber, 1981).

L'interdisciplinarité s'appuie sur le postulat que certains problèmes, notions ou situations ne peuvent être maîtrisés dans une seule discipline et donc qu'ils nécessitent de convoquer et d'articuler différents apports disciplinaires (Fourez et coll., 2002). Dans ce cadre, l'interdisciplinarité doit être vue sous l'angle de l'organisation des savoirs et de l'organisation du travail qui réfèrent au niveau d'intégration sollicité (Klein, 1990) et au type d'interaction et d'échange développé entre les disciplines (Rege Colet, 2003).

Lenoir (2000) précise que les exigences pratiques sont telles que ces praticiens doivent aller au-delà des savoirs homologués pour les arrimer entre eux, pour les faire jouer avec des savoirs d'expérience. Dans le domaine de la santé, ces tentatives de transposition de l'interdisciplinarité dans les pratiques professionnelles ont pour objet de s'assurer de la prise en compte et de l'intégration des différentes perspectives qui visent selon D'Amour (1997) à recréer l'unité de la personne. Le terme « interdisciplinarité » a donc été introduit dans les milieux professionnels en réponse à la complexité de la prestation. L'emploi de ce terme s'est ainsi cristallisé dans les pratiques, expliquant encore à ce jour l'utilisation de la notion d'interdisciplinarité à l'intérieur des discours et au sein des équipes interprofessionnelles.

### **La constitution de l'équipe pour la rencontre des professionnels**

L'équipe implique davantage qu'un regroupement d'individus en regard d'une communauté d'intérêts; elle sous-tend le partage d'activités ou l'alliance des membres dans une tâche commune. Certains aspects différencient l'équipe du groupe, en psychologie du travail. Ils réfèrent respectivement au sens de l'engagement chez les membres et à la synergie de leurs efforts (Guzzo et Dickson, 1996; Morin, 1996). En effet, « si les équipes sont plus productives que les groupes ne s'assignant pas d'objectifs précis, c'est parce que leurs membres s'engagent à réaliser quelque chose de tangible » (Katzenbach et Smith, 1994, p. 21). Cohen et Bailey (1997) proposent également de définir l'équipe à l'intérieur du contexte organisationnel. L'équipe est donc définie comme « *a collection of individuals who are interdependent in their tasks, who share responsibility for outcomes, who see themselves and who are seen by others as an intact social entity embedded in one or more larger social systems, and who manage their relationships across organisational boundaries* » (p. 241). Selon Katzenbach et Smith (1994), l'équipe permet de conjuguer en temps réel la compétence, l'expérience et le jugement de diverses personnes. Parmi les avantages évoqués, Everaere (1999) note l'auto-organisation interne au collectif, la réactivité et la polyvalence.

Il existe dans la littérature certaines classifications pour décrire les différentes équipes (Cohen et Bailey, 1997; Katzenbach et Smith, 1994; Anzieu et Martin, 2003; Everaere, 1999; McGrath, 1984). Ces auteurs utilisent une typologie différente pour définir l'équipe et ses caractéristiques. 1) Cohen et Bailey (1997) catégorisent l'équipe en quatre sous-groupes : les équipes de travail permanentes ou de travail basées sur la production et la dispensation des services, les équipes de travail parallèles référant à la consultation, les équipes de projet référant au développement et les équipes de direction correspondant à l'action et la négociation. 2) Anzieu et Martin (2003) proposent de situer l'équipe comme une entité incluse dans la catégorie fondamentale des groupes restreints. 3) Everaere,

(1999) la désigne comme étant un collectif de travail dont la prémisse est l'autonomie. 4) Mc Grath (1984) propose une typologie de collectifs sociaux dans laquelle l'équipe de travail est présentée comme une « *deliberately designed social unit* » (p. 7). 5) Katzenbach et Smith (1994) proposent une courbe de performance qui illustre la relation entre la performance et l'organisation du travail : le groupe de travail, la pseudo-équipe, l'équipe potentielle, l'équipe authentique et l'équipe performante qui se distingue de l'équipe authentique par l'attachement profond des membres au succès et au développement personnel de leurs coéquipiers.

Dans le cadre de cette étude, la notion d'équipe dont il est fait mention fait référence à la catégorie de l'équipe permanente développée par Cohen et Bailey (1997) puisqu'elle est basée sur la production et la dispensation des services et s'inspire de la définition opérationnelle de l'équipe authentique proposée Katzenbach et Smith (1994) qui la considèrent comme la « cellule de base de toute entreprise » (p. 21). Selon ces auteurs, « une équipe est constituée d'un nombre restreint de personnes de compétences complémentaires qui s'engagent sur un projet et des objectifs communs, adoptent une démarche commune et se considèrent solidairement responsables » (p. 48). Cette conception de l'équipe suggère une forme d'organisation du travail qui repose sur la présence de certaines caractéristiques.

- **La notion d'effectif réduit** réfère à la taille et aux difficultés liées à la négociation des différentes personnalités, à la conciliation et aux différents problèmes de logistique qui y sont associés (Katzenbach et Smith, 1994), afin d'éviter des problèmes de subdivision, de coordination et afin de garantir la proximité de l'action et des résultats (Everaere, 1999). Pour Anzieu et Martin (2003), le nombre restreint assure la perception réciproque et les échanges interindividuels. La taille de l'équipe doit tenir compte de facteurs dont certains concernent la nature du problème, les compétences des participants, la qualité de leur relation et le temps disponible (Morin, 1996).

- ▶ ***Les compétences complémentaires*** évoquent : a) l'expertise technique ou fonctionnelle (la représentation des spécialités); b) l'aptitude à résoudre des problèmes, à prendre des décisions impliquant d'être en mesure de réaliser les arbitrages nécessaires et les décisions qui s'imposent; c) les qualités relationnelles dont la prémisse repose sur la capacité d'obtenir une vision unique en utilisant une communication efficace et une approche constructive des conflits. Morin (1996) parle d'une communication ouverte comme préalable pour l'amélioration de la performance d'une équipe.
  
- ▶ ***La perspective d'un projet commun*** correspond à : a) l'élément mobilisateur qu'est le projet et de ce qu'il assure (espace de solution, une identité et un point de repère qui dépasse les individus); b) la réalisation d'objectifs qui facilitent l'aiguillage tout en assurant un engagement collectif; c) l'intégration du projet final afin d'assurer l'intensité directionnelle (Katzenbach et Smith, 1994) et afin d'être en mesure de s'approprier de la manière la plus directe possible les résultats de leurs actions (Everaere, 1999; Locke et Latham, 1990).
  
- ▶ ***La démarche commune*** fait ici référence à l'adoption d'une méthode de travail dont les composantes économiques, administratives et humaines s'harmonisent de façon à exploiter l'ensemble des attributions des membres de l'équipe pour concevoir la démarche la plus adaptée. Ces négociations ou interactions engendrent un processus de motivation qui conduit à l'adoption d'un « contrat social » (Katzenbach et Smith, 1994).
  
- ▶ ***Se considérer solidairement responsable*** implique d'être individuellement et conjointement responsable de la réalisation du projet final, des objectifs, de la méthode et des résultats. Deux éléments fondamentaux sous-tendent la responsabilité commune : l'engagement et la confiance. Cohen et Bailey (1997) le conçoivent dans « l'interdépendance en regard de leurs tâches et

du partage de la responsabilité des résultats (p. 241) et Everaere (1999) l'explique par l'interdépendance de proximité qui réside dans le fait d'avoir besoin les uns des autres pour réaliser leur mission et posséder un contenu compréhensif et repérable immédiatement pour avoir une force cohésive.

Selon Brill (1976), l'étendue et la nature du problème et des besoins qui doivent être rencontrés déterminent le modèle d'équipe qui doit être utilisé. Il existe donc une grande diversité terminologique pour qualifier les équipes et les différentes pratiques professionnelles. Elles sont décrites sous le vocable suivant : multidisciplinaire, multiprofessionnelle, transdisciplinaire, transprofessionnelle, interdisciplinaire, et interprofessionnelle (Ivey et coll., 1988) et pluridisciplinaire (Gusdorf, 1990). Les modèles prédominants sont catégorisés par certains auteurs sous la nomenclature de l'équipe multidisciplinaire (Brunet; 1978 ; Bair, 1983), l'équipe interdisciplinaire (Rege Colet, 2003) ou l'équipe de soins interdisciplinaire ou interprofessionnelle (Ivey et coll., 1988). La confusion la plus fréquente se situe dans l'utilisation interchangeable de ce vocabulaire surtout en regard de l'équipe multidisciplinaire et de l'équipe interdisciplinaire (Faukner et Amadéo, 1999). Elles font respectivement référence à la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité qui indiquent les deux niveaux de collaboration témoignant d'un travail d'équipe.

La multidisciplinarité implique la présence d'un projet explicite (Faukner et Amadéo, 1999) et correspond à l'objectif d'examiner un thème avec une intention particulière selon différents points de vue (Fourez et coll., 2002). Pour Faukner et Amadéo (1999), la multidisciplinarité intervient lorsqu'il y a présence d'un nombre d'individus issus de disciplines différentes et impliqués dans un projet tout en travaillant de façon indépendante. Cependant, cette démarche est caractérisée par l'absence de synthèse (Resweber, 1981), d'où l'impossibilité de convenir d'une problématique redéfinie selon les disciplines en présence et d'élaborer un cadre de référence commun (Rege Colet, 2003). Contrairement à la

multidisciplinarité, l'interdisciplinarité constitue une pratique d'intégration (Fourez et coll., 2002; Klein, 1990) caractérisée par la collaboration de spécialistes de formations professionnelles différentes, réunis autour d'un problème complexe (Perrig-Chiello et Darbellay, 2000; Ivey et coll, 1988).

Dans ce cadre, l'équipe interdisciplinaire composée de professionnels peut être conçue comme une base formelle où prend place la collaboration interprofessionnelle par la présence de relations de coopération et de coordination des activités (Yvey et coll, 1988) et par l'utilisation d'une approche centrée sur le client (Rege Colet, 2003; O'Toole, 1992; Ducanis et Gaulin, 1979).

Les dynamiques des équipes constituées de disciplines professionnelles sont donc influencées par différents rapports existant entre les professionnels. Ces rapports de collaboration sont également soumis à des règles qui dépassent le seul contexte de l'équipe. Certaines de ces règles proviennent de leur rattachement au groupe professionnel et du contexte organisationnel. Pour Lemoine (1995), le fait que ces équipes de travail soient des unités de l'organisation et enchâssées dans la structure détermine les caractéristiques de cette dernière. Les rapports de collaboration à l'intérieur de l'équipe sont donc soumis à diverses influences, internes et externes, indiquant la fluidité des frontières de l'équipe et du contexte organisationnel.

## ***PARTIE II : LE CONTEXTE ET LES FACTEURS DE CONTINGENCE***

### **Le contexte de l'action collective**

La structuration d'une action collective dans les équipes interprofessionnelles implique une bonne compréhension du contexte dans lequel cette action prend place. Crozier et Friedberg (1977) soulignent la présence de multiples inférences qui s'établissent inévitablement entre le système d'action interne d'une organisation et le contexte technique, économique, social et culturel dans lequel il est inséré. L'organisation ne peut donc exister que par le rapport

qu'elle entretient avec son environnement, à savoir l'obtention des ressources nécessaires à son fonctionnement et la mise en place ou la vente de ses produits à l'intérieur de ce dernier (qu'ils soient matériels ou immatériels). De ce fait, elle se doit donc de négocier les « environnements pertinents » à l'organisation, soit les segments de l'environnement avec lesquels elle établit des relations. Ces derniers représentent une source de perturbation potentielle de son fonctionnement interne puisque certaines des données qui s'y trouvent sont susceptibles de devenir contraignantes. Les auteurs réfèrent à la notion de porosité et de fluidité pour décrire les frontières organisationnelles. Selon leur perspective, la difficulté à déterminer une ligne de démarcation précise entre ce qui est interne et externe à l'organisation résulte du fait qu'il n'existe pas d'adaptation unilatérale de l'organisation aux contraintes sociales mais sous-tend une interstructuration initiée par des mécanismes d'échanges et d'influences réciproques.

Dans le modèle que proposent Crozier et Friedberg (1977), certaines des structures de régulation existent au-delà du contexte d'action, pré-structurent et restreignent l'action des acteurs (D'Amour, 1997, p. 95); cependant, l'acteur conserve toujours une liberté de choix et d'action. La conduite humaine y est considérée comme contingente, ce qui signifie qu'elle est à la fois dépendante d'un contexte, des opportunités et des contraintes (matérielles et humaines) et indéterminée; donc, l'acteur conserve toujours une liberté de choix et d'action.

Afin d'atteindre ses objectifs, l'organisation utilise diverses façons de contraindre la liberté d'action et par le fait même de conditionner l'orientation et le contenu des stratégies afin de réintroduire un peu de prévisibilité dans le comportement de chacun. Elle réalise son objectif en : 1) définissant les atouts, que chacun peut utiliser dans une relation de pouvoir, qui affectent la capacité de jeu des acteurs; 2) en fixant des enjeux puisqu'elle conditionne la volonté de l'acteur d'utiliser ses atouts à la poursuite de sa stratégie. Cependant, les différents acteurs n'accepteront de mobiliser leurs ressources et d'affronter les risques qu'à la condition de trouver des enjeux suffisamment pertinents et

importants. Afin de répondre à cet impératif, l'organisation intervient de nouveau : 1) en organisant la promotion à l'interne; 2) en spécifiant les conditions d'accès et les avantages qui s'y rattachent et 3) en présentant des zones d'incertitude organisationnelle au sein de sa réglementation, afin de définir encore plus les gains attendus pour chacun des acteurs.

L'organisation investit donc certains de ses membres d'une autorité légitime sur d'autres en attribuant à ces derniers des atouts susceptibles de donner un plus grand poids dans leurs négociations. Ainsi, ils peuvent utiliser les différents leviers mis à leur disposition dans la zone de pouvoir qu'ils contrôlent afin de mettre en place des stratégies susceptibles d'influencer l'orientation des stratégies et par conséquent la conduite des acteurs. Ces stratégies s'inscrivent à l'intérieur des deux principales dimensions inhérentes à la fonction de gestion. Elles sont respectivement : 1) l'obtention de la coopération, qui vise à stimuler les énergies productives, et 2) la facilitation du travail, qui consiste à réduire les tensions improductives et contre-productives (Morin, 1996). Pour Allaire et Firsirotu (1993), la stratégie utilisée par les gestionnaires doit tenir compte du niveau d'incertitude et du degré de contrôle potentiel sur la source d'incertitude. En fonction de ces paramètres, certaines modalités de gestion sont proposées (technocratique, politique et structurelle). Selon Thompson (1967), les mécanismes d'intégration ou de coordination (standardisation des tâches, des résultats ou ajustements mutuels) doivent tenir compte du type d'interdépendance des éléments dans la production (relations parallèles, séquentielles ou réciproques).

Les organisations de la santé sont des organisations professionnelles qui comportent des enjeux de gestion importants découlant de leurs caractéristiques propres. Pour Mintzberg (1979, 1990), ce type d'organisation implique la décentralisation de la prise de décision vers le centre opérationnel. Le pouvoir passe ainsi aux mains des professionnels du niveau opératoire, permettant au pouvoir d'être réparti dans l'organisation et assurant ainsi le contrôle des



professionnels sur les pratiques. Ce phénomène s'explique non seulement parce que le travail est trop complexe pour être formalisé directement par les gestionnaires et les technocrates mais également parce que la supervision directe entre en conflit avec le besoin d'autonomie des professionnels.

### **Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle**

L'équipe interprofessionnelle est donc considérée comme une unité de base de l'organisation et de ce fait intégrée au contexte d'action qui l'influence à son tour. Mais quelle est la nature des forces contingentes qui s'exercent sur l'équipe et qui déterminent les ressources des acteurs? Trois principaux déterminants semblent influencer particulièrement la mobilisation des ressources dans le développement et l'implantation de la collaboration à l'intérieur d'une équipe. Il s'agit respectivement du système des professions qui précise le cadre de l'exercice professionnel, des déterminants interactionnels qui réfèrent à la nature des relations interpersonnelles entre les membres et des déterminants structurels qui conditionnent le travail à l'intérieur de l'équipe.

#### *Le système des professions*

Le concept de profession évoque « une activité d'apprentissage, qui implique un entraînement formel dans un contexte grandement intellectuel » (Bell, 1976, p. 374). Dans ce contexte, la notion de savoir est au centre d'intérêt des professions. Selon Johnson (1972), les activités basées sur le savoir sont l'une des caractéristiques les plus souvent citées pour définir une profession. Les autres caractéristiques sont respectivement : 1) l'entraînement et l'éducation ; 2) l'examen des compétences des membres ; 3) l'organisation ; 4) l'adhésion à un code de conduite et 5) le service humaniste.

Pour Paicheler (1995), « la question fondamentale de l'étude des professions concerne l'expertise, concrétisée dans la détention d'un savoir relativement inaccessible au profane, et, par conséquent, la délégation de pouvoir et d'autonomie qui en émane, au-delà même de la compétence spécifique des

groupes professionnels » (p. 6). Elle inclut la prise en compte d'éléments macroscopiques du développement des professions (la bureaucratisation, l'évolution technologique) et d'éléments microscopiques (les pratiques, les actions et interactions d'individus, de réseaux et de groupes de pressions), et la considération simultanément des facteurs internes (la production du savoir, le contrôle de la pratique, l'idéologie) et des facteurs externes (l'intégration dans un contexte socio-économique spécifique, les liens avec les théories scientifiques dominantes, alliances politiques et rapports avec l'État). Les revendications touchant le savoir ou les pratiques engendrent des effets concrets qui s'actualisent en comportements individuels et en actions collectives.

Selon Abbott (1988) le point de départ pour comprendre les professions réside dans le travail professionnel. Le système des professions en est un de compétition dans lequel les professions rivalisent avec d'autres pour obtenir le contrôle d'une juridiction, pour défendre et si possible étendre leurs frontières. Le concept central d'analyse est donc le domaine de juridiction. Il est déterminé par le contenu du travail, le contrôle exercé par les professionnels pour maintenir leur savoir et leurs habiletés et le principe de juridiction que la profession s'efforce de revendiquer pour son travail. Le contrôle est déterminé par l'aspect technique et le savoir abstrait. Le savoir abstrait génère des habiletés pratiques constituant l'occupation, mais le contrôle de cette dernière ne peut être assuré que par le contrôle des abstractions. La notion d'abstraction représenterait à la fois une caractéristique du travail professionnel et constituerait le principal atout d'un groupe de professionnels devant la concurrence, car seul un système de connaissance gouverné par les abstractions peut redéfinir les problèmes et en identifier de nouveaux. Elle représente donc un moyen qui permet la survie dans un système de professions compétitif (Abbott, 1988). L'habileté d'une profession à soutenir sa juridiction est en partie liée au pouvoir et au prestige de sa connaissance académique. L'auteur précise que le diagnostic, le traitement et l'inférence sont des aspects de la pratique professionnelle développés à partir d'un savoir académique qui lui confère pouvoir et prestige en plus de jouer un rôle

symbolique de légitimation. Les deux premiers constituent des actes médiateurs alors que l'inférence représente l'acte purement professionnel. L'inférence est donc requise en situation de plus grande incertitude. Un faible degré d'utilisation d'inférence peut toutefois être associé à une plus grande vulnérabilité des professionnels et révéler le niveau de contrôle exercé par les professionnels. Ainsi l'utilisation de peu d'inférence entraîne une routinisation qui fait l'objet de procédures et de délégation à des subordonnés.

La professionnalisation est décrite par Michaud et coll. (1985) comme « ce processus par lequel un savoir ou savoir-faire se spécialise et tend à devenir un service exclusif, offert par une profession organisée en corporation, afin de répondre à un besoin social » (p. 22). Selon les auteurs, la stratégie consiste à s'assurer la possession d'un pouvoir-savoir qui concède un champ exclusif. L'accessibilité limitée est créée en restreignant l'accès à la profession et en contrôlant ce savoir par l'utilisation d'un hermétisme quasi absolu. L'hermétisme de la communication traduirait selon Morin (1996) une attitude collective qui vise à rendre la compréhension de la communication intelligible qu'aux initiés ou aux adeptes. Selon Aktouf (1996), « l'information étant actuellement la clé du pouvoir, développer les capacités de la contrôler et de l'utiliser, c'est dominer » (p. 162). La main mise sur les connaissances et sur l'information représentent une des sources les plus importantes de pouvoir dans les organisations (Morgan, 1999). Collins (1990) précise l'importance majeure d'un système de connaissances car elles peuvent, ainsi que les habilités acquises dans un processus d'apprentissage, donner aux professionnels la capacité de les utiliser non seulement pour la résolution de problèmes mais également pour leur position sociale.

Certaines conséquences au monopole des connaissances professionnelles par des champs exclusifs conduisent à évacuer ce qui est étranger et à morceler les services. Ils engendrent ainsi des modèles d'organisation du travail qui sont respectivement la subordination et le parallélisme disciplinaire (Michaud et coll.,

1985). La subordination constitue la reproduction du pouvoir entre les diverses professions (les équipes deviennent des structures d'appui au spécialiste) et le parallélisme disciplinaire renvoie à l'utilisation d'un système de recommandation ou de référence comme base fondamentale d'intervention où « chaque professionnel considère qu'il est en mesure, seul, de décider de ce qui convient à son client et du moment où celui-ci aura besoin des services de collègues d'autres professions » Michaud et coll. (1985, p. 8). Les jeux de concurrence interprofessionnelle font émerger des formes diversifiées de stabilisation. Pour Abbott (1988), elles correspondent au positionnement d'un groupe par rapport à un autre. L'auteur en identifie cinq qui sont respectivement : 1) la subordination qui assume une division du travail complexe avec une grande assimilation ; 2) la division du travail qui sépare une juridiction en deux parties indépendantes ; 3) la zone partagée sans division du travail plutôt occasionnelle et susceptible de correspondre à une juridiction intellectuelle ; 4) la juridiction conseil qui s'observe lorsqu'un groupe professionnel détient un rôle conseil sur certains aspects du travail et 5) la division selon la nature du client. Dans ce cadre, les équipes de travail deviennent des théâtres où se jouent des jeux de positionnement.

Les formes de stabilisation énoncées par Abbott (1988) correspondent aux formes d'expression des ordres négociés entre les professionnels tel que proposé antérieurement par Strauss et coll. (1981) et Strauss et coll. (1963), suite aux observations de leur étude dans des institutions psychiatriques. Les ordres obtenus par voie de négociation font émerger des règles de conduite. Elles sont décrites par Strauss et coll. (1981) comme des *human arrangements* (p. 314) puisqu'elles résultent davantage de l'entente que de la disposition formelle ou légale (la plupart de ces dernières pouvant être négociées, argumentées, ignorées ou appliquées au moment opportun). Les patterns de négociation seraient influencés par des éléments structurels : 1) le statut institutionnel (l'identité des négociateurs, l'étendue des négociations et la nature des enjeux) ; 2) le nombre et le type de professionnels dont le travail doit être coordonné et 3) la relative stabilité et

fluidité des équipes professionnelles. Strauss et coll. (1981) démontrent ainsi l'aspect temporaire et organique de l'ordre négocié.

Cet aspect dynamique de l'ordre négocié est associé aux relations de pouvoir. Pour Friedson (1986), le pouvoir, l'autonomie et la domination sont des caractéristiques fondamentales de la professionnalisation. Il considère la connaissance formelle comme un instrument de pouvoir, une source pour guider et faciliter l'exercice du pouvoir, mais pas le pouvoir en soi. Cet exercice du pouvoir interprofessionnel est considéré par l'auteur selon l'angle de la relation dominant-subordonné. Selon MacDonald (1995), ce n'est pas le pouvoir mais l'autonomie relative à sa position de domination que le professionnel utilise pour influencer ou exercer un pouvoir sur les autres.

Crozier et Friedberg (1977) nous proposent une définition relationnelle du pouvoir. Le pouvoir est inséparablement lié à la négociation : c'est une relation d'échange, donc de négociation dans laquelle deux personnes au moins sont engagées. La nature de cette relation est instrumentale (toujours dans la poursuite d'un but), non transitive (le pouvoir est inséparable des acteurs impliqués et par le fait même non transposable), réciproque (la présence de ressources à échanger est requise) mais déséquilibrée (le déséquilibre est fonction des atouts). « Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire dans sa possibilité de refuser ce que l'autre lui demande » (p.60). Pour les auteurs, le pouvoir est déterminé par la capacité à exercer un contrôle sur une source d'incertitude qui est liée : 1) à la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle ; 2) à la relation développée avec l'organisation et l'environnement ou la maîtrise de l'information entre l'organisation et l'environnement ; 3) à la maîtrise de la communication et de l'information et 4) à l'utilisation des règles organisationnelles, et ce, par la mobilisation des ressources pertinentes. L'organisation régule le déroulement des relations de pouvoir puisqu'elle détermine les conditions de négociation. Ces conditions constituent des

contraintes pour l'acteur qui garde cependant toujours une marge de liberté et de négociation. Les relations de pouvoir se structurent et se régularisent à l'intérieur de jeux qui précisent les règles.

Dans les professions de soins, les différentes professions en présence occupent des territoires particuliers susceptibles de causer des empiètements conflictuels. Elles sont assujetties à la contrainte d'accomplir un travail qui nécessite la coordination de leurs interventions de la façon la moins problématique possible et elles sont également soumises aux restrictions budgétaires qui impliquent de maximiser le travail de chacun (Paicheler, 1995). Ces territoires communs et les empiètements constituent une source de conflits et de négociations.

Les professionnels sont donc confrontés dans leur pratique par la présence de deux logiques qui s'affrontent, soit celle de la professionnalisation et celle de la collaboration. D'amour et coll. (1999) précisent que « ces logiques en compétition placent les professionnels dans des situations paradoxales et leur font vivre des conflits de valeurs quant à leur rôle d'expert en regard des professionnels mais surtout en regard de la clientèle » (p. 70). En effet, les déterminants de la professionnalisation réfèrent entre autres à l'exercice du pouvoir et de l'autorité, à l'expertise, à la spécialisation et une approche centrée autour des territoires professionnels qui donnent à la personne un rôle non participatif, alors que ceux inhérents à la collaboration s'appuient sur une logique où l'on privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques et sur une approche centrée sur la clientèle et où l'on reconnaît à la clientèle le droit à l'autodétermination (D'Amour, 1997).

#### *Les déterminants interactionnels*

De tous les déterminants qui ont fait l'objet d'attention et qui ont été traités par les différents auteurs, la confiance entre les membres du groupe et la cohésion du groupe représentent les deux déterminants essentiels liés au processus interne des équipes de travail (D'amour et coll., 1999).

### *La confiance*

La confiance entre les membres d'une équipe représente un déterminant clef de la collaboration et requiert des individus de se connaître à travers la communication et le partage (Hennemen et coll. 1995). D'amour (1997), par ailleurs, précise que le processus d'interconnaissance tout comme l'établissement d'une relation de confiance et le partage des territoires communs constituent les trois aspects importants à la prise de conscience des interdépendances. Pour l'auteur, la confiance constitue « la toile de fond d'un univers de relations interpersonnelles » (p. 110) dans lequel se situe la collaboration inter-professionnelle.

Mayer, Davis et Schoorman (1995) proposent de définir la confiance comme « *the willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that party* » (p. 712). Le modèle de confiance proposé par les auteurs comprend les dimensions suivantes : 1) les facteurs de la fiabilité perçue, soit la compétence, la bonté et l'intégrité, 2) la propension à faire confiance qui traduit selon Mishra et Morrissey (1990) une disposition générale de l'individu à faire confiance aux autres. Cette propension serait susceptible de varier en fonction : a) des différentes expériences développementales, b) des types de personnalité et c) des origines culturelles. Le comportement qui résulte du sentiment de confiance émane de l'évaluation du risque perçu dans l'environnement. Les auteurs soulignent également que la confiance n'est pas une condition obligatoire à l'instauration du comportement de coopération puisque toutes les situations ne comportent pas de prendre un risque. Dans certaines situations, les motifs d'un individu peuvent correspondre aux intérêts d'un autre et dans d'autres situations, il peut exister des mécanismes de contrôle coercitifs suffisamment importants pour assurer la coopération.

Johns (1996) propose un modèle qui permet de concevoir la confiance à la fois comme processus et résultat. Son modèle intègre la présence d'étapes séquentielles avec rétroaction qui traitent respectivement 1) de l'assimilation de l'information (perception de la compétence, de l'intégrité, de l'expérience préalablement pertinente du risque et des bénéfices potentiels), 2) de la prise de décision (perceptions de la fiabilité et des résultats positifs), 3) de la relation de confiance (les attributs spécifiques de la relation en termes de caractéristiques générales), 4) de la conséquence d'entrer en relation de confiance (rencontre des attentes, des bénéfices attendus ou non, niveau de confiance). La confiance, comme processus, examine la façon dont la confiance apparaît et, comme résultat, elle réfère à l'image du processus captée à un moment précis sur un continuum de temps.

Koorsgaard, Schweiger et Sapienza (1995) mettent en relation l'implication de la justice procédurale dans l'instauration d'une confiance concernant la prise de décision stratégique au sein des équipes. La prémisse fondamentale des théories de la justice repose sur un traitement juste. Pour être efficace, cette dernière doit compter sur la confiance comme pré-requis pour que puisse exister un système coopératif stable. Dans cette optique, la confiance est renforcée par le sentiment personnel d'être traité comme un membre légitime et respecté de l'équipe. Ainsi, la considération du leader en regard des apports des membres de l'équipe contribue à communiquer ce message aux membres et, par conséquent, est susceptible d'influencer la confiance des membres en leur leader.

Porter et coll. (1975), dans Mc Alister (1995), décrit la confiance comme un sentiment qui encourage les individus à prendre des risques « *Where there is trust there is the feeling that others will not take advantage of me* » (p. 497). Mc Alister (1995) identifie deux formes inhérentes à la confiance, lesquelles sont basées respectivement sur des fondements cognitifs et affectifs. La forme cognitive de la confiance réfère au choix de l'individu des paramètres constituant les bases d'évidence de la confiance. Les « bonnes raisons » identifiées par l'individu et l'information disponible serviront de fondement à la décision de faire



confiance. La forme affective implique un investissement émotionnel dans la relation. Elle sous-tend la croyance qu'il existe une vertu intrinsèque à la relation et la présence de sentiments réciproques. Les auteurs ont mis en évidence que les gestionnaires qui exprimaient une forte confiance (basée sur la forme affective) envers leurs collègues étaient plus disposés à regarder toutes les possibilités susceptibles de combler leurs besoins reliés au travail et à s'engager dans une intervention de type productif. Sous cet aspect, la forme affective de la confiance représente un élément facilitant de la coordination des actions de l'organisation.

Dans la relation d'emploi, Beaudry (1992) propose de concevoir le contrat, l'autorité et la confiance comme des mécanismes de coordination. Le contrat doit, pour se réaliser, compter sur la présence de ces deux mécanismes sous-jacents qui sont respectivement la relation d'autorité et de confiance. L'auteur démontre que la relation d'autorité n'assure qu'une coordination partielle puisque l'objet de la transaction est « un échange explicite et implicite de promesses » (Beaudry, p. 879). Cette potentialité implique donc une part d'incertitude sur la qualité, l'effort et la mobilisation secondaire à des facteurs endogènes et exogènes (apparition d'événements susceptibles de générer des litiges et de l'information asymétrique) et comporte donc un risque d'incomplétude du contrat. Il propose donc de voir la relation de confiance comme un « acte de construction sociale » (Beaudry 1992, p. 885), basé sur des relations interpersonnelles et des signaux qui ont pour fonction de diminuer le risque perçu et d'indiquer la qualité (Beaudry, 1994). Selon l'auteur, les signaux visibles telle la diplomation visent à indiquer l'expertise et à attester de l'origine, soit une garantie de conformité à certaines normes. Les signaux non visibles reposent sur les recommandations personnelles, d'où l'importance des relations personnelles (l'ancienneté des relations, l'information obtenue par des réseaux de connaissances confirmant cette fiabilité), ainsi que sur des normes d'obligation et de coopération (la considération du contexte social). Pour l'auteur, la confiance intervient en diminuant l'incertitude liée au déroulement de la transaction en introduisant le phénomène de réciprocité des échanges dans le cours du contrat.

### *La cohésion*

La cohésion constitue un indicateur de la volonté et du désir des membres à demeurer avec le groupe et peut témoigner de l'intérêt mutuel des membres pour leurs coéquipiers (Cohen et Bailey, 1997; Evans et Dion, 1991) ou traduire le degré d'affinité entre les membres (Organ et Hammer, 1982). Selon Forbes et Fitzsimmons (1993), la cohésion à l'intérieur d'une équipe s'exprime par des manifestations de soutien et de loyauté entre les membres. La cohésion présente ainsi l'avantage de prendre en main les conflits, de minimiser la critique, d'encourager la prise de risque, de récompenser et de reconnaître les accomplissements des membres de l'équipe.

Pour George et Bettenhausen (1990), la cohésion constitue un facteur déterminant de la mobilisation qui est liée à l'incidence de *prosocial behaviors* définis comme des comportements aidant envers les collègues ou l'organisation ou des actions sociales positives et qui selon Brief et Motowidlo (1986) sont susceptibles de produire et de maintenir le bien-être et l'intégrité des autres.

La cohésion du groupe de travail résulte en partie des dynamiques de l'identité sociale. Selon Smith et coll. (1994), l'intégration sociale est une mesure de coopération et de cohésion dans l'équipe. Dutton, Dukerich et Harquail (1994) suggèrent que plus les dynamiques en regard de l'identité sociale sont fortes, plus il est probable que les membres coopèrent les uns avec les autres et fournissent des efforts additionnels en regard des tâches à accomplir par le groupe. Dans la littérature, la notion d'engagement des membres par rapport aux autres membres et par rapport au travail du groupe constitue l'élément central des définitions sur la cohésion du groupe. (Mudrack, 1989 ; Goodman et coll., 1987).

Wech et coll. (1998), dans leur étude sur la cohésion dans les équipes, arrivent à la conclusion que la cohésion dans le groupe entraîne un niveau d'engagement organisationnel plus élevé. L'engagement serait relié négativement au taux de roulement ou à l'intention de quitter et à l'absentéisme. Dans cette perspective, la constance des professionnels dans les équipes constituerait la variable significative de la cohésion puisqu'elle augmente en fonction de leur stabilité dans l'équipe (proportion du personnel régulier par rapport aux stagiaires) (Stahelski et Tsukuda, 1990).

Klein et Mulvey (1995) définissent la relation entre la cohésion et les objectifs que le groupe se fixe. Leur conclusion confirme que la cohésion dans une équipe de travail constitue un facteur qui influence positivement le désir des membres d'un groupe de se fixer des objectifs au-delà des attentes de l'organisation. La cohésion influencerait positivement l'engagement du groupe envers les objectifs qui, eux, seraient fortement liés à la performance du groupe. Certains auteurs précisent qu'il existe une corrélation entre la cohésion et la performance (Cohen et Bailey, 1997 ; Klein et Mulvey, 1995). Toutefois, les résultats de l'étude de Evans et Dion (1991) suggèrent que le manque de critères de performance et le manque d'adhésion aux buts constituent deux sources de variance susceptibles d'atténuer la relation entre la cohésion et la performance.

#### *Les déterminants structurels*

Les déterminants structurels de la collaboration sont la taille, la composition et les normes de l'équipe ainsi que la position formelle d'autorité, les mécanismes de gestion, le contexte temporel et physique d'action, la technologie et le cadre normatif et régulateur externe.

### *La taille, la composition et les normes de l'équipe*

#### *La taille*

Pour Brill (1976), la taille de l'équipe est reliée aux buts à atteindre et le type et le degré d'interaction requis. Le nombre d'individus dans les petites équipes varie donc entre cinq et vingt personnes. Cependant, à la limite supérieure proposée, l'auteur met en garde contre les inconvénients susceptibles d'apparaître (émergence de sous-groupes, diminution de la participation). Les recherches sur les dynamiques démontrent des avantages distincts des plus petits groupes sur les plus grands puisqu'ils permettent un maximum d'interactions et d'interstimulation. En ce sens, Hackman (1987) et Steiner (1972) suggèrent que la taille du groupe doit être constituée du plus petit nombre requis de personnes pour bien effectuer le travail. L'étude de Stahelski et Tsukuda (1990) sur les variables prédictives de la coopération dans les équipes de santé en gériatrie a démontré que seule la taille de l'équipe constituait une variable prédictive significative. Ils arrivent ainsi à la conclusion que plus la taille de l'équipe augmente, plus la coopération diminue. L'étude de Smith et coll. (1994) révèle une relation négative entre la taille de l'équipe et l'intégration sociale à travers la communication informelle. Selon les auteurs, les plus grandes équipes génèrent de la distance entre les membres de l'équipe, inhibant de ce fait leurs interactions.

#### *La composition*

Maznevski (1994) propose de définir la composition à travers certaines variables qui sont liées au rôle (occupation, position organisationnelle, connaissance et habiletés spécialisées...), au genre et à la culture. Magjuka et Baldwin (1991) qui ont étudié l'hétérogénéité en termes d'occupation et de formation spécialisée dans les équipes ont démontré que les équipes évaluaient leur efficacité plus positivement contrairement à l'étude de Campion, Medsker et Higgs (1993) qui n'établit aucune relation entre les habiletés liées à l'hétérogénéité du groupe et les critères d'efficacité, soit la satisfaction des employés, la performance et le jugement du gestionnaire. Selon Bettenhausen

(1991), la plupart des études qui ont porté sur les pratiques organisationnelles ont démontré que les avantages fournis par la présence de multiples perspectives étaient compensés par les inconvénients liés au problème à générer le consensus. Pour Maznevski (1994) l'intégration de cette diversité consiste en cette capacité à se comprendre et à construire sur les idées de chacun.

### *Les normes*

« Les normes sont le produit concret des valeurs. Ce sont des règles de conduites désirables, prescrites par un groupe et partagées par les individus » (Morin, p. 297). Elles exercent donc une fonction normative qui renvoie à l'idéal d'un groupe et une fonction de régulation sur les relations. La fonction normative réfère au pouvoir de coercition qu'exerce l'idéologie. L'idéologie décrite par Mintzberg (1990) émerge à travers les traditions et traduit l'ensemble des valeurs et des croyances d'une organisation. La fonction de régulation renvoie à l'établissement de règles d'ensemble ayant pour but de régulariser le comportement en spécifiant certaines procédures. Pour Brill (1976), les normes possèdent les quatre caractéristiques suivantes : 1) elles ont des frontières qui définissent l'éventail des comportements acceptables; 2) elles font l'objet d'un apprentissage; 3) elles sont renforcées par les pressions sociales à l'intérieur du groupe et 4) elles tendent à refléter le cadre à l'intérieur duquel le groupe existe.

*La position formelle d'autorité, les mécanismes de gestion, le contexte temporel et physique d'action, la technologie et le cadre normatif et régulateur externe*

### *La position formelle d'autorité*

Pour Maznevski (1994), « les organisations constituent le véhicule de l'effort coopératif » (p.531). Les caractéristiques structurelles tels l'organigramme et la réglementation fournissent un cadre permanent qui conditionne profondément l'orientation et le contenu des stratégies. Selon Crozier et Friedberg (1977), le modèle prescriptif détermine dans une large mesure le contexte de l'action et donc

les ressources des acteurs (p. 37), soit les lieux où les relations pourront se développer et les conditions de négociation entre les acteurs. Selon Henneman (1995), une organisation qui opte pour l'utilisation d'une orientation équipe nécessite une structure organisationnelle davantage aplatée que hiérarchique.

### *Les mécanismes de gestion*

L'organisation doit, pour assurer le fonctionnement de l'équipe, fournir des bases requises au fonctionnement de l'équipe ou des mécanismes structurels afin de soutenir l'équipe. L'appui institutionnel (O'Toole, 1992) ou l'engagement institutionnel (Mariano, 1989) constitue l'un des plus importants facteurs de succès. Les variables structurelles sont décrites par Mariano (1989) comme essentielles à l'apparition de la collaboration. Elles font référence aux éléments susceptibles de légitimer les activités de l'équipe interdisciplinaire et de refléter l'engagement de l'organisation afin d'assurer une véritable collaboration interdisciplinaire (Mariano, 1989; Stichler, 1995). Ces éléments sont respectivement :

- ▶ ***Le soutien et la légitimation de l'équipe comme partie intégrante de l'organisation.*** Le soutien est exprimé lorsque l'organisation rend disponibles des ressources financières ou des services de soutien requis pour l'orientation, la formation et le fonctionnement des équipes. La légitimation de l'équipe à l'intérieur de l'organisation implique la présence d'éléments qui confirment son existence comme entité formelle (une structure, une définition, une identification) (Mariano, 1989).
  
- ▶ ***Le système qui privilégie et récompense le travail et les efforts d'équipe.*** Pour Henneman et coll. (1995), le système de récompenses doit reconnaître l'accomplissement collectif plutôt qu'individuel. Pour Stichler (1995), les valeurs et la culture organisationnelle se révèlent à travers les reconnaissances et la promotion des personnes qui démontrent ces croyances dans leur pratique et leurs interactions quotidiennes. Les bases

de l'évaluation doivent tenir compte à la fois de la réalisation collective et de la nature de l'intervention interdisciplinaire. Dans cette optique, elle doit proposer une évaluation de l'efficacité sur des bases différentes (à plus long terme). Pour Morin (1996), cette interdépendance peut être structurellement aidée par la mise en place de tous les moyens pour favoriser la situation d'interdépendance, que ce soit par le mode d'organisation des tâches, soit par un système de récompenses, soit par le mode de décision.

- ***Le système de valeurs*** qui supportent la collaboration inclut la participation, un milieu propice au développement, l'autonomie, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance (Mariano, 1989). Les énoncés des valeurs et de la philosophie doivent clairement indiquer la croyance des bénéficiaires de la collaboration entre les professionnels et préciser les comportements attendus. En ce sens, l'organisation doit développer un climat d'ouverture, de prise de risque, d'intégrité et de confiance (Stichler, 1995). De façon plus concrète, elle doit s'assurer de la mise en application des programmes éducatifs tout en assurant la présence d'un climat favorable à une implication optimale (Brill, 1976). L'auteur mentionne qu'une prémissesur laquelle s'appuie un tel développement est liée au fait que les personnes ont tendance à réagir positivement aux choses dans lesquelles elles ont une fonction participante.

#### *Le contexte temporel et physique d'action*

- ***Le temps, l'espace et la proximité.*** Pour Valette (1999), le temps, s'il est limité, devient un facteur structurant. Pour Sullivan et coll. (2001), il constitue un espace de dialogue. L'allocation du temps nécessaire permet d'aller plus loin que le simple échange d'information et de travailler sur des problèmes. Le temps permet la discussion et le débat collectif (les réunions sont un moyen de rendre l'équipe plus tangible). L'allocation d'espace reconnaît le territoire propre à l'équipe, renforçant ainsi sa

cohésion (Everaere, 1999). La proximité permet de faciliter la communication formelle et informelle entre les membres. Le partage d'un même espace ou l'allocation d'un espace comparable diminue l'emphase sur la territorialité et les problèmes de statut (Mariano, 1989). Allison et Ewens (1998) précisent que la distance géographique est susceptible de contribuer au développement de différentes cultures idéologiques et de générer des difficultés liées à l'établissement d'une communication opérationnelle (disponibilité physique et logistique).

### *La technologie*

Certaines études mettent en relation la technologie (l'équipement, le matériel, l'environnement physique et les programmes impliqués dans la transformation d'un objet) et la performance (Bettenhausen, 1991). Pour Crozier et Friedberg (1977), les technologies « s'imposent comme des contraintes objectives qui limitent le nombre et circonscrivent la nature des problèmes à résoudre dans des organisations » (p. 190). De même, elles impliquent des arrangements relationnels spécifiques. La technologie est la connaissance, les instruments et les techniques utilisés pour transformer les intrants (matière première humaine) en extrants organisationnels (Daft et Lengel, 1986). Plus le travail est difficilement analysable (variable), plus se présentent des difficultés à développer des procédures exactes. La nature de ces activités les relie à des mécanismes structurels qui font appel selon le cas soit à l'expérience et au jugement ou à des règles ou des routines.

En milieu hospitalier, ces technologies réfèrent donc aux technologies de soins tels les médicaments, les gavages, les traitements d'inhalothérapie, les actes de soins et les systèmes de gestion de l'information. La technologie peut être analysée autant comme un produit qu'un enjeu de rapport de pouvoir. Selon Lamothe (1999), l'acquisition d'un savoir spécialisé et le contrôle des technologies entraînent, dans les organisations hospitalières, des modifications dans les rapports de subordination. De ce fait, elle permet selon l'auteur de



renforcer le contrôle des professionnels sur leur pratique et d'atténuer la domination cognitive qui selon Abbott (1988) sont toutes deux requises au contrôle de la juridiction.

### *Le cadre normatif et régulateur externe*

Le système concret des organisations est constitué par le système de contraintes et d'incitations. Certaines entités existent au-delà des frontières de l'organisation et exercent des forces qui y agiraient comme des facteurs de contingence. Certaines d'entre elles semblent exercer une plus grande incidence sur les rapports de collaboration interprofessionnelle dans les établissements de santé. Daft et Lengel (1986) proposent de concevoir l'environnement comme une source d'information pour l'organisation. Ces informations sont requises aux organisations afin de réaliser une performance adéquate car une fois recueillies, elles sont traitées pour accomplir des tâches internes, pour coordonner les diverses activités. En fonction des forces auxquelles est confrontée l'organisation, celle-ci optera pour des mécanismes structurels différents (rencontre de groupe, intégrateur, le contact direct, la planification, les rapports spéciaux, les systèmes d'information formels et les règles ou régulations).

- ▶ ***L'environnement socio-politique*** exerce sur les organisations dans un contexte de santé publique une influence majeure puisque le cadre de leur fonctionnement est réglementé par des instances externes et leur mandat leur vient de l'État. Les politiques de soins émises visent donc à intervenir auprès des organisations de santé en leur précisant les ressources consacrées aux soins et la manière de les transformer en soins (Dussault, 1996).
  
- ▶ ***L'adoption de la loi 90*** qui modifie le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé constitue un exemple concret dans lequel intervient l'État afin de moderniser les domaines d'exercice dans un contexte d'assouplissement et d'allégement réglementaire

tout en visant à favoriser la collaboration interprofessionnelle et à préserver l'objectif de protection du public. Cette nouvelle régulation constitue une interférence dans la relation professionnel-client. Tel que souligné dans la typologie de Johnson (1972), il existe trois grands axes de contrôle qui exercent une influence sur cette relation : le professionnalisme, le choix du client et l'État.

- *L'affiliation universitaire* constitue une autre entité qui exerce une influence sur les organisations de santé. L'affiliation sous-tend une entente de réciprocité sous forme de contrat d'affiliation entre l'Université et certains établissements de santé. Ce contrat spécifie les obligations et les droits mutuels, les éléments essentiels qui doivent exister en regard de l'organisation de l'enseignement, de la recherche, des ressources et du financement, et des mécanismes de conciliation et du suivi du contrat d'affiliation. Elle implique, pour les organisations ciblées par le contrat, l'utilisation d'un langage commun, la mise en place d'éléments structurels spécifiques (tels des comités, des mécanismes de coordination et de suivi) et la disponibilité et l'utilisation des ressources du milieu.

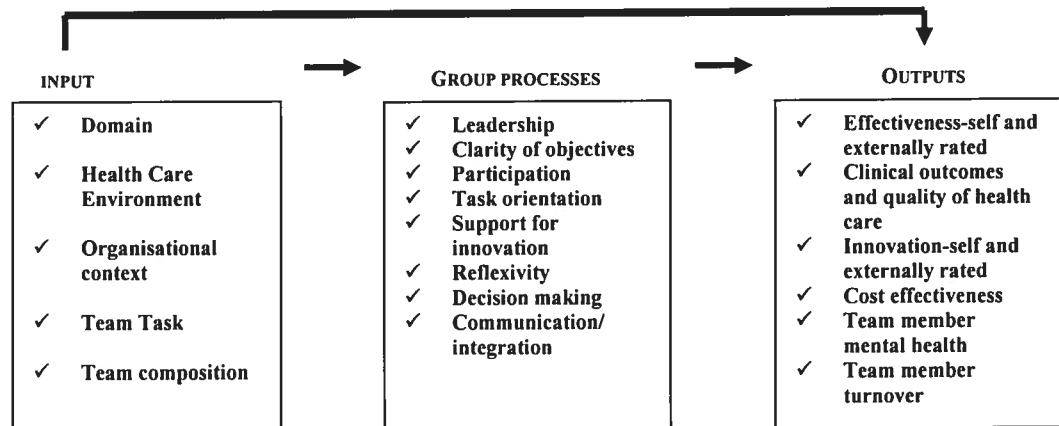
### ***PARTIE III : LES MODÈLES D'ANALYSE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE***

Quelques modèles théoriques existent en regard de la collaboration. Trois d'entre eux ont été retenus sur la base de critères portant 1) sur les données empiriques recueillies ou sur la stratégie de revue de littérature et 2) sur la présence d'une théorie explicite. Certains de ces modèles sont basés respectivement sur la théorie organisationnelle, soit ceux de West, Borrill et Unsworth (1998) et Sicotte, D'Amour et Moreault (2002), et sur la sociologie des organisations, (D'Amour, 1997; D'amour, Sicotte et Lévy, 1999; D'Amour et coll., 2003). Les variables, les relations et les concepts inhérents aux différents modèles y sont présentés et décrits brièvement.

Figure 1

*Input, process and output model of team effectiveness*

(West, Borril &amp; Unsworth, 1998)

*Input, process and output model of team effectiveness*

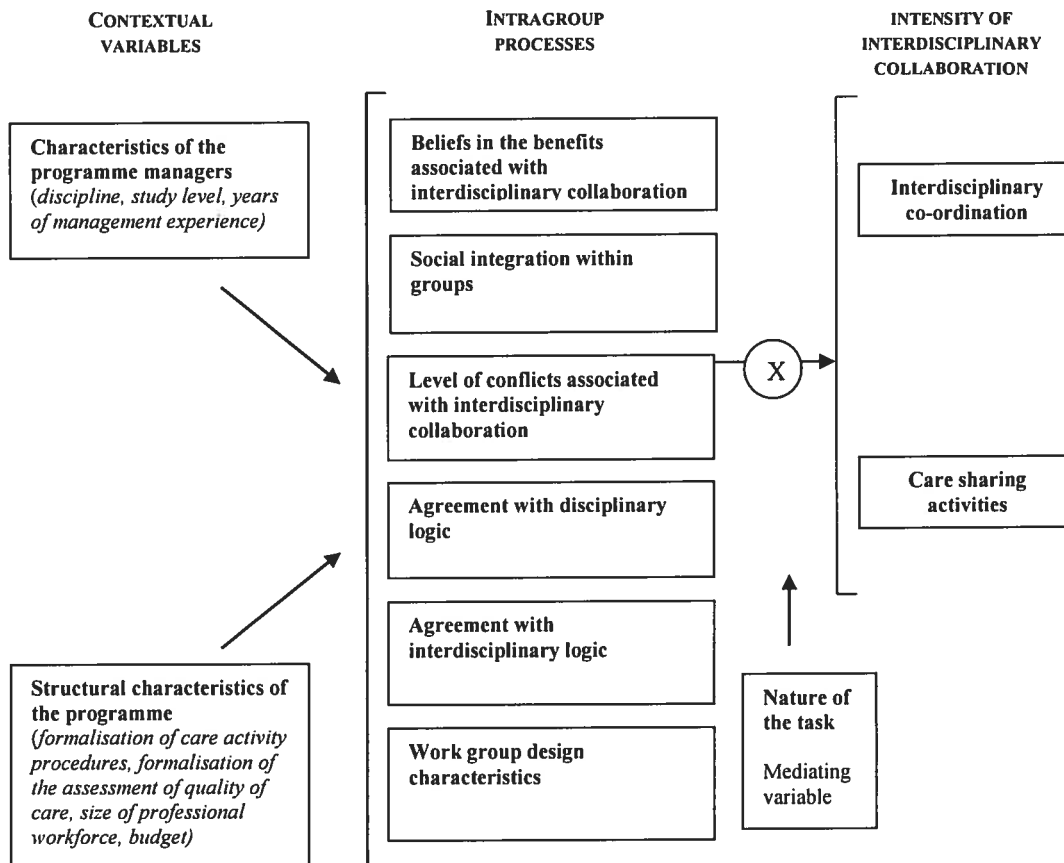
(West, Borril &amp; Unsworth, 1998)

West, Borril & Unsworth (1998), suite à leur recension de littérature sur l'efficacité des équipes, ont proposé un modèle (figure 1) qui prend en considération les intrants liés à la tâche, à la composition de l'équipe et au contexte culturel et organisationnel. Ce modèle inclut également des variables de processus liés à l'efficacité tels le leadership, la communication, la prise de décision. Dans ce modèle, les résultats sont énoncés en termes de performance, d'innovation, de bien-être et de viabilité de l'équipe. Ce modèle a été largement utilisé dans les organisations NHS afin d'identifier les conditions favorables au travail d'équipe et d'évaluer l'impact sur la qualité de soins de santé et des services sociaux. Il a été également utilisé pour évaluer l'efficacité de certaines équipes (*cancer teams*).

Figure 2

*Analytical framework of interdisciplinary collaboration*

(Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002)



*Analytical framework of interdisciplinary collaboration*

(Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002)

Sicotte et coll. (2002) proposent un modèle analytique de la collaboration interdisciplinaire (figure 2), soit le *Quebec CHCC collaborative model*. Ce *input-process-output model* identifie trois groupes de facteurs constitués de variables susceptibles d'avoir un impact sur les comportements de collaboration au sein des équipes de travail. Ces variables sont décrites respectivement comme les variables contextuelles (les caractéristiques des

gestionnaires de programmes et les caractéristiques structurelles du programme), les variables du processus intra-groupe (et une variable médiatrice, la nature de la tâche). Dans ce modèle, les résultats sont analysés en termes d'intensité de la collaboration interdisciplinaire qui est mesurée en utilisant deux perspectives, soit le degré de coordination interdisciplinaire et le degré de partage des activités de soins. Ce modèle a été utilisé dans une étude réalisée dans cent cinquante CLSC du Québec afin de mesurer l'intensité de la collaboration interprofessionnelle et d'identifier les facteurs professionnels et organisationnels qui favorisent ou limitent la collaboration interdisciplinaire.

*Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle*  
(D'Amour, 1997; D'amour, Sicotte et Lévy, 1999; D'Amour et coll., 2003)

D'amour (1997) propose un modèle d'analyse et de compréhension de la structuration d'une action collective, soit « le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle » dans le domaine de la santé. Le modèle fournit les bases pour l'analyse des dynamiques au sein des équipes de travail selon quatre dimensions (formalisation, délégation, finalisation et intériorisation) et un contexte pour étudier les processus par lesquels sont stabilisées et structurées les interactions des acteurs en situation d'interdépendance. Cet outil permet donc une meilleure compréhension et description des modes de fonctionnement de la collaboration dans son contexte original. Ce modèle a été utilisé dans les CLSC et dans le contexte interorganisationnel.

Compte tenu que le but de la recherche vise à mieux comprendre la façon dont les différents professionnels collaborent entre eux et à déterminer comment s'actualise cette collaboration auprès de la clientèle dans un contexte spécifique de soins, l'information retenue a donc porté essentiellement sur les écrits en regard de la structuration de la collaboration professionnelle.

#### ***PARTIE IV : LA SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES***

Les écrits ont été exposés dans les sections précédentes comme matériel d'information pour la réalisation de ce travail. Cette section vise plus spécifiquement à présenter une synthèse des connaissances sur laquelle s'est appuyée l'étude. En ce sens, les principaux éléments inhérents à la collaboration interprofessionnelle y sont décrits afin de favoriser la compréhension d'un système d'action concret.

#### **Les prémisses de la collaboration interprofessionnelle comme structuration d'une action collective**

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997; D'amour, Sicotte et Lévy, 1999; D'Amour et coll., 2003) fournit en ce sens des assises pour une analyse et une compréhension de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé. Il permet de regarder la collaboration interprofessionnelle comme la conception d'une action collective au sein d'une équipe interdisciplinaire. Cette équipe comme entité sociale de l'organisation est en permanente interaction avec le contexte organisationnel et l'environnement dans lequel elle évolue. La relative fluidité des frontières de l'équipe et de l'organisation nous confirme la présence d'un processus d'échange et d'influence réciproque nous indiquant que l'action se structure également au-delà du cadre institutionnel. Dans cette perspective, « l'extension et les limites du système d'action pertinent qui sous-tend une organisation, et conditionne en dernier ressort la capacité d'action de ses membres, ne sauraient être définies de façon *a priori* par les frontières officielles de celle-ci... » Crozier et Fiedberg (1977, p. 152-153). Certaines prémisses s'avèrent donc essentielles à la collaboration interprofessionnelle en tant que structuration d'une action collective. Elles impliquent que nous reconnaissons être en présence 1) d'acteurs stratégiques, 2) qui développent un ordre local à l'intérieur des contraintes de l'organisation et 3) qui utilisent leur pouvoir pour négocier et stabiliser leurs interactions (D'amour et coll., 1999, p. 77).

- ▶ « *La notion d'acteurs stratégiques* : ce sont des acteurs qui affichent des comportements stratégiques selon leurs propres intérêts et en vue de préserver une marge de manœuvre. Dans la démarche de l'approche organisationnelle, il y a donc l'hypothèse de comportements dictés par des intérêts, comportements qui deviennent un outil méthodologique pour lier les acteurs et leurs systèmes d'interactions.
  
- ▶ *La contingence des acteurs* : la notion de système d'action concret : il existe toujours un système local d'action, système qui comporte des contraintes. Les acteurs construisent les règles du jeu afin de médiatiser ces contraintes, de se préserver une certaine marge de manœuvre tout en répondant aux attentes des autres participants, et ce, afin de maintenir le système. Dans ce système, il est possible de repérer un minimum de régularité et d'ordre derrière un désordre apparent des stratégies des acteurs.
  
- ▶ *Le pouvoir comme capacité d'action* : Les deux notions précédentes sont articulées autour de la conceptualisation de l'interaction humaine en tant que relations de pouvoir, c'est-à-dire un échange non égal de ressources qui conduit à la négociation. Ainsi, le système d'action, perçu comme un ordre négocié, est le produit de relations de pouvoir par lesquelles des acteurs interdépendants ont stabilisé leurs interactions »  
D'amour et coll. (1999, p. 72-73).

### **Les quatre dimensions de la collaboration interprofessionnelle**

Ce modèle a été largement influencé par Friedberg (1997) qui considère tout aussi important l'organisation des activités humaines que les rapports que les individus entretiennent entre eux dans leur contexte social. Il propose quatre continuums pour l'analyse et la compréhension d'un système d'action concret. Ces continuums correspondent aux dimensions du modèle de D'Amour (1997) qui

les considère en interaction et s'influencent à des degrés différents selon le contexte. De ces quatre dimensions, l'une traite de l'univers formel et structuré de l'action (la formalisation) alors que les autres traitent du monde des rapports humains (la délégation, la finalisation et l'intériorisation).

### *La formalisation*

La dimension de la formalisation porte sur les règles de conduite plus ou moins explicites qui tentent de réguler et de stabiliser l'action collective par la mise en place d'une structure formelle (les structures, les ententes, les procédures et la description des tâches). Ces règles régissent la coordination de l'intervention clinique, les modalités d'interaction des professionnels et l'infrastructure d'information. La coordination de l'intervention clinique désigne et explicite les responsabilités du professionnel responsable de coordonner les autres professionnels impliqués auprès du client. Les modalités d'interaction pour leur part fixent les paramètres d'interactions entre les professionnels et l'infrastructure d'information réfère à la mise en place de mécanismes nécessaires à la collecte et l'échange d'information.

### *La délégation*

La dimension de la délégation spécifie dans quelle mesure les acteurs délèguent à des agents internes ou externes le soin de réguler leur collaboration. Friedberg (1997) soutient que pour reconnaître l'action collective, il doit y avoir une forme plus ou moins officielle de délégation des responsabilités de réguler cette action. L'auteur propose les caractères endogène et exogène de la délégation. Ces derniers réfèrent respectivement aux moyens internes utilisés pour gérer l'action collective et aux influences externes qui agissent sur l'action collective (ex : les ordres professionnels et les réglementations gouvernementales). D'Amour (1997) souligne que les acteurs sont influencés par cette délégation endogène et exogène mais surtout par les effets de la délégation qui correspondent 1) aux effets d'intégration qui font référence aux éléments rassembleurs, aux



points de convergence et à leur mise en œuvre (ex : outil de collecte de données, plan d'intervention individualisé) et 2) aux effets de différenciation qui ont trait aux éléments qui encouragent le caractère spécifique et distinct des professions, par exemple, les modèles conceptuels unidisciplinaires.

### *La finalisation*

La dimension finalisation fait référence au processus clinique puisqu'elle correspond au degré avec lequel les professionnels intègrent les résultats de la collaboration dans leurs interactions. Afin de permettre l'adhésion aux finalités du système d'action, trois variables doivent être considérées. Elles sont respectivement: 1) les conceptions de la collaboration : l'existence de représentations variées de la collaboration chez les partenaires qui amène des attentes différentes susceptibles de générer de l'incompréhension mutuelle ; 2) les intérêts multiples et divergents qui impliquent que même si les intérêts des professionnels sont en corrélation avec ceux des résidents, les professionnels possèdent également diverses allégeances qui sous-tendent que leur engagement peut être de différents ordres (programme, organisation, profession) ou soumis à des tensions divergentes; 3) la transaction des acteurs autour des buts et l'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle qui impliquent autant le processus d'échanges que la nature des négociations . L'analyse de ces transactions permet d'objectiver les enjeux de pouvoir reliés à l'accès à la clientèle et au territoire professionnel. Elle implique donc une logique marchande qui se base sur des considérations économiques et utilitaires (notion de modification des comportements en fonction des résultats

### *L'intériorisation*

La dimension d'intériorisation traite de la prise de conscience des acteurs de leur interdépendance mais également de l'importance de réguler cette interdépendance. Cette dimension traite des concepts reliés à la vie sociale et correspond au groupe comme système social. Il fait donc référence au climat et à

la cohésion à l'intérieur de l'équipe. Cette dimension regroupe les trois variables suivantes : 1) le processus d'interconnaissance qui regroupe les actions qui amènent les individus à se connaître comme personnes mais surtout comme professionnels. D'amour (1997) souligne qu'il est difficile de collaborer avec d'autres professionnels dont on connaît plus ou moins les orientations, la nature du travail ou même le vocabulaire; 2) l'établissement d'une relation de confiance. Les raisons pour établir une relation de confiance découlent a) des incertitudes inhérentes à la complexité des situations des clients, à la disponibilité de leur réseau social et à l'échange entre professionnels, b) du fait que les équipes interprofessionnelles sont des équipes plus ou moins autonomes qui doivent réguler elles-mêmes une partie de leur échanges et c) de la nature des échanges qui demandent un investissement affectif de la part de chaque professionnel. Le développement de la confiance en milieu organisationnel se fera à partir de trois attributs : celui qui s'apprête à accorder sa confiance évaluera a) la compétence de la personne à qui il va faire confiance, b) sa bonne volonté à participer à une relation et c) son honnêteté; 3) le partage des territoires professionnels est au centre de la collaboration interprofessionnelle car il structure l'action collective des professionnels. Il fait référence aux savoirs spécifiques de chaque professionnel. Cette cartographie permet de délimiter le territoire de chaque professionnel.

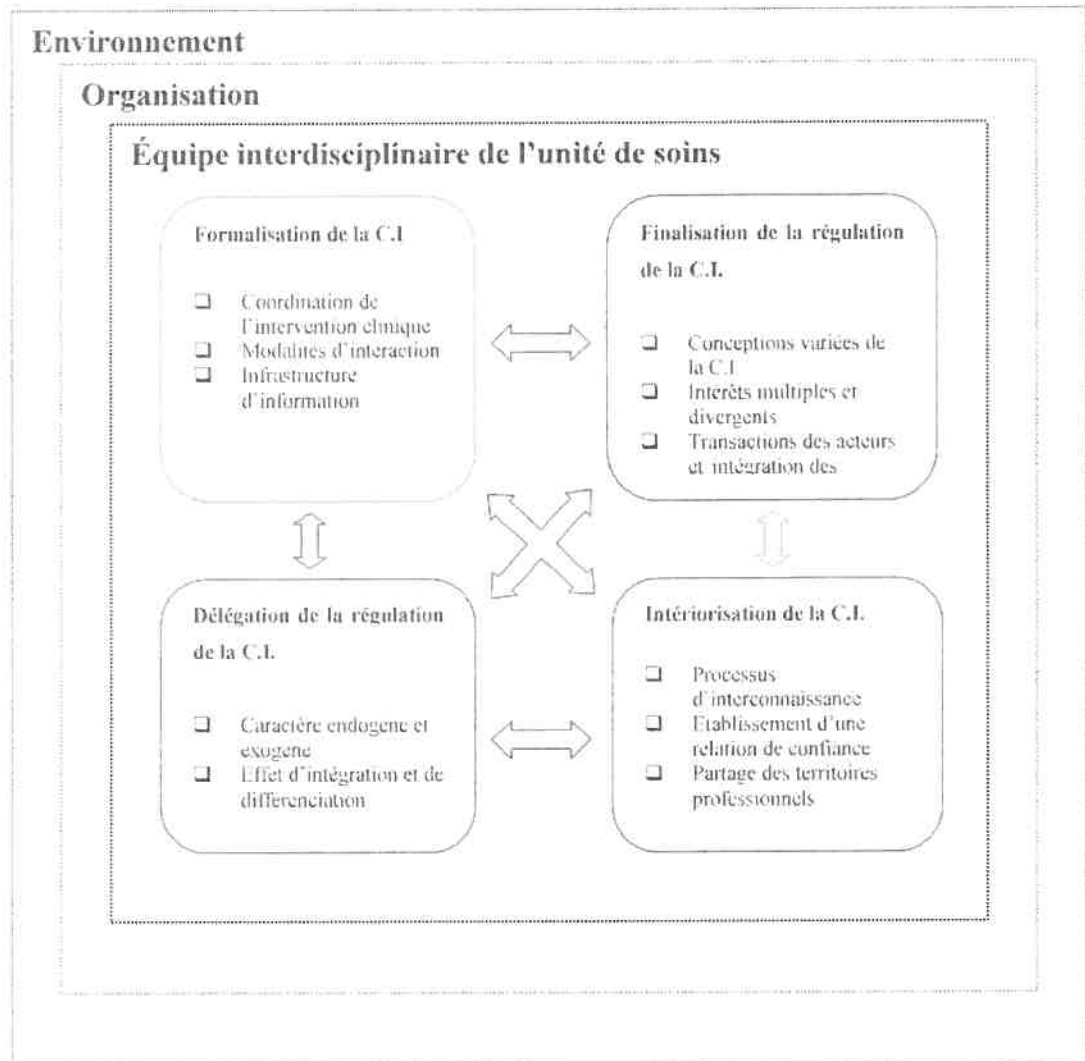
Dans le cadre de cette démarche, l'étude de la collaboration interprofessionnelle se situera à l'intérieur d'une équipe de soins dans un cadre organisationnel. Nous considérons, en accord avec Friedberg (1997) et D'Amour (1997), que cette dynamique de structuration de la collaboration interprofessionnelle comme action collective peut être soumise à la fois à l'effet de forces endogènes et exogènes. Les forces endogènes sont plus spécifiquement liées aux interactions entre les professionnels qui composent l'équipe. Pour leur part, les forces exogènes réfèrent aux forces présentes dans le contexte organisationnel et extra-organisationnel (l'environnement) susceptibles d'exercer une influence sur la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe.

En accord avec Valette (1999), « la collaboration interprofessionnelle peut se structurer de manière endogène mais on peut aussi l'orienter, l'inciter de manière exogène. C'est le rôle du gestionnaire » (p. 98). Selon Friedberg (1997), un processus participatif doit intégrer l'encadrement, c'est-à-dire y trouver les relais nécessaires pour prolonger et concrétiser l'impulsion initiale. Selon cette évidence, l'encadrement intermédiaire joue un rôle clef opérationnel puisqu'il constitue dans la pratique un partenaire indispensable pour l'animation, l'extension et la diffusion du processus de changement. Ce processus ne peut donc se soustraire au soutien des membres de l'encadrement. Dans cette étude, nous porterons une attention particulière au rôle des gestionnaires comme agents catalyseurs du développement de la collaboration interprofessionnelle.

D'Amour (1997) nous précise que les dynamiques interprofessionnelles s'influencent selon le contexte. Tout en s'inspirant du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, l'exercice visera à prendre davantage en compte l'organisation et l'environnement. Nous tenterons ainsi d'analyser et de préciser les éléments du contexte susceptibles de nous renseigner sur la mise en œuvre et le développement de la collaboration dans le but ultime d'en tirer des enseignements pour la gestion. Pour ce faire, l'étude se situera au sein d'une équipe de soins dans un cadre institutionnel dans le domaine des soins de longue durée gériatrique.

**Figure 3**

**Adapté du : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle et son contexte d'action  
D'Amour (1997) et D'Amour et coll. (1999)**



Afin de mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique, nous répondrons aux questions suivantes :

- Quels sont les déterminants susceptibles de favoriser l'émergence et le maintien d'une forme particulière de collaboration ?
- Quelle est la nature des retombées inhérentes à la collaboration interprofessionnelle? Quels sont les indicateurs de résultats utilisés par les professionnels ? (Implique les résultats perçus pour les résidents et pour leur pratique.)
- Quelles sont les différentes stratégies organisationnelles utilisées pour favoriser la mise en œuvre et le développement de la collaboration? Par stratégies, nous entendons tous les moyens utilisés pour favoriser la mise en œuvre et le développement de la collaboration.

## **CHAPITRE III : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE**

### **Approche générale de la recherche ou devis de l'étude**

Cette recherche qualitative à caractère exploratoire s'est appuyée sur une démarche inductive. Elle a été déterminée par l'état actuel des connaissances qui étaient circonscrites aux milieux de santé de première ligne ou au contexte interorganisationnel et par le besoin de poursuivre la compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle auprès d'une équipe reconnue pour avoir instauré une bonne collaboration en milieu institutionnel. Les bases philosophiques des méthodes qualitatives sont centrées sur l'importance de comprendre les significations des comportements humains et du contexte socio-culturel des interactions sociales (Patton, 1987). Dans la perspective de comprendre le processus de collaboration entre les différents professionnels qui exercent auprès des personnes âgées dans un contexte de soins de longue durée gériatrique et de présenter une description complète du phénomène à l'intérieur d'un contexte, nous avons opté pour l'étude de cas unique (Yin, 1993). Selon Patton (1987), « une étude de cas qualitative cherche à décrire l'unité en profondeur, en détail, dans son contexte de manière holistique » (p. 19). Yin (1993) précise que l'utilisation adéquate de la théorie aide à délimiter l'investigation dans un design plus efficace mais elle peut également s'avérer nécessaire pour la généralisation analytique des résultats subséquents.

La recherche a pris la forme d'une analyse de cas. L'étude de cas constituait un choix approprié puisque le phénomène de la collaboration interprofessionnelle comporte encore aujourd'hui certains aspects mal compris et

mal maîtrisés et des résultats plus ou moins tangibles. En effet, une bonne compréhension du phénomène doit s'assurer de rendre explicites les aspects les plus fondamentaux, qu'ils soient tangibles ou intangibles (Yin 1989), ou de révéler des aspects organisationnels significatifs (Weick, 1974; Van Maanen, 1979). Pour l'étude de cas, cela réfère à « *how or why a question is being asked about a contemporary set of events, over which the investigator has little or no control* » (Yin, 1989, p. 20).

#### *L'unité d'analyse*

Le choix de l'unité d'analyse a été un facteur déterminant. Il a permis de préciser et de circonscrire l'objet d'étude. Yin (1993) précise que l'unité d'analyse peut également être un événement ou une entité (p. 31). L'étude s'est réalisée sur un seul site, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, à l'intérieur duquel l'unité d'analyse retenue était représentée par l'équipe interdisciplinaire du service de soins de longue durée étudiée. « Typiquement l'unité d'analyse réfère à un système d'actions plutôt qu'un individu ou un groupe d'individus » Tellis (1997, p. 2). Comme le précise Stake (1994), la délimitation des frontières implique également de préciser ce qui est à l'extérieur du cas. L'étude s'est réalisée sur un seul site, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, à l'intérieur duquel l'unité d'analyse retenue était représentée par l'équipe interdisciplinaire du service de soins de longue durée étudiée. Dans cette étude, le cas a été délimité par l'ensemble des relations de collaboration au sein d'une équipe en soins de longue durée gériatrique.

#### *La définition opérationnelle du concept à l'étude*

Pour Gilles (1994), opérationnaliser un concept « implique de soumettre les concepts, par l'analyse, à un processus qui les transforme en dimensions, puis en indicateurs (ou variables) permettant de les observer, de les mesurer ou de les quantifier » (p. 24). La définition qui a été retenue pour la fin de cette étude s'appuie sur le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle

(D'amour, 1997) et sur la définition opérationnelle de la collaboration de Ferrada (2000).

Toute action engagée par l'équipe interprofessionnelle de partage d'information et de prise de décision commune lors des rencontres cliniques. Ces actions se structurent à partir d'une démarche systématique et influencent la dispensation des soins donnés aux personnes âgées et fragilisées dans un contexte de longue durée gériatrique.

### *Le choix du milieu de recherche*

Le choix pour l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a résulté de la présence d'aspects déterminants dans le milieu. Cette organisation présentait l'avantage de regrouper une grande diversité de professionnels à l'intérieur des différents programmes. L'autre aspect faisait référence aux recommandations de D'Amour (1997) qui suggérait de reprendre le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle auprès de groupes qui ont instauré une véritable collaboration afin de poursuivre la validation des dimensions du modèle et de le compléter. L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal constituait un milieu sensibilisé à la nécessité de travailler en collaboration. Son département de l'enseignement et de la diffusion de l'expertise assure la formation de l'interdisciplinarité auprès des différents professionnels de la santé depuis 1998. L'équipe qui faisait l'objet de l'étude devait donc être reconnue pour son fonctionnement optimal (être reconnue comme équipe qui fonctionne bien). Le choix de cette équipe a été déterminé avec les responsables de l'enseignement sur l'interdisciplinarité compte tenu qu'ils possédaient une vue d'ensemble des équipes interdisciplinaires au sein de l'organisation.

### *La sélection des participants*

Une rencontre avec le gestionnaire du service a permis d'identifier les professionnels réguliers de l'équipe interdisciplinaire. Ainsi, neuf intervenants ont été retenus à titre de membres réguliers de l'équipe, soit le chef d'unité, le médecin, deux infirmières, un pharmacien, un physiothérapeute, un ergothérapeute et un représentant des loisirs. Le lien avec les participants a été assuré par le



gestionnaire qui, dans un premier temps, est entré en communication avec les personnes identifiées pour s'assurer de leur intérêt à participer à l'étude. Par la suite, l'étudiante chercheuse a pris contact avec les membres de l'équipe et leur a transmis les informations relatives à l'étude afin de s'assurer d'un consentement éclairé. Tous ont transmis leur accord par consentement écrit avant le début de l'étape de collecte de données. Des différences dans la contribution des professionnels de l'équipe et celle des gestionnaires ont conduit à réalisation de deux consentements distincts (voir annexe B).

### **Le déroulement de l'étude**

Certaines étapes ont marqué le déroulement de l'étude. La première étape visait à obtenir l'autorisation du Comité d'éthique de la recherche de réaliser une collecte de données à partir de différentes sources d'information. L'étudiante chercheuse a donc déposé une lettre, accompagnée du projet de recherche, expliquant la nature du projet. L'étudiante chercheuse fut convoquée à rencontrer les membres du comité afin de clarifier certains aspects de la recherche et de répondre à quelques questions. Suite à l'autorisation du CÉR, l'étudiante chercheuse s'est assurée de l'accord de la direction des soins infirmiers et de la direction des services professionnels afin d'intervenir dans le cadre des activités cliniques se déroulant sur l'unité de soins et dans le cadre du travail des participants. Suite à leur accord, l'étudiante chercheuse a rencontré le chef d'unité pour convenir des modalités de prise de contact avec les différents professionnels et de transmission de l'information à toute l'équipe. Une lettre explicative a été transmise par le chef d'unité aux professionnels participants et ce dernier a obtenu l'accord des membres de l'équipe d'être contactés par l'étudiante chercheuse. Une rencontre avec chacun des participants a été réalisée afin d'expliquer le projet de recherche, de répondre aux questions. Les consentements furent signés sur place et la prise d'un rendez-vous fut réalisée à ce moment compte tenu de la période de prise de vacances annuelles. La collecte de données s'est effectuée de juillet à novembre 2004. Les entrevues se sont déroulées du mois de juillet au mois de

septembre pour les membres de l'équipe multidisciplinaire et de juillet à octobre pour les gestionnaires. Les observations des équipes interdisciplinaires se sont tenues du mois de septembre au mois de novembre 2004. La consultation du matériel documentaire s'est échelonnée du mois d'août au mois de novembre 2004.

### **La collecte de données**

Le plus important avantage présenté par l'utilisation de sources multiples de données est le développement de lignes convergentes d'informations (Yin, 1989). Le recours à la triangulation résulte d'un besoin éthique de confirmer la validité du processus (Tellis, 1997). La triangulation méthodologique est basée sur la prémisse que :

« no single method ever adequately solves the problem of rival causal factors... Because each method reveals different aspects of empirical reality, multiple methods of observations must be employed. This is termed triangulation. I now offer as final methodological rule the principle that multiple methods should be used in every investigation. »  
Denzin, (1978b, p. 28) dans Patton, (1990, p. 187).

« La triangulation des données permet d'apporter une certaine robustesse aux données, de confronter les données à partir de différentes méthodes » (D'Amour, 1997, p. 55). En utilisant la combinaison des observations, des entrevues et de l'analyse documentaire, l'étudiante chercheuse a été capable d'utiliser les différentes sources de données pour valider et corroborer les résultats. Dans la phase d'analyse, les données obtenues par ces différentes sources ont fourni plusieurs mesures d'un même phénomène et ont contribué à accroître la validité interne de l'étude.

### *Les entrevues*

Yin (1989) considère l'entrevue comme l'une des plus importantes sources d'information inhérente à l'étude de cas. Les entrevues permettent de présenter les dynamiques humaines avec des mots utilisés par les intervenants ciblés. L'objectif de l'entrevue est de permettre à l'étudiante chercheuse d'entrer dans la

perspective de l'autre personne. « L'entrevue qualitative s'appuie sur la présomption que la perspective des autres est significative, intelligible et capable d'être rendue explicite » (Patton, 1990, p. 278). Ce type d'entretien fournit un cadre de travail dans lequel exprimer leur propre compréhension (Patton, 1987).

Pour Crozier et Friedberg (1977), la technique des entretiens constitue le moyen à privilégier puisque c'est à travers les acteurs que le chercheur tente de connaître concrètement et pratiquement comment chacun s'y prend effectivement pour faire face à la situation et ses contraintes et comprendre quels objectifs il poursuit, quelles ressources il possède, de quelle marge de liberté il dispose, et de quelle façon, à quelles conditions et dans quelles limites il peut les utiliser. Selon les auteurs, ce n'est qu'en reconstruisant de l'intérieur la logique propre des situations telle qu'elle est perçue et vécue par les acteurs eux-mêmes qu'il pourra découvrir des données implicites par rapport auxquelles leurs conduites, apparemment irrationnelles, prennent sens et signification. Elle permettra de recueillir des informations sur la façon dont les individus perçoivent et vivent leur situation.

L'étudiante chercheuse a opté pour le cadre des entrevues semi-directives avec un guide d'entrevue puisqu'il assurait la couverture des principaux thèmes préalablement déterminés tout en respectant la séquence des thèmes amenée par les participants lors des discussions. Tout en gardant l'interaction centrée, il permet l'émergence des perspectives et des expériences individuelles (Patton, 1987, p. 111; D'Amour, 1997, p. 59). Le guide d'entrevue fut élaboré en s'inspirant du modèle de D'Amour (1997) et de ses guides d'entrevue. Il comportait également des questions relatives aux stratégies, aux mécanismes et aux perceptions en regard des résultats, et ce, pour les résidents et les professionnels (voir annexe C).

La liste des personnes ciblées par les entrevues comprenait les professionnels de l'équipe multidisciplinaire, le gestionnaire de l'unité et les autres gestionnaires ciblés dans l'organisation. En tout dix-sept personnes ont été sollicitées dans le cadre de ces entrevues, soit huit personnes à titre de

professionnels membres de l'équipe interdisciplinaire et neuf personnes à titre de personnel d'encadrement. Conformément à la notion de relais énoncée par Friedberg (1997), les gestionnaires ciblés étaient situés à différents paliers décisionnels représentant différentes positions stratégiques susceptibles de concrétiser ou prolonger l'impulsion initiale (voir organigramme annexe G). La stratégie qui a été utilisée s'inspirait de l'effet « boule de neige », soit jusqu'à saturation des données.

Au début de chaque entrevue, l'étudiante chercheuse a réitéré aux participants le caractère confidentiel du contenu des entretiens et la possibilité pour ceux-ci et l'étudiante chercheuse d'intervenir pour des besoins de clarification. Un questionnaire sur des données complémentaires a été administré à la fin de chaque entrevue. Sa complétion demandait à peine quelques minutes et a renseigné l'étudiante chercheuse sur la spécialisation, l'expérience et la formation spécifique en regard du travail avec les équipes professionnelles (voir annexe D). Dans 72,5 % des cas, les entrevues ont été réalisées dans un local à l'extérieur du milieu immédiat de travail. Uniquement les gestionnaires participants se sont prévalus de leur bureau pour la réalisation de l'entrevue. Le temps moyen d'entrevue pour l'ensemble des participants a été de quarante-six minutes. Dans le but d'assurer une plus grande intégralité au processus, les entrevues ont été enregistrées, retranscrites intégralement et le verbatim a été soumis à la lecture de tous les participants en vue de l'analyse ultérieure.

Dans le cadre de l'étude, les entrevues ont été réalisées en premier. Yin (1989) précise qu'elles peuvent révéler d'importants indices qui peuvent être reliés facilement aux autres sources d'évidence. Pour Patton (1990), « *observations provide a check on what is reported in interviews* » (p. 245). D'Amour (1997) arrive à un constat similaire en précisant que ses entrevues ont généré des questions qui faisaient appel à l'observation. Dans la présente étude, les entrevues ont permis d'identifier des éléments qui ont été soumis à l'observation.

*L'observation*

« L'observation présume que le phénomène d'intérêt n'est pas purement historique, mais que les comportements et les conditions environnementales sont aussi accessibles à l'observation » (Yin, 1989, p. 91). L'observation a permis de couvrir les événements en temps réel et dans leur contexte propre. Ces observations visaient à recueillir les différents éléments spécifiques du contexte, les manifestations comportementales des professionnels et, comme le précise Patton (1987), à valider certaines données obtenues par d'autres sources d'information dans le cadre des activités quotidiennes. Selon Lamothe (1996), l'observation directe permet au chercheur de s'imprégner de l'atmosphère de l'organisation et ainsi développer une sensibilité aux particularités du contexte (p. 50).

L'observation a couvert six rencontres cliniques. Ces rencontres ont permis de recueillir sept discussions cliniques réparties comme suit : quatre présentations de cas, une révision annuelle et deux suivis ciblant cinq résidents. Le nombre de rencontres visait à assurer une représentativité appropriée de la nature des discussions cliniques. Un guide d'observation permettant la couverture des variables des dimensions du modèle de D'Amour (1997) et D'Amour et coll. (2003) (voir annexe E) a servi de base au développement de deux différents types d'instrument de collecte d'informations lors de l'observation des discussions cliniques. Le premier type d'instrument « Modalités de présentation et horaire » a été réalisé sous trois formats et a été conçu à partir des modalités de présentation pour les divers types de discussions cliniques (voir annexe F). La conception de ce document est basée sur le guide de présentation des discussions cliniques recommandé pour le programme de soins de longue durée gériatrique. Un autre document « Tableau de compilation » a été réalisé afin de recueillir la nature des interactions (information, validation ou commentaire, question, explication ou réponse) et d'identifier l'implication des participants à l'intérieur de ces interactions (voir annexe F). Au début de chaque rencontre clinique, un schéma représentant l'aménagement physique et l'emplacement des intervenants lors des rencontres a été réalisé afin de vérifier certaines constances (voir annexe F).

*Le matériel documentaire*

Le matériel documentaire a fourni une perspective complémentaire. Il comprenait les documents cliniques, clinico-administratifs et administratifs. Au niveau clinique, il comprenait les cinq dossiers des résidents qui avaient fait l'objet de discussions cliniques et de différents documents cliniques. Les documents cliniques visaient à traduire la formalisation de la collaboration interprofessionnelle et la transmission de l'information entre les professionnels. Ce matériel était constitué des notes des professionnels, des collectes de données cliniques, mais surtout du plan d'intervention individualisé (PII) qui constituait un traceur important de la finalisation et de la formalisation de la collaboration. Les différents documents clinico-administratifs visaient à recueillir des informations des différents protocoles et procédures relatifs à l'encadrement clinique des discussions. Il comprenait également les différents outils ou instruments de communication utilisés par participant permettant l'échange d'information. Parmi ces documents, on retrouve le guide de travail en équipe interdisciplinaire pour le programme de soins de longue durée (révision 1998) et le programme de formation à l'interdisciplinarité (2004). Certains autres documents administratifs consultés concernaient le contrat d'affiliation universitaire, l'organigramme, les objectifs, la planification stratégique et le plan d'action, les énoncés de la mission, les guides d'entrevue et le guide d'accueil du nouvel employé. Selon Yin (1989) pour les études de cas, la plus importante utilité des documents est de corroborer et d'augmenter l'évidence des autres sources (p. 86).

*Le journal de bord et les notes de terrain*

Le journal de bord a donc servi à rédiger des notes sur le déroulement de la recherche et à y consigner les comportements, les réflexions et les questionnements de l'étudiante chercheuse. Le rôle de cet instrument visait à recueillir des commentaires et des impressions et à guider certaines réflexions.

## **L'analyse des données**

Selon Yin, (1989) « *data analysis consists of examining, categorizing, tabulating, or otherwise recombining the evidence, to address the initial propositions of study* » (p. 105). Selon Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991), trois étapes sous-tendaient la réalisation de l'analyse des données. Elles sont respectivement la condensation des données, l'organisation et la présentation des données

### *La condensation des données*

La condensation des données, proposée par Huberman A.B. et Miles M.B. (1991), consiste à repérer dans le discours des sujets les éléments les plus significatifs par rapport à chacune des dimensions et des sous-dimensions du modèle qui sert de guide pour la codification et la catégorisation des données (Patton 1987, p. 149). Une révision des données a été assurée par le repérage des thèmes émergents et les extraits se rapportant aux dimensions du modèle. La validation de la codification a été assurée par une personne possédant une expertise en regard du modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle.

### *L'organisation et la présentation des données*

Les informations ont été recueillies et examinées en fonction de questions spécifiques. Les données récoltées ont été structurées et résumées en conséquence, de manière à pouvoir dégager des réponses aux différentes questions de recherche.

### *L'interprétation des données*

L'interprétation des données implique de tirer des conclusions dûment motivées. Les résultats ont été placés dans le contexte général de l'étude et dans un cadre plus large (théories, résultats d'études). L'information a permis de reconstituer le modèle tout en permettant de valider ou d'interroger certains de ses aspects.

## Les critères de rigueur

### *La validité et la fiabilité de la recherche*

Dans cette optique, nous avons utilisé trois sources d'information. L'information émanant de ces sources a été comparée afin d'extraire des convergences. Plusieurs instruments de mesure ont été introduits dans cette recherche afin de compenser pour les limites de chacune. La triangulation a donc été au centre du processus de construction des connaissances. « La triangulation fournit un design dont la logique est d'accroître la force et la rigueur de l'évaluation en utilisant des méthodes qui révèlent différents aspects de la réalité empirique » Denzen (1978) dans Patton (1987, p. 61). L'utilisation de la stratégie du pattern matching de Yin (1993, p. 69) fait référence à l'utilisation d'un modèle qui permet de comparer les données empiriques avec les propositions théoriques. Dans cette étude, le modèle qui a été utilisé est celui de la structuration de la collaboration interprofessionnelle élaboré par Danielle D'Amour (1997). L'utilisation du journal de bord a permis à l'étudiante chercheuse d'indiquer les différentes étapes, les éléments principaux et les réflexions de façon à éviter les biais ou à noter toutes préconceptions pouvant interférer avec le processus de recherche.

### *Les limites*

Nous sommes consciente que la focalisation sur une seule organisation n'est en rien représentative des autres entités et qu'elle pourrait constituer à la rigueur un cas limite. Nous ne pouvons assurer que cette situation reflètera la situation de l'ensemble des CHSLD. Il s'agit ici davantage d'améliorer notre compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle et de proposer une lecture dans un contexte différent.



*Le Comité d'éthique de la recherche*

Le projet de recherche a été déposé au Comité d'éthique de la recherche dans le but d'obtenir l'accord de l'établissement pour réaliser une collecte de données à partir de différentes sources d'information (voir annexe A). Une copie du projet de recherche a été remise au comité scientifique qui a accepté le projet au niveau scientifique. En juin, une autorisation d'établissement fut alors émise par le Comité d'éthique de la recherche spécifiant qu'il jugeait la recherche acceptable au point de vue éthique (voir annexe A).

L'étudiante chercheuse a obtenu un consentement général de l'établissement d'utiliser le cadre des discussions cliniques et une partie du dossier pour l'étude en précisant que les résidents ne constituaient pas l'objet d'analyse. Dans le cadre de cette étude, l'analyse ne porterait pas sur les résidents mais sur le traitement des informations les concernant. Les données ainsi recueillies viseraient à établir le lien entre les éléments de la discussion et ceux inscrits aux dossiers. La confidentialité a été assurée par la mise en place de procédures concernant le traitement des bandes audio, la codification de l'information et le délai de conservation des données (voir annexe A).

## **CHAPITRE IV : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

### ***PARTIE I: LES DYNAMIQUES INTERPROFESSIONNELLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE***

La réunion d'équipe interdisciplinaire constitue le cadre formel des discussions cliniques. La rencontre hebdomadaire représente donc un des moyens utilisés par les professionnels pour favoriser leurs interactions. Le but de l'observation de l'équipe était de détecter la présence d'éléments témoignant de cette collaboration. Dans cette perspective, l'observation du cadre des discussions cliniques permettait tout comme les entretiens et la recherche documentaire d'approfondir notre compréhension sur la façon dont se structurait la collaboration entre les professionnels. Les résultats sont donc exposés de façon à dépeindre le plus fidèlement les dynamiques présentes à l'intérieur de cette équipe et à traduire tous les aspects inhérents de leur collaboration. Voici donc ce que révèlent les entrevues, l'observation et la recherche documentaire en regard de la collaboration dans cette équipe interdisciplinaire.

#### **Le fonctionnement type**

Les membres de l'équipe interdisciplinaire à l'étude se rencontrent toutes les semaines, à heure et jour fixes dans une salle à l'intérieur du département nommée « salle de réunion ». Cette salle nécessite d'être aménagée avant le début des rencontres puisque sa vocation en dehors des périodes de réunion est multiple (salle de séjour pour les résidents et de remisage de fauteuils roulants). À leur arrivée, les intervenants prennent place à la table, l'infirmière dépose le dossier sur la table près du médecin et la rencontre débute aussitôt. Les membres disposent

d'une heure pour l'ensemble des discussions et tous s'accordent sur l'importance de se donner les moyens pour respecter la durée fixée.

<b>Recherche documentaire</b>	<b>Entretiens</b>
« La gestion du temps demeure une contrainte importante pour chaque intervenant de l'équipe; son utilisation se doit donc d'être judicieuse. » Lebel et Massé-Thibodeau, ( p. 13).	<p>« C'est très très organisé, c'est pas « du bla-bla, on jase d'un patient , c'est très strict avec tout ce dont on doit parler, et puis le temps. » (Entretien #5).</p> <p>« Le climat, disons-le, ça roule, mais il faut que ça roule, il faut que ce soit dirigé. Moi j'ai un horaire très serré avec beaucoup de contraintes.. Ça c'est apprécié que ça soit rigoureux... » (Entretien #2).</p> <p>« Moi, quand on me parle de parler d'un problème, quand on va au fond du problème, on va au fond du problème, tu sais. Bon, si on prévoit, parce qu'on le sait, d'habitude on le sait selon les présentations qui sont là, selon le temps, on le sait que ça va être une grosse réunion. Je pense que ça, c'est à nous de prévoir, ça c'est dans notre planification, tu fais ta planification en conséquence. » (Entretien #8).</p>

### **Les responsabilités au sein de l'équipe**

Avant le début des discussions, le chef d'unité présente les résidents qui font l'objet de la discussion, désigne les intervenants responsables de la rédaction des plans d'intervention et s'assure de la prise en compte de l'information touchant les activités de l'équipe interdisciplinaire (communiqués, changement dans la planification des réunions). L'animation des discussions est assurée par le chef d'unité, et le médecin intervient ponctuellement au niveau de l'animation afin de solliciter la participation de certains professionnels. Pour les professionnels, l'attribution de certaines responsabilités aux membres de l'équipe constitue un moyen efficace de maintenir un encadrement structuré des discussions.

« Nous on a décidé d'avoir une personne qui animait, une personne qui s'assure qu'à un moment donné on ne parle pas de la même affaire, qu'on passe au travers de tout ce qu'on a à voir. » (Entretien #3).

« Chacun passe à travers ses points, un après l'autre, et puis une personne qui est désignée à chaque réunion pour prendre en note les plans de soins,

ce qu'on dit finalement, ça reste au dossier, chaque personne signe et puis après c'est terminé. » (Entretien #4).

« C'est la chef du département qui s'occupe qu'on ne déborde pas. C'est toujours la même personne qui dirige, c'est la chef du département, ça ne se pose pas comme problème, quand elle n'est pas là, c'est le médecin qui prend la relève. Donc, elle, c'est vraiment son rôle d'encadrer. » (Entretien #4).

### **L'assiduité des membres**

Chacun des membres de l'équipe reçoit à la fin de la période estivale la planification des réunions d'équipe interdisciplinaire pour l'année à venir. Ce « calendrier des équipes interdisciplinaires » expédié aux membres réguliers de l'équipe spécifie les dates de rencontres, les résidents qui font l'objet de discussion clinique et le type de discussion requis. La forte assistance à ces rencontres serait influencée par ce document, mais également par l'inscription formelle des rencontres sur l'horaire des départements et par la signature au plan d'intervention. Selon certains professionnels, ils représentent trois éléments de conformité qui exercent une pression sur les membres de l'équipe.

Observation	Recherche documentaire	Entretiens
<p>Une forte présence des intervenants aux rencontres interdisciplinaires est maintenue. Les membres de l'équipe sont au nombre de sept suite à l'absence prolongée de la nutrition clinique pour des motifs d'effectif.</p> <p>La présence est donc de (7-6-6-6-7) suite à l'absence motivée de deux membres de l'équipe.</p>	<p>Le calendrier des rencontres est envoyé à chacun des membres de l'équipe. La conception et la mise à jour de ce document sont assurées par l'infirmière-chef.</p> <p>La composition de l'équipe régulière est conforme au guide de travail (1998). Pour les membres occasionnels, leur présence à la réunion dépend du cas discuté et de leur disponibilité (p.10).</p>	<p>«... les gens qui sont à la réunion inter, ce sont les gens qui touchent au dossier du résident ou qui travaillent avec la famille ou qui font les liens... » (Entretien #8).</p> <p>« Je reçois ma liste de patients à chaque année, on a la liste des réunions, de qui on parle. ...C'est sûr que ça fait partie du travail, les réunions interdisciplinaires, c'est presque obligatoire d'y aller. Ici c'est très important, ça a une très grande importance et puis aussitôt que tu arrives, t'es glissé là-dedans. Tiens, ça, c'est la feuille des réunions et puis ça fait partie de ta job. ... le fait de s'asseoir, que tu fasses partie d'une équipe et quand tu n'es pas là, ton nom ta case est vide, ça, c'est vraiment particulier, je trouve. Et, sur l'horaire des XXX, chaque XXX s'occupe de certaines unités et supposons qu'à cette unité, la réunion est toujours le mercredi, mais sur l'horaire qui est XXX, le mercredi à telle heure s'est écrit « réunion de tel département, ton nom. » (Entretien #5).</p>

### L'importance de l'université

À ces rencontres, assistent des stagiaires de cinq disciplines professionnelles différentes, lesquels sont jumelés aux membres de l'équipe et intégrés au cadre formel des discussions. Sur une base ponctuelle, des consultants se joignent à l'équipe pour des problématiques spécifiques et des invités observateurs assistent à une rencontre parmi celles observées. La pratique de l'interdisciplinarité est influencée par des forces de l'environnement dont celle

exercée par l'université. En effet, pour les membres de l'équipe, l'accueil des stagiaires représente une des exigences liées à l'affiliation universitaire. L'influence de l'université se fait également sentir dans leur pratique par le maintien de standards de qualité élevés (modèle de rôle et de pratique) et par une plus grande sollicitation à différents niveaux (conférences, projets de recherche et enseignement). Ces différents aspects confirment l'importante régulation qu'exerce l'université sur la pratique des professionnels.

Observation	Entretiens
Stagiaires ou invités lors des 6 rencontres cliniques :  Gestionnaires ext.(3) 1/6 Médecin 1/6 Infirmière 1/6 Infirmière-auxiliaire 1/6 Ergo 5/6 Psycho éducation 2/6 Pharmacie 2/6	« Bien moi je pense que le lien avec l'université influence, entre autres. Je te dirais autant les infirmières que les médecins, que d'autres professionnels, beaucoup de gens ont des liens avec l'université, le fait aussi qu'on soit un milieu d'enseignement où chacun des corps professionnels y a des liens avec les universités, les cégeps, etc. Je pense que ça a un double sens, c'est qu'on apporte des choses à ces gens-là, mais l'inverse est aussi vrai. XXX a quand même une notoriété aussi extérieure, alors on est reconnu par le collège des médecins, on est reconnu par les fédérations, les universités et puis on a beaucoup d'observateurs qui viennent de l'extérieur dans tous les domaines. » (Entretien #1).
Présence d'invités-observateurs du réseau de la santé : 1/6	« Probablement, on est une place centrale et grande et on a des attentes plus élevées dans un milieu qui est un milieu de recherche universitaire. Dans les demandes de recherche, d'enseignement, on est appelé à faire de la recherche, de l'enseignement à l'université. On nous demande de faire des conférences. Ce n'est pas que toutes ces choses-là on déteste faire ça, je trouve que c'est un milieu exigeant, je trouve que ce centre ici est un milieu exigeant. » (Entretien #2).  « XXX, c'est comme vu par beaucoup d'autres organisations comme la place où il y a de l'interdisciplinarité, c'est bien vu comme endroit. En venant ici, je me disais aussi bien là, « Oup » que je sois à la hauteur et je m'attendais à travailler en interdisciplinarité et où ça, j'ai l'impression aussi que cela a une influence sur le fait de travailler en inter ou pas ou de collaborer ou pas. Quand on parle d'environnement, c'est comme une condition de l'environnement qui est là. Non, ici c'est en collaboration. Tu te places dans l'état d'esprit aussi que tu vas travailler en collaboration. Ça, je trouve que ça a une influence positive, en même temps c'est un peu exigeant. » (Entretien #3).

### Les compétences cognitives

Lors des discussions, le chef d'unité transmet des indications aux membres de l'équipe concernant la nature des interactions. Dans certaines circonstances, la conversation entre deux professionnels a été différée à l'extérieur du cadre formel de la rencontre. Selon le chef d'unité, le contenu n'était pas d'intérêt général. Certaines précisions sur les termes utilisés sont également apportées aux membres de l'équipe et aux stagiaires par le chef d'unité et le médecin. Selon certains professionnels, ce type de conduite permet un apprentissage collectif puisqu'elle favorise une compréhension adéquate du vocabulaire utilisé et qu'elle assure la cohérence des interventions.

<i>Recherche documentaire</i>	<i>Entretiens</i>
« L'absence d'un vocabulaire commun et de structures dans le fonctionnement constitue des obstacles à la coopération. » Lebel et Massé-Thibodeau (p. 14).	«... il y a quelqu'un qui dirige, pour pas qu'on s'évade des sujets, ce qui arrive à l'occasion, qui concernent juste un ou deux personnes, ou qui seraient redondants. » (Entretien #2).  Il se peut c'est sûr que dans certains cas ce n'est pas nécessaire que la chef d'unité intervienne parce qu'on peut très bien collaborer entre intervenants, mais dans d'autres cas, j'ai trouvé que la chef d'unité s'impliquait au bon moment, dans les bonnes circonstances. » (Entretien #3).  « Puis là on m'a rappelé les règles de base, quand ça concerne seulement deux intervenants, moi et XXX, quoique je ne considérais pas que ça concernait juste moi et XXX, bien ça se fait en privé, ça ne se fait pas là. Donc, il faut vraiment peser nos mots quand on intervient dans les réunions multi. Il faut intervenir à temps, je me suis déjà fait dire : « Ça, c'est trop compliqué, t'en parleras avec XXX plus tard ». Tu sais, il faut toujours faire attention. » (Entretien #5).

Le partage exclusif d'information entre seulement deux intervenants dans le contexte des rencontres hebdomadaires fait donc l'objet d'une interdiction explicite. Toutefois, le traitement de cette information est assuré sous une autre forme à l'extérieur du cadre formel des rencontres.

« Comme ça, ce qu'on fait moi et XXX, c'est à l'extérieur de ça, c'est probablement suite aux réunions, parce qu'on se disait justement qu'on n'avait pas nécessairement toute la place pour parler ! Et bien, on s'est dit : « On va s'en faire une réunion ensemble sur XXX », ça a découlé de ça, en dehors des grandes réunions. C'est toujours dans le but que le patient ait la meilleure thérapie possible. » (Entretien #5).

### **L'instrument de transfert de l'information**

Le chef d'unité anime toutes les discussions en se basant sur un guide de présentation. Il énonce de ce fait tous les aspects du plan de présentation pour lesquels le partage d'information est essentiel. Tous les aspects abordés par le « guide de discussion » identifient également les intervenants susceptibles d'intervenir dans la rubrique, tout en laissant aux intervenants qui auraient de l'information pertinente la possibilité de le faire. Ce plan de présentation proposé dans le cadre de la formation sur l'interdisciplinarité est construit de façon à recueillir les données sur les profils psychosocial, médical et fonctionnel. Un outil commun existe en regard de l'échange d'information. Il existe trois différentes versions de ce guide, lesquelles correspondent à des étapes différentes de planification de l'intervention : nouvelle admission, révision annuelle ou suivi. De façon quasi-systématique, les membres de l'équipe interviennent lorsque leur contribution est requise sans qu'ils n'aient été incités à le faire. L'utilisation de cet instrument, son appropriation par les membres de l'équipe et la vision positive qu'ils en ont attestent de leur adhésion à cette règle de conduite.

« Moi, quelque chose que je trouve extrêmement utile, c'est le plan de la rencontre inter. Moi j'aime beaucoup ça, tout est pensé, on ne s'en va pas à gauche à droite; c'est sûr que ça dépend aussi de l'animation, mais sur les deux unités où je suis le plan est suivi. Donc, on fait le tour, on a vraiment un portrait global quand on finit. » (Entretien #1).

«... on décrit vraiment le résident, dans toutes les sphères, selon un ordre pré-établi qu'un suit pas mal... » (Entretien #2).

« La structure est faite en sorte pour passer à travers l'ensemble des besoins, les attentes particulières du client et de la famille, son adaptation, ses réactions à l'hébergement. » (Entretien #3).

« Par contre, on essaie de bien suivre nos plans pour s'assurer qu'on a le temps de faire le tour de la question qui va regarder le résident. » (Entretien #4).



### **Le leadership des membres de l'équipe et leur implication comme experts**

La participation des professionnels est généralement contingente de ce guide (contribution pré-identifiée) et de l'information dont disposent les membres de l'équipe. La majorité des interventions ont été réalisées respectivement par le chef d'unité, l'infirmière et le médecin. L'importante contribution de l'infirmière au niveau de la discussion clinique met en évidence le rôle pivot qu'elle détient en regard de l'information. Elle est concernée par tous les aspects du plan de présentation, ce qui atteste de la spécificité de son expertise, celui de généraliste. Le cadre des discussions met cependant en évidence la faible implication comme expert du représentant de la pharmacie lors des discussions cliniques et ce, malgré le type de problématiques présentées par les résidents et la nature de leur profil médicamenteux.

<b>Analyse documentaire</b>	<b>Entretiens</b>
<p>« Les soins infirmiers sont le pivot de l'équipe interdisciplinaire. Par leur contact quotidien, direct et continu avec le bénéficiaire ou avec sa famille, les équipes soignantes sont à même d'identifier rapidement les besoins, sinon les problèmes qui peuvent surgir tout au cours du séjour. La relation établie devient particulièrement significative lorsque la clientèle présente des limites sérieuses à l'expression de ses besoins ou de ses difficultés. Le temps de présence accordé par les soignants est par conséquent très important. » (Guide de travail en équipe interdisciplinaire pour le programme de longue durée, p. 8.)</p>	<p>« Je n'ai vu personne qui représentait le client. La façon dont ça fonctionne ici, les demandes, les besoins, tout ça se gère directement avec les clients ou avec les familles alors qu'à l'autre endroit où j'étais, c'était seulement l'infirmière qui avait les contacts avec la famille. C'était toujours l'infirmière qui faisait les demandes aux professionnels, alors que là, ça vient de partout. On gère dans le fond autant les interrelations avec le client et la famille directement. » (Entretien # 3)</p> <p>« Le pivot de l'équipe, c'est plus l'infirmière soignante. Parce qu'elle, elle voit tout passer avec le patient. Moi, personnellement, je trouve que des fois l'infirmière ne joue pas son rôle. » (Entretien # 1)</p> <p>« Oui parce que c'est toujours l'infirmière qui a un contact un petit peu plus je dirais privilégié avec la famille parce qu'on est sur l'unité et puis ils viennent à n'importe quelle heure, on est là. Par contre, une demande plus particulière... » (Entretien #8)</p> <p>« Il n'y a pas plus d'importance, chacun a sa place, tout le monde sait la place qu'il a à prendre, il n'y a pas de compétition, il n'y a pas de guerre territoriale par rapport au patient... On a toutes des points à parler, chaque point est attiré à une personne, ce qui est problématique; si tu n'as pas de section, tu ne parles pas. Une section pour tout » (Entretien #5)</p>

### **La complémentarité de l'expertise au sein de l'équipe**

L'évaluation du résident par différents professionnels représente un élément central et valorisé au sein de l'équipe. Pour les membres de l'équipe, certains éléments complémentaires inhérents à la discipline professionnelle contribuent à la diversité des points de vue et permet de convenir des interventions les plus appropriées pour le résident.

« C'est ça des fois en étant tout seul comme intervenant, on ne note plus les valeurs de notre profession qui nous influencent, notre personnalité, mais le fait d'avoir plusieurs personnes autour qui nous ramènent à dire : « Regarde, on n'a pas nécessairement la même perception ». Il y a des éléments supplémentaires qui font voir plus large, différent. C'est avantageux pour une ouverture d'esprit et au bout du compte, c'est le client qui a les résultats qui sont supposés être plus en rapport avec ses besoins à lui. » (Entretien #3).

« Il n'y a pas plus d'importance, chacun a sa place, tout le monde sait la place qu'il a à prendre, il n'y a pas de compétition, il n'y a pas de guerre territoriale par rapport au patient... » (Entretien #5).

« ...c'est que chacun dans son domaine a une expertise qui peut être complémentaire à celle de l'autre. Si on met toutes nos expertises en commun, on a des chances de répondre plus adéquatement aux besoins des résidents, ...ce n'est plus des questions de chasse gardée par rapport à une discipline ou à une autre, surtout lorsqu'on parle des volets qui pourraient être un chevauchement de deux disciplines. C'est sûr qu'il y a des personnes qui ont une expertise quand même pour évaluer une situation. Mais ils ne se sentent plus menacés non plus à présent. Ça ne se vit plus de la même manière, c'est vraiment plus une complémentarité. » (Entretien #7).

« Chacun de par sa formation personnelle, professionnelle amène en regard d'une évaluation clinique d'un résident, son expertise... finalement, puis dans le but d'avoir une globalité et un plan d'intervention et des choses qui sont adéquates pour le résident, qui correspondent vraiment à ce qu'on peut lui offrir de mieux. » (Entretien #8).

### **L'importance de l'oral pour la prise de décision et pour la coordination des activités**

À ces rencontres, la plus importante partie des discussions cliniques concerne la collecte d'information provenant des différents professionnels. La collecte consiste à transmettre l'information relative à l'évaluation mais également

à valider leurs perceptions, à soumettre leurs commentaires et à questionner les collègues sur leurs observations. Le partage est facilité par la préparation des professionnels lors de ces rencontres. En regard des présentations de cas et de la révision annuelle, la proportion de temps allouée à l'échange d'information est de 79,07 %, ce qui alloue peu de temps soit 20,93 % du temps pour la planification de l'intervention et la répartition des responsabilités.<sup>1</sup>

« C'est plus dans le fond des cueillettes d'information que des fois des décisions concertées, on les recherche, mais c'est pas toujours vraiment idéal, d'avoir plus de temps pour faire le tour d'un sujet. » (Entretien #3).

« Tout le monde est bien préparé habituellement parce qu'on sait déjà de qui on parle. Pour moi, la réunion d'équipe est quand même importante parce ça me met à jour sur le patient. On voit tous les volets du patient, je prends des notes, et puis je sais où il est rendu. On les voit une fois par année. Je ne suis pas les patients à tous les jours comme d'autres professionnels qui regardent dans le dossier voir ce qui s'est passé comme l'infirmière. Je ne suis pas sur l'étage tout le temps pour voir ce qui se passe et tout ça. Ça me permet de me mettre à jour sur les patients. » (Entretien #5).

La partie de la discussion qui suit la collecte d'information se réalise rapidement et fait l'objet d'un minimum d'échanges. Elle concerne la prise de décision en regard de la planification de l'intervention et consiste à identifier les objectifs poursuivis, les interventions et les responsabilités. La faible participation des professionnels à cette étape requiert une intervention plus marquée du chef d'unité dans la formulation des objectifs et des interventions. Les responsabilités d'interventions, lorsque spécifiées verbalement, sont généralement attribuées à une discipline particulière.

«... on se dit qui fait quoi, ... je pose la question qui fait quoi ou l'infirmière-chef va le faire, puis là on décide. » (Entretien #1).

« Je sens que c'est ça, c'est vraiment plus quelle intervention qui est plus spécifique à telle profession. Il y a des deux côtés, oui il y a de la

---

<sup>1</sup> Ces données ont été obtenues en calculant la moyenne de temps requis pour l'échange d'information (les données relatives au profil psychosocial, médical et fonctionnel) et la planification de l'intervention (formulation des objectifs, interventions et responsabilités) sur le temps total de la discussion. L'information d'intérêt général ou inhérente au fonctionnement de l'équipe a été soustraite du calcul de la moyenne.

collaboration, mais en même temps les rôles sont tellement si bien déterminés que c'est pas si dur que ça d'ajuster une boucle de ceinture, mais c'est sûr que la responsabilité revient à, mais c'est supposé être partagé. Ce n'est pas toujours évident. » (Entretien #3).

« ...habituellement, selon les compétences qu'on a, mais ça peut arriver que quelqu'un suggère quelque chose puis : « il me semble que toi tu serais bonne pour faire ça », puis habituellement on accepte parce que dans le fond c'est pour le patient. » (Entretien #4).

« Puis il y a une section qui va faire l'intervention, c'est vraiment en fonction de qui a détecté le problème. » (Entretien #5).

« ...tu vas faire appel à l'expert qui va vraiment aller solutionner le problème jusqu'en profondeur. T'as ce qu'il faut, puis t'es responsable de ton geste. » (Entretien #7).

Le plan d'intervention interdisciplinaire constitue le traceur formel des résultats des discussions cliniques et des orientations poursuivies pour le résident. Une analyse des plans d'intervention a donc été réalisée à partir des critères élaborés par Lebel et Massé-Thibodeau (2004) pour juger de la qualité d'un plan d'intervention individuel (PII). Elle a permis d'observer qu'un PII est complété pour tous les résidents (sauf pour un seul suivi). Les PII sont signés par tous les intervenants présents et versés au dossier après chaque discussion. De façon générale, l'analyse des PII met en évidence une synthèse complète et synthétisée de l'information pour la prise de décision. Cependant, certaines informations ne sont pas notées dans trois des cinq plans d'intervention : problématique familiale (1), chute et risque de chute (2), capacité de faire un choix (3).

L'objectif général témoigne de l'orientation globale sauf dans un cas où il n'est pas inscrit. Certains des problèmes soulevés en regard du maintien des capacités (marche, continence, chute) n'ont pas été formulés en termes d'objectifs spécifiques dans trois discussions de cas sur cinq. Les objectifs spécifiques inscrits au plan d'intervention indiquent une difficulté à formuler les comportements de manière observable (dans deux cas sur quatre inscrits). La distribution des tâches entre les intervenants y est absente ou incomplète sauf dans un plan d'intervention.

Lors des réunions de type « suivi », certains éléments discutés lors de la présentation de cas, même s'ils n'étaient pas inscrits au PII, ont fait l'objet d'interventions par les professionnels. Selon certains d'entre eux, une partie de l'information échappe à la formalisation, et la cohabitation d'une structure formelle et informelle permettrait à l'information d'être récupérée. L'importante utilisation des processus de communication informelle par les professionnels suggère le recours à l'ajustement mutuel comme un moyen principal de coordonner leur travail.

« Sur l'unité, on n'a pas le temps, mais on se permet d'aller, de poser des questions en dehors de ce qui est demandé pour aller faire le tour. Je sens qu'on a peu de temps ou que je vais interrompre une activité en cours. Ça c'est un peu plus dérangeant là. Je pense que ça prend les deux. Les gens sont bien réceptifs à se faire accrocher dans les corridors. » (Entretien #3).

« On fait des notes, ça arrive qu'on se laisse des notes dans le dossier du patient, des notes de professionnels qu'on peut ajouter, on a un espace. Alors ça peut arriver que si on n'a pas le temps de se parler, on va se faire un suivi par des notes, mais habituellement j'aime mieux quand je parle à la personne, je trouve que c'est plus facile à comprendre, bien cerner le problème. » (Entretien #4).

« Sinon c'est un appel que je reçois, je rappelle quand j'ai la réponse. » (Entretien #5).

« On y va plus du côté verbal. » (Entretien #6).

« C'est plus informel... » (Entretien #7).

« C'est beaucoup plus verbal, on parle. Bon, il y a toujours les notes au dossier, pour nous, mais ce ne sont pas tous les secteurs qui font des notes au dossier. C'est là où il y a une perte d'information, c'est peut-être pour ça qu'on est porté à le faire verbalement, c'est dommage. ... il y a la feuille interdisciplinaire qui est dans le dossier qui est accessible pour tout le monde, où les gens devraient écrire. » (Entretien #8).

### **L'intégration et la participation du résident et de sa famille dans les processus cliniques**

Le résident demeure absent du cadre des discussions cliniques et ce phénomène n'est pas de nature accidentelle. Cette décision résulte d'une consultation réalisée auprès des familles. Lors de cette consultation, les familles ont identifié certains éléments essentiels pour lesquels un suivi devait être assuré. Ils concernaient la prise en considération des attentes et le désir de demeurer informés sur le plan d'intervention et sur les changements concernant la condition générale du résident.

« C'est qu'on avait la question « Est-ce que les familles doivent être présentes aux réunions et tout ça ? », puis les familles nous ont dit : « Vous avez un langage qui est codé, qui est rapide, c'est pas nécessairement qu'on assiste aux réunions qu'on veut. Ce qu'on veut, c'est qu'on nous dise avant ce qu'on attend, qu'est-ce qu'on vit, qu'on vienne nous voir, nous parler, puis quand vous avez fait un plan ou que vous avez décidé quelque chose de nouveau ou vous avez fait des changements par rapport à notre membre de famille, tenez-nous au courant, c'est quelqu'un qui nous en parle. » (Entretien #14).

Les attentes des résidents et de leur famille sont généralement transmises à l'équipe par l'infirmière. Le médecin, quant à lui, transmet les attentes du résident ou de sa famille en regard du niveau d'intervention médical et du type de contact à assurer avec la famille. Cependant, dans cinq discussions présentées (présentation de cas et révision annuelle), seuls trois plans énoncent les attentes de la famille.

« La structure est faite en sorte pour passer à travers l'ensemble des besoins, les attentes particulières du client et de la famille, son adaptation, ses réactions à l'hébergement. » (Entretien #3).

« Ce sont les infirmières qui font une grille, qui appellent la famille ou la responsable, qui remplissent une grille et puis on va avec les informations que eux nous ont données, mais pas de représentant officiel si on veut... » (Entretien #4).

« En général, dans la réunion, c'est rarement à venir, mais généralement ça fait partie du plan, c'est une chose qu'on doit mettre dedans, c'est quoi le niveau d'intervention. » (Entretien #5).

La transmission du PII au résident et à sa famille ne fait pas l'objet d'une responsabilité identifiée lors de la discussion. Les inscriptions au dossier ou au PII (trois fois sur sept, et ce, en incluant les suivis) témoignent uniquement de deux notes sommaires au dossier précisant un contact avec le résident et sa famille et d'une autre note au dossier indiquant la transmission de l'information au Curateur public du Québec. Les entretiens ont d'ailleurs démontré l'existence de doutes chez les professionnels concernant la rigueur du suivi du plan d'intervention au résident et à sa famille, mais tous s'entendent sur le fait que cette responsabilité soit détenue par le médecin ou les soins infirmiers compte tenu de leur type de contact avec la clientèle.

Recherche documentaire	Entretiens
<p>« La présentation du plan d'intervention interdisciplinaire au bénéficiaire ou à son représentant est une responsabilité du médecin. Celle-ci peut être déléguée à un membre de l'équipe interdisciplinaire, soit à la personne la mieux qualifiée pour soumettre ce plan selon la problématique identifiée. » (Guide de travail en équipe interdisciplinaire pour le programme de longue durée, p.23.)</p>	<p>« Mais quand on fait la réunion annuelle, on établit les objectifs, supposément qu'après il y a quelqu'un qui doit contacter la famille et faire part de ça, mais moi ce que j'observe, c'est que les gens sont très débordés et ça se fait plus ou moins. » (Entretien #1).</p> <p>« Des fois ça va l'être mais je sais pas s'il existe en général des procédures dans le fond pour transmettre le plan d'intervention parce que ça concerne directement le client. Moi ça me donne l'impression que oui mais c'est pas clair pour moi. Je n'ai pas lu toutes les procédures, mais ça me donne l'impression que oui c'est fait. Est-ce que c'est l'infirmière, le médecin? Jusqu'à maintenant, je n'ai pas été impliqué directement. » (Entretien #3).</p> <p>« Je pense qu'il y a un suivi qui se fait, souvent je pense que c'est plus le médecin qui va le faire ou l'infirmière de l'unité parce qu'il le voit fréquemment. ...nos suivis se font plus par les soins infirmiers. » (Entretien #4).</p>

### Le point de convergence des professionnels

Après chacune des discussions, les intervenants présents signent leur nom au plan d'intervention et le plan est versé au dossier. Les discussions cliniques tout comme le dossier et le plan d'intervention constituent des moyens formels utilisés par les professionnels pour favoriser leur collaboration et à ce titre les discussions cliniques représentent pour certains professionnels le point de

convergence formel pour convenir des interventions à réaliser pour le résident. La discussion permet de faire le point, de formaliser les interventions (PII) en les rendant plus explicites pour la pratique des professionnels.

« Des fois, j'ai des choses à demander aussi. Ce n'est pas toujours évident de se rejoindre. Moi j'aime bien avoir le moment de réunion parce que oui on prend le temps de faire le tour, c'est sûr que c'est un petit peu plus encadré. » (Entretien #3).

« Pour moi, la réunion d'équipe est quand même importante parce ça me met à jour sur le patient. On voit tous les volets du patient, je prends des notes, et puis je sais où il est rendu. On les voit une fois par année. Je ne suis pas les patients à tous les jours comme d'autres professionnels qui regardent dans le dossier voir ce qui s'est passé comme l'infirmière. Je ne suis pas sur l'étage tout le temps pour voir ce qui se passe et tout ça. Ça me permet de me mettre à jour sur les patients. » (Entretien #5).

### **La communication**

Les discussions dans le cadre formel des rencontres prennent place dans une ambiance cordiale qui fait systématiquement l'objet d'anecdotes ou de rires. Les membres conservent leur spontanéité même en présence d'un observateur dans le cadre de l'étude, d'observateurs extérieurs et de stagiaires. Le climat détendu des rencontres se manifeste par certains gestes (taquineries entre collègues, distribution de friandises par le chef d'unité). Certains des comportements observés, lorsque les membres s'expriment (regards et sourires simultanés), attestent d'une très grande présence à l'interlocuteur. Les différentes opinions sont prises en compte et font l'objet d'échanges sans qu'aucune tension ne soit notée. Selon certains professionnels, le climat au sein de l'équipe témoigne d'écoute, de respect et d'égalité entre les membres.

« Le premier élément... c'est le respect entre les individus parce que les gens sont à l'écoute l'un de l'autre et à l'écoute aussi des compétences de chacun. J'essaie de créer un climat où ça va être facile de m'aborder et puis que l'on discute des choses... C'est un climat chaleureux, un climat plus d'égalité entre les gens. » (Entretien #1).

« En général ça va bien, je pense que les gens écoutent les autres, il y a un bon respect... » (Entretien #2).

« Il y a des échanges qui sont le fun, ça va arriver qu'on va faire une blague à l'autre. Les gens réagissent bien, je n'ai jamais vu les gens partir fâchés ou quoi que ce soit. » (Entretien #4).



## ***PARTIE II: L'APPORT DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AUX PROCESSUS CLINIQUES***

Cette section traite de l'apport de la collaboration interprofessionnelle, plus particulièrement en termes de perception des bénéfices qui y sont associés. Pour D'Amour (1997), la phase de prise en compte des résultats est nécessaire pour maintenir les motivations et l'engagement à poursuivre la collaboration. Selon l'auteur, cette collaboration se doit de se transformer en bien collectif. Dans leur étude, Sicotte et coll. (2002) constatent l'importance de la perception des bénéfices associés dans la détermination d'une opinion positive de la collaboration interprofessionnelle. Selon Crozier et Friedberg (1977), la nature de l'enjeu et la connaissance des avantages et des gains constituent des leviers importants à la mobilisation des ressources et à la prise de risques par les acteurs. Nous avons donc tenté de répertorier les résultats perçus de la collaboration interprofessionnelle pour la clientèle et pour la pratique des professionnels.

### **L'action concertée des professionnels**

Les membres de l'équipe attribuent deux principaux bénéfices de l'action concertée des professionnels au sein de l'équipe. Pour le bénéficiaire de l'intervention, la cohérence de l'intervention assurera un meilleur service qui se traduira par une plus grande mobilisation des professionnels et par l'individualisation des soins à la clientèle.

#### *La mobilisation immédiate des professionnels*

*La mobilisation immédiate des professionnels* se manifeste par l'empressement avec lequel les ressources sont coordonnées afin de répondre aux besoins de la clientèle. Elle serait induite, selon certains professionnels, par une plus grande imputabilité résultant à la fois d'une meilleure connaissance des besoins de la clientèle et de l'association à l'intervention.

« Les délais...sont toujours très courts. Il n'y a jamais rien qui traîne. Ça m'impressionne toujours de voir qu'aussitôt qu'il y a un problème, il y a tout de suite quelque chose qui se mobilise pour le régler. » (Entretien #1).

« Les délais, dans les délais aussi, quand tu fais une demande de positionnement, un changement de diète, les délais accordés aux demandes, tu vois le sérieux qui est mis là... » (Entretien #8).

« ...aussi des demandes des fois simples, qui ont l'air bien banales, mais parce que j'ai eu des informations, « oups » je peux avoir plus tendance à aller voir valider si c'est correct si je fais cette intervention-là, quelque chose de délicat là fait que oui ça l'influence l'intervention... » (Entretien #3).

« En attirant quelqu'un, il se sent responsable un peu de le faire parce qu'il sait qu'un mois après ça va lui revenir la question. Ça permet de responsabiliser les gens, puis ça, je pense que ça fait avancer les choses plus vite que de lancer les objectifs en l'air et puis dire : « Il faudrait faire attention à ça » et puis il n'y a jamais rien qui se fait, tu reviens l'année après puis c'est pas encore fait. Ça je pense que c'est une bonne méthode de faire des suivis un mois plus tard et puis d'écrire dans le plan qui fait quoi. Ça peut être plusieurs, des fois. » (Entretien #5).

### *L'individualisation des soins et des services*

*L'individualisation des soins et des services* est obtenue par le partage de l'information entre les différents professionnels. Ce partage d'information permet d'obtenir une perception plus globale du résident et d'ajuster les interventions aux besoins spécifiques de la clientèle. La collaboration interprofessionnelle permet ainsi de pallier les limites d'une vision uni-professionnelle et d'assurer une individualisation des soins et des services.

«Ça amène une meilleure réponse à ses besoins, une meilleure compréhension de qui il est, où il est. » (Entretien #1).

« C'est ça des fois en étant tout seul comme intervenant, on note plus les valeurs de notre profession qui nous influencent, notre personnalité... Il y a des éléments supplémentaires qui font voir plus large, différent. C'est avantageux pour une ouverture d'esprit des intervenants au bout du compte, c'est le client qui a les résultats qui sont supposés d'être un plus en rapport avec ses besoins à lui. » (Entretien #3).

«... tu ne peux pas avoir un professionnel qui est capable d'avoir la vue d'ensemble, tout seul. C'est important d'avoir la vue d'ensemble parce

qu'un problème va influencer l'autre puis la solution va être différente en fonction... Tu vas voir une évolution puis un niveau peut-être pas juste de satisfaction, mais d'efficacité qui est plus grand. Je regarde les projets qui se font dans ces secteurs-là, on est plus près du client, on a une meilleure réponse. C'est plus collé à leur réalité. » (Entretien #11).

«...le fait de travailler en équipe comme ça où chacun apporte sa vision, ses compétences, on répond à bien plus du besoin du résident, ses besoins spirituels, ses besoins psychologiques, ses besoins sociaux, ses besoins physiques... » (Entretien #19).

### **Un espace de discussion**

La collaboration interprofessionnelle assure aux professionnels un espace de discussion qui permet une meilleure utilisation des contributions professionnelles et l'assistance requise de la part des collègues. Selon certains membres de l'équipe, la collaboration interprofessionnelle contribuerait positivement au climat de travail et à l'expression de comportements coopératifs au sein de l'équipe.

#### *Des contributions professionnelles accrues*

Selon certains professionnels, la reconnaissance des compétences et de l'utilité du travail des divers professionnels au sein de l'équipe facilite le travail des membres. Elle favorise un climat d'échange et permet une utilisation optimale des contributions pour le service à la clientèle.

« Il me semble qu'on avance moins alors que quand on vient et on sait qu'on a de la collaboration, qu'on est capable de faire nos évaluations, que les gens respectent les recommandations qu'on a faites, on a l'impression que notre travail est plus justifié, plus méritoire. Ça fait une grande différence sur le sentiment de l'importance qu'on a, du rôle à jouer au sein de l'équipe. Quand on n'a pas de collaboration, c'est là qu'on se sent de trop et puis qu'on se dit : « Qu'est-ce que j'ai à faire ici ? » (Entretien #2).

« Tout est plus facile. Ça devient facile de parler aux autres et de poser des questions et tout le monde est à l'aise de poser des questions à l'autre. Ça facilite beaucoup ma pratique. ... quand on est plus à l'aise et que les contacts sont plus facile... on fait nos interventions plus facilement, et puis eux autres les acceptent plus facilement. Et l'intervention qui en découle est toujours pour le patient. » (Entretien #5).

« On est beaucoup plus présent à quelqu'un dans un climat de collaboration, dans un climat où la communication est quand même agréable que si on a des tensions ou si on est en train de guetter ce que l'autre est en train de lui dire. Quand moi je vois des gens qui travaillent ensemble et puis qui ont du plaisir à travailler ensemble puis qu'il y a comme une chimie, moi ça m'influence à aller travailler, ça m'influence au niveau du stress, il y a moins de stress parce que je trouve ça agréable. Et quand on travaille dans un climat agréable, moi je suis convaincue qu'on est plus efficace, parce que le stress, l'anxiété demandent beaucoup d'énergie. Et dans un climat où il n'y a pas de collaboration, à chaque fois que tu remets en question une petite chose, demande des discussions. Et c'est là où je parle d'efficacité. Le temps qu'on prend à discuter pour juste s'ajuster entre nous, on ne donne pas des services. » (Entretien #14).

### *Le soutien social*

La collaboration interprofessionnelle est perçue par certains professionnels comme une mesure de *soutien social cognitif et affectif*. En effet, la complexité des problèmes présentés par la clientèle et la rapidité avec laquelle les actions doivent être prises obligent les professionnels à une vigilance clinique accrue. Selon Forbes et Fitzsimons (1993), la cohésion à l'intérieur d'une équipe s'exprime par des manifestations de soutien et de loyauté entre les membres.

### *Le soutien cognitif*

Le soutien cognitif est lié à l'appartenance à des réseaux sociaux qui permet l'acquisition d'informations nécessaires à la tâche (Bourbonnais, Lee-Gosselin et Pérusse, 1985). Les professionnels reconnaissent donc à la collaboration interprofessionnelle la capacité d'assurer la mise à jour des connaissances et de contribuer à l'élargissement des compétences.

- *L'assurance clinique* s'actualise auprès des membres de l'équipe par une prise de décision avisée. Elle permet de minimiser les risques associés aux interventions en s'assurant de la prise en compte d'éléments d'information essentiels. La collaboration interprofessionnelle fournit ainsi l'opportunité de considérer différentes perspectives provenant de différentes sources d'information.

« Donc, c'est sûr que pour connaître les clients, connaître leur histoire, connaître un petit peu comment ils réagissent à leur hébergement, vers quoi les objectifs vont, donc c'est sûr que comme intervenante je vais pouvoir tenir compte de ça, donc je profite de cet avantage-là pour mes interventions. » (Entretien #3).

« L'assurance, j'ai une certaine assurance parce que je me suis dit je sais que je fais les choses bien parce que je sais où aller chercher les réponses. Ça me donne une assurance dans ma pratique, et puis j'ai une certaine fierté de donner une belle qualité de soins parce que c'est documenté ce que je fais. » (Entretien #6).

- *L'élargissement des compétences et la mise à jour des connaissances* constituent deux retombées importantes de la collaboration pour les professionnels de l'équipe. Elles s'expriment en termes de nouvel apprentissage associé ou non au champ de formation disciplinaire des professionnels. Elles permettent de bonifier le travail des intervenants par l'acquisition de nouvelles connaissances. La collaboration interprofessionnelle présente l'avantage de fournir un contexte qui assure une formation continue au sein de l'équipe.

« ...ça donne beaucoup de jus, c'est plus riche, le fait de collaborer, ça enrichit. » (Entretien #3).

« ... je connais plein de choses, que je n'aurais probablement jamais apprises en suivant ma formation. Au niveau aussi par exemple, bon le travail avec la réadaptation, comment manipuler un fauteuil, comment bien asseoir une personne, comment mesurer la capacité d'une personne. C'est des choses que je n'aurais pas connues et que maintenant je connais bien et c'est grâce à la collaboration des gens qui sont autour de moi, que je sais ces choses-là. Au niveau des soins infirmiers la même chose, les noms des médicaments, les effets, pourquoi c'est important d'avoir telle chose ou pas, les positionnements, l'importance du positionnement. Moi, ce sont des choses qui ne sont pas reliées particulièrement à mon domaine... » (Entretien #4).

« Pour moi la réunion d'équipe est quand même importante parce ça me met à jour sur le patient. On voit tous les volets du patient, je prends des notes, et puis je sais où il est rendu. Je ne suis pas sur l'étage tout le temps pour voir ça qu'est-ce qui se passe et tout ça. Ça me permet de me mettre à jour sur les patients. » (Entretien #5).

« ...je trouve que ça garde tout le mode à date puis c'est un effet stimulant parce que tu ne te sens comme pas toute seule, puis l'évaluation qui est au bout est faite par les différents experts, puis t'arrives avec un résultat. Ça, c'est ma perception. » (Entretien #8).

### *Le soutien affectif*

Le soutien affectif est associé à la possibilité de partager le fardeau entre les membres de l'équipe. Il assure aux professionnels le soutien nécessaire afin de poursuivre leur travail malgré des résultats souvent décevants et inégaux. Les caractéristiques de la clientèle sont susceptibles d'exercer sur les professionnels des demandes importantes avec des résultats qui ne témoignent pas toujours des interventions réalisées. Selon Saint-Arnaud et Vézina (1993), « la confrontation avec la souffrance humaine et la proximité de la mort constituent en effet une source de contraintes émotives ou psychiques importantes. Selon les auteurs, la présence de soutien affectif se traduit par « la perception qu'a l'individu de la possibilité de partager ses sentiments, émotions, craintes et attentes » (p. 80).

« Je pense que cette atmosphère-là de travail, il faut absolument l'entretenir, la garder, ce sont des petites douceurs qu'on va se donner dans la journée, c'est pouvoir rire aussi durant la journée qui va aider. Ce sont ces choses-là qui font qu'on est capable de continuer. » (Entretien #1).

« Tu partages, je dirais, le fardeau avec d'autres professionnels..., je pense que c'est plus facile et puis je pense que ça nous permet de conserver notre énergie puis de continuer... » (Entretien #18).

### ***PARTIE III: LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION INTEPROFESSIONNELLE***

Cette section vise à identifier les moyens utilisés par l'organisation et ses gestionnaires afin de favoriser le développement et le maintien de la collaboration entre les professionnels. Nous explorerons les diverses façons dont l'organisation a choisi de conditionner l'orientation et le contenu des stratégies afin de réintroduire un peu de prévisibilité dans le comportement de chacun. La vision respective des membres de l'équipe interdisciplinaire et des gestionnaires est

énoncée afin d'y distinguer toutes les stratégies existantes et utilisées par les acteurs dans le développement de leur collaboration. Afin de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit la mise en place des stratégies, nous tentons de mettre en perspective la culture organisationnelle dans laquelle se situe l'équipe interdisciplinaire à l'étude.

### **La culture du milieu**

Pour plusieurs professionnels, certaines croyances et normes sont intégrées à la pratique sous forme d'un ensemble de valeurs profondément ancrées. La culture détermine les éléments par lesquels il est possible de concevoir l'organisation. Le travail interdisciplinaire, le désir d'excellence et le sens de la camaraderie constituent les principales valeurs partagées par les membres à l'intérieur de l'organisation. Pour Mintzberg (1990), l'idéologie réfère à un type spécial de culture, soit un système riche développé et profondément enraciné de valeurs et de croyances qui caractérisent une organisation particulière de toutes les autres.

« C'est sûr que cette mise en valeur du travail interdisciplinaire, c'est assez particulier. C'est vraiment essentiel, comme je te disais, ce n'est pas partout comme ça là. Ce n'est pas moi qui ai foncé, qui ai fait ma place, heureusement elle était déjà faite. » (Entretien #5).

« Moi j'ai toujours senti chez tout le monde à qui j'ai parlé à date, sauf exception, un désir d'excellence, un désir de t'aider, de te rendre service, moi j'ai toujours senti ça... » (Entretien #1).

« Un coup que la roue tourne, tu ne peux pas, tu ne peux plus l'empêcher de tourner, au niveau de la qualité tu ne peux plus l'empêcher après, parce que ça va être dénoncé, c'est pas acceptable, c'est pas vivable tu sais. Pour moi ça serait dénoncé parce que ce n'est pas dans nos standards et puis non je regrette et c'est inacceptable, ça irait jusque-là. » (Entretien #7).

Mais quels sont les éléments de la culture de cette organisation auxquels font référence les acteurs de l'organisation ? Selon Mintzberg (1990), l'idéologie organisationnelle se développe à travers le temps et se renforce à travers les

mythes, les précédents, les habitudes et l'histoire qui forment une base commune de traditions partagées par l'ensemble des membres d'une organisation.

Pour certains professionnels, l'histoire de l'établissement recèle des éléments déterminants de cette culture car avant même d'être désigné « Institut », il a abrité trois missions. Elles sont respectivement un institut pour les aveugles en 1930, un hôpital pour les vétérans en 1946 et un centre hospitalier en 1978. C'est à cette date que le gouvernement du Québec se porte acquéreur de l'immeuble afin d'accueillir une clientèle gériatrique et que le centre hospitalier voit le jour avec une double mission, soit les soins gériatriques de courte et de longue durée. Parallèlement, l'entente contractée permet au personnel de conserver son lien d'emploi. Ce phénomène contribue au maintien d'une importante solidarité humaine et professionnelle.

« Puis je pense dans l'établissement, à cause de l'histoire même de l'établissement, au-delà même de la formation, je reviens un peu vers l'arrière, mais au-delà même de la formation interdisciplinarité et tout ça, moi depuis vingt-huit ans, là bientôt vingt-neuf, c'est à cause de l'histoire de l'hôpital, de la culture. C'est à cause de l'histoire de l'hôpital, de la culture, tu sais la culture c'est quelque chose qui reste. Je pense que ça a poursuivi ce qui existait déjà à l'époque... le sens de la camaraderie, et je pense que ça existe encore même si certaines petites choses ont changé... Les gens, fondamentalement entre eux, gardent un peu de cet esprit-là. » (Entretien #16).

« Moi je pense que oui, depuis très très très longtemps. Moi quand je suis arrivée ici, je suis venue en 1981 comme XXX, j'avais choisi un stage de gériatrie et c'est ce stage-là qui m'a fait d'ailleurs décider de venir travailler auprès des personnes âgées. J'étais à l'hôpital de jour à ce moment-là que XXX venait d'ouvrir et c'est la première fois que j'ai vu de l'interdisciplinarité en action... » (Entretien #19).

« Donc, ça fait des années que c'est implanté dans l'Institut, c'est une recherche constante d'améliorer l'intervention. Donc on a donné des cours, formé les gens, on a bâti un cours, on diffuse notre savoir à d'autres établissements. Je pense qu'on est très avancé par rapport à d'autres et les gens ici qui sont ici depuis longtemps, ils pensent que c'est comme ça partout dans le réseau, ils ont des grandes attentes pour l'Institut en croyant qu'ils ne sont pas rendus loin, mais c'est quand ils quittent ici, puis qu'ils vont voir ailleurs qu'ils s'aperçoivent qu'ailleurs, ce n'est pas implanté. Beaucoup d'établissements ne savent pas qu'est que c'est l'interdisciplinarité et ils n'ont pas le nombre de professionnels pour le faire non plus. » (Entretien #17).



Pour certains professionnels, la confirmation de leur statut de membre de l'équipe interdisciplinaire remonte à quelques années seulement. L'indice le plus tangible s'est manifesté par leur intégration aux activités de célébrations touchant la vie de l'unité.

« Ça s'est développé au fil des années, c'est le sentiment d'appartenance et de penser aussi que le personnel de l'unité XXX c'est pas juste les intervenants soignants qui sont à l'unité. C'est tous ceux qui viennent répondre aux besoins des résidents. Oui oui oui oui, la plupart du temps puis dans les petits repas, les petites douceurs, les petites douceurs offertes sont aussi intégrées à ces partys là, je pense deux fois par année. Un souper BBQ offert au personnel, aux membres de l'équipe inter. Un petit goûter fromage et porto dans le temps de Noël. Tout le monde fait partie de l'équipe, tout le monde est important. L'interdisciplinarité, pour moi c'est la grande famille élargie du département, il n'y a pas juste les soignants à l'unité du XXX. C'est pour ça qu'ils sont invités dans nos partys d'ailleurs. Dépouillement d'arbre de Noël des résidents, l'équipe interdisciplinaire a toujours été invitée à ces moments, pas toujours, c'est depuis cinq six ans, quand il y a des événements importants à l'unité, l'équipe interdisciplinaire est invitée. » (Entretien #7).

### **La protection et le renforcement de la culture**

L'organisation assure une perméabilité avec les segments de son environnement qui possèdent les ressources essentielles à son fonctionnement; toutefois, ces ressources représentent selon Crozier Friedberg (1977) une source de perturbation potentielle en raison de la contrainte qu'elles sont susceptibles d'exercer sur le fonctionnement interne de l'organisation. Compte tenu que la valeur du travail interdisciplinaire existe depuis longtemps et qu'elle n'a cessé de se développer au cours des années, nous examinerons les différentes stratégies utilisées pour protéger et renforcer cette valeur du travail interdisciplinaire.

### **Critères d'admissibilité : la protection contre les perturbations de l'environnement**

L'organisation assure une protection contre certaines perturbations pouvant exister dans ses environnements pertinents en s'assurant de la présence d'un ensemble de compétences professionnelles lors de l'embauche. Certaines habiletés spécifiques au travail d'équipe sont également considérées essentielles afin d'assurer la présence d'un profil compatible. Des efforts ont donc été réalisés dès la sélection des intervenants afin d'éviter que toute l'énergie soit mise ultérieurement sur le règlement de différends. L'organisation s'assure de ne pas subir de fluctuations en mettant en place certains critères spécifiques de compétence qui guident l'admissibilité de sa main-d'œuvre.

« Quand je suis venue passer l'entrevue, on m'a dit : « Ici, c'est très important le travail en groupe, interdisciplinaire, tous les professionnels sont mis en commun pour bien travailler, tu vas voir, les médecins sont plus ouverts ». C'est comme ça qu'on nous aborde quand on vient faire l'entrevue pour travailler. Je ne me suis même pas posé la question, je savais que ça allait être comme ça parce que c'est ce qu'on m'avait dit dans l'entrevue. » (Entretien #5).

« Il faut trouver des gens qui ont les habiletés si on veut travailler en équipe. Sinon ça ne marchera pas, on va régler des problèmes tout le temps, puis ça ne marchera pas. » (Entretien #17).

### **L'exigence des compétences humaines et cognitives**

Une fois le professionnel intégré au contexte organisationnel, l'organisation assure une standardisation par l'acquisition de qualifications spécifiques. En effet, la formation constitue une approche qui peut être substituée à la formalisation pour orienter le comportement. L'organisation compte, pour réaliser sa mission, sur la formation adéquate des ressources humaines en fonction des besoins de la clientèle gériatrique. La formation offerte vise à mieux transiger avec les besoins de la clientèle et permet certains ajustements reliés au contexte de pratique organisationnelle.

« Je pense que la formation en interdisciplinarité est utile aussi parce qu'après on s'enligne là-dessus... » (Entretien #1).

«... c'est quand en 1997-2000, dans la planification stratégique, on a choisi que l'interdisciplinarité et la collaboration étaient une des dix grandes priorités. C'est qu'à ce moment-là, on a aussi choisi d'investir comme organisation dans ce volet-là et ça a demandé d'abord d'en faire comme un projet organisationnel, ça a demandé de nommer des personnes responsables, ça a demandé de mettre du temps, il y a eu des rencontres préparatoires... » (Entretien #14).

« Et je dirais que le premier pas qui a été fait au niveau de l'organisation, c'est quand XXX a développé le cours « Dynamique de la famille » qui a permis de comprendre ce que vivaient les familles, c'était quoi leurs attentes, comment on pouvait aller chercher leurs attentes et la place que la famille peut prendre et le besoin des familles par rapport aux résidents. » (Entretien #14).

« Au niveau du conseil multidisciplinaire..., on a fait des sondages sur des besoins de formation et on a organisé des rencontres interprofessionnelles, justement pour aller un pas de l'avant sur ce partage de connaissances-là... » (Entretien #11).

### Les normes de pratique

L'établissement affiche, par sa philosophie et ses normes de pratique, les pratiques désirables qui visent à assurer la régularisation du comportement. Une de ces normes vise l'engagement de tout son personnel à répondre aux attentes de la clientèle. Afin de faire face à l'incertitude, l'établissement a recours aux équipes interdisciplinaires et à la notion d'esprit d'équipe comme processus d'ajustements mutuels autant au niveau des processus cliniques que de la gestion de l'établissement.

Recherche documentaire	Entretiens
<p>La philosophie de soins qui prévaut à l'Institut privilégie la qualité du contact humain, facteur essentiel au bien-être des personnes âgées. L'Institut accorde également beaucoup d'importance au respect et à l'autodétermination. Ainsi le résident ou son représentant doit approuver le plan de traitement qui lui est proposé. Les soins prodigués sont caractérisés par des pratiques novatrices, respectueuses de l'individu et adaptées à</p>	<p>« Le fait qu'il y ait des plans d'interventions pour chaque personne, on encourage beaucoup l'intervenant à être présent à ces rencontres-là, ça, déjà au départ, c'est une organisation qui est favorable pour qu'on collabore. » (Entretien #3)</p> <p>« Je peux le percevoir aussi à travers des politiques, des procédures, par exemple « la contention », les comités interdisciplinaires. Il y a une collaboration entre les professionnels, les</p>

<p>chaque personne. Les intervenants sont regroupés au sein d'équipes interdisciplinaires qui favorisent le partage des connaissances et la continuité des soins. (Pour un vieillissement réussi, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.)</p> <p>La philosophie de gestion de l'IUGM est basée sur le respect qui sous-tend une écoute attentive et honnête tout en inspirant la confiance, l'esprit d'équipe et où l'on retrouve l'ouverture d'esprit, la tolérance, le partage et la transparence afin d'accomplir le travail avec compétence et équité tout en maintenant un climat sain, propice au plaisir au travail.</p>	<p>rôles sont assez bien décrits. Cela aide aussi justement à ne pas avoir toujours à définir les rôles de chacun, puis la place de chacun.» (Entretien #3).</p> <p>« Dabord, ça se trouve à être dans nos écrits. Dans les descriptions de programmes, si on parle du travail interdisciplinaire. Je pense que si on regarde dans les rapports annuels, ça va ressortir. Alors tout de suite les premières définitions de nos programmes ont été faites avec cette collaboration interprofessionnelle. » (Entretien #11).</p> <p>« Ah bi« Ah bien je pense par exemple juste au niveau de nos protocoles de soins, de plus en plus, ce n'est plus juste médecin et infirmière, on va rajouter les autres disciplines... » (Entretien #19).</p>
---	---

### La gestion par programme

Certaines modalités existent et permettent aux différents professionnels de travailler à partir d'un même ensemble de données. Ces moyens concrets assurent la place de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'organisation en précisant les contextes de l'exercice interprofessionnel. Le design par programme reconnaît ainsi à chacun des programmes une variante en fonction de la clientèle et implique certaines compétences plus fines en fonction des sous-groupes de résidents. Pour ce faire, la stabilité des équipes représente le plus important critère pour le développement de ces compétences collectives.

« Je pense que les moyens, celui qui s'utilise le plus, c'est l'organisation du travail où on va attirer le personnel avec un fonctionnement par programme, puis je pense que le choix qui est fait là c'est « oui » parce qu'on a décidé d'avoir une approche programme, mais en dessous c'est aussi pour faciliter le travail en équipe inter. Les gens sont attirés à un programme, à une unité pour favoriser cette connaissance-là des individus. » (Entretien #11).

« Parler de collaboration au plan théorique, ça n'a pas le même impact. Alors donc on a choisi les équipes naturelles de travail, mais on était conscient que de libérer du personnel de la même unité, de la même équipe, tous les professionnels, c'était très exigeant. » (Entretien #14).

### Les mécanismes de liaison et une technostructure organisée

Pour Mintzberg (1990), l'ajustement mutuel peut être encouragé par des mécanismes de liaison à l'intérieur et entre les unités. Ils sont de différentes natures, pouvant varier du poste de liaison, aux groupes de projet, des comités permanents aux managers intégrateurs. Ces postes peuvent d'ailleurs apparaître dans la structure matricielle.

« Les chefs d'unité, ... ce n'est pas quelqu'un qui va prendre la décision à la place de... Tu sens que cette personne-là fait le lien entre différents intervenants des fois parce que c'est nécessaire de... » (Entretien #3).

« On nous demande de faire partie de plusieurs comités. Des comités interdisciplinaires, des comités milieu de vie que je trouve qui sont intéressants...c'est un exemple où on est vraiment centré sur notre résident. On encourage les gens à participer à différents comités et en même temps je veux qu'on soit représenté. » (Entretien #2).

« Les comités, il y en a ! Il y a des comités, il y a des comités formels qui sont déjà en place, je peux en nommer plusieurs, il y a la création des comités, il y a la consultation, il y a du coaching, il y a... il y aussi des comités où c'est de la participation active, où on fait travailler du monde sur le projet. Et les gens aiment être au courant de ce qui se passe. » (Entretien #10).

« Je regarde aussi au niveau du comité de gestion de l'information, au niveau des services techniques, ils ont comme élargi leur comité et puis maintenant il y a des gens qui viennent des autres directions à ces comités-là, ce qui n'existait pas avant, quand je suis arrivé ici. Alors la gestion de l'information, il y a une personne des ressources humaines qui est là, il y a une personne de la bibliothèque, il y a des gens de l'informatique, il y a des gens des soins qui se réunissent puis qui regardent comment fonctionne l'information. Ce qui fait qu'il y a plus de travail interservices, interdirections. Et donc, c'est vrai dans plusieurs secteurs, c'est peut-être un exemple qui montre un peu les interrelations entre les différents services, entre les différentes directions. » (Entretien #12).

La présence d'une technostructure organisée met en évidence l'influence qu'exerce le contexte universitaire sur l'organisation et la complexité des demandes qui y sont associées. Afin d'assurer son bon fonctionnement, l'organisation fait appel à des ressources appelées « spécialistes ou staff » dont les fonctions visent à planifier et à contrôler le travail des professionnels, sans qu'ils

fassent pour autant partie de la ligne hiérarchique. Pour les professionnels, ces spécialistes représentent également des ressources auxquelles ils peuvent se référer dans l'exercice de leur fonction.

«... je pense que bien des personnes sont des sources d'inspiration ici, je regarde les cliniciennes, moi-même pour moi c'est une source d'inspiration, je les regarde faire, je me dis « wow ! » (Entretien #1).

« En tout cas, moi personnellement je ne me suis jamais sentie seule avec une situation. Ça peut être une collègue de travail qui est avec moi qui peut me le dire et puis je sais où aller chercher les informations...» (Entretien #6).

« C'est ce qui fait des fois la différence peut-être là aussi dans le bon fonctionnement. J'irais jusque-là. Ça peut être plus que ça, ça peut même être au niveau, en termes d'attitude, de modèle, de transmettre la valeur. » (Entretien #7).

« ... il y a beaucoup de support qui est là, il y a des personnes ressources qui sont en place pour amener du support, les cliniciennes, des programmes d'aide aux employés, toutes les formations interdisciplinaires que tout le monde a eues, les formations ou le support psychologique avec les gros cas d'agressivité, toutes les réunions qu'on a eues. » (Entretien #8).

### **La promotion des compétences professionnelles**

La promotion des compétences professionnelles constitue un des moyens utilisés pour favoriser une meilleure compréhension des rôles de chacun et une utilisation optimale des différentes expertises du milieu. La diffusion de cette information qui se présente sous diverses formes vise à assurer une plus grande visibilité des différents professionnels et à développer une meilleure connaissance de leur champ d'activités professionnels et de la nature de leur intervention. D'amour (1997) précise à quel point il est difficile de collaborer avec d'autres professionnels dont on connaît plus ou moins les orientations, la nature du travail ou même le vocabulaire. Pour certains professionnels, cette visibilité tout comme la proximité des professionnels favoriseraient les échanges interprofessionnels.

«... c'est un autre type d'intervention une activité portes ouvertes : « Venez nous visiter, on va vous expliquer qu'est-ce que ça fait une ergothérapeute, ou qu'est-ce que ça fait une orthophoniste dans la vie ». À ce moment-là, ce sont des éléments qui facilitent, je pense, la collaboration en disant si on sait ce que l'autre fait c'est comme plus facile, puis ça été ouvert à l'ensemble de l'hôpital. Donc, c'est vraiment interprofessionnel élargi là, mais ça permet aux gens de l'entretien ménager ou d'autres de comprendre aussi quel type d'intervention ils font entre professionnels. » (Entretien #11).

« Ça a été intéressant, à l'occasion ils ont fait aussi un petit mot, un petit article dans l'Interactif, la revue de l'hôpital, pour parler d'une profession en particulier ou de certaines activités faites dans un secteur; alors, je pense, c'est de l'information pour aider les compréhensions mutuelles au niveau des rôles, quand les rôles de chacun sont clairs, c'est plus facile aussi. » (Entretien #11).

« ..., c'est à chaque jour « bonjour », je vais à l'unité à chaque jour, donc à chaque jour les gens me voient, ce qui fait que t'es présente physiquement, donc les gens savent que t'es là... Habituellement on a de très bons échanges parce qu'on est près aussi physiquement dans l'hôpital, donc ça aide beaucoup. » (Entretien #4).

## CHAPITRE V : LA DISCUSSION

Le présent chapitre engage une discussion sur les principaux résultats de l'étude qui visait à répondre aux questions de recherche suivantes : 1) Quels sont les déterminants qui favorisent l'émergence et le maintien d'une forme de collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique? 2) Quels sont les indicateurs de résultats utilisés par les professionnels? (Implique les résultats perçus pour les résidents et pour leur pratique) 3) Quelles sont les stratégies organisationnelles utilisées pour favoriser la mise en œuvre et le développement de la collaboration interprofessionnelle?

Afin de répondre à ces questions, nous avons choisi de nous inspirer du modèle de D'Amour (1997) et D'Amour et coll. (1999) qui propose quatre dimensions pour l'analyse et la compréhension d'un système d'action concret. Nous avons documenté au chapitre précédent cette équipe ainsi que le contexte dans lequel elle évoluait et mis en évidence les dimensions du modèle de D'Amour (1997) et D'Amour et coll. (1999). Le présent chapitre s'attardera davantage aux déterminants qui ont un rôle significatif dans l'émergence et le maintien d'une collaboration en action ainsi qu'aux stratégies organisationnelles susceptibles de renforcer l'intensité des déterminants au sein de l'équipe interdisciplinaire à l'étude.

Le contexte à l'étude est caractérisé par la nature continue et complexe des problèmes rencontrés chez la clientèle, ce qui entraîne la participation de plusieurs



professionnels. L'expertise différenciée requiert néanmoins d'être coordonnée. Nous avons donc tenu compte de la recommandation de D'Amour (1997) et choisi une équipe qui avait su instaurer une véritable collaboration et préserver des liens de collaboration dans le temps, et ce dans un contexte différent de celui ayant servi de terrain dans les travaux de D'Amour, celui de la longue durée gériatrique.

Toutefois, avant même de débiter la discussion, nous précisons que la question numéro 2, qui visait à répondre aux indicateurs de résultats utilisés par les professionnels, sera présentée dans la section des déterminants. Ce changement est en fait requis par la nature des résultats obtenus. En effet, alors que nous escomptions des indicateurs de résultats exprimés en fonction principalement de la clientèle, les données ont démontré des indicateurs en termes d'importants bénéfiques pour la pratique des professionnels. Ces résultats, loin d'être anodins, sont d'autant plus importants qu'ils témoignent d'éléments du processus qui s'inscrivent dans la dynamique de construction de l'équipe. Ces éléments seront élaborés plus avant dans la section des déterminants.

### **Les déterminants**

Cette section vise à répondre à la question suivante : « Quels sont les déterminants qui favorisent l'émergence et le maintien de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique? ». À cette fin, nous avons procédé à la description des principaux déterminants identifiés par les professionnels dans la structuration de leur action collective. Ces déterminants sont donc présentés au lecteur de façon à mettre en évidence la fonction qu'ils incarnent dans l'émergence et le maintien de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe interdisciplinaire à l'étude.

Le premier constat qui émerge des résultats de cette étude concerne la notion d'équipe et sa distinction avec la réunion d'équipe. Alors que l'équipe réfère à un système social composé de professionnels et caractérisé par une vie

sociale, la réunion d'équipe, quant à elle, indique un moment dans la vie cette équipe. Les données ont d'ailleurs mis en évidence certaines nuances en regard de l'équipe. Pour les professionnels, il existe une « grande équipe » représentée par tous les intervenants qui travaillent auprès des résidents de l'unité et « un noyau »<sup>2</sup> de professionnels qui, par leurs liens cohésifs, formeraient l'équipe interdisciplinaire. Le positionnement relatif de certains professionnels par rapport à l'équipe interdisciplinaire et la différence observée dans leurs rapports de collaboration nous suggèrent que certains facteurs autres que la compétence interviennent dans la configuration de l'équipe. Nous tenterons donc d'en connaître davantage sur les déterminants susceptibles de faire varier l'intensité des liens de collaboration.

### *La compétence*

La compétence s'est révélée le déterminant le plus à même d'influencer les dynamiques interprofessionnelles. Nous avons mis en lumière que la compétence individuelle est utilisée au sein de l'équipe comme le principal input pour réussir la structuration de leur action collective. Elle représente le critère fondamental sur lequel s'appuie la légitimité des professionnels de faire partie de l'équipe. Ce résultat nous rappelle la standardisation des qualifications de Mintzberg (1990). Selon l'auteur, elle constitue le mécanisme de coordination à la base de ce type d'organisation, l'organisation professionnelle. Toutefois, même si les professionnels reconnaissent cette compétence comme essentielle, nous avons constaté qu'elle ne constitue pas l'unique critère garantissant l'intégration des professionnels au sein même de l'équipe.

L'analyse des résultats a mis en évidence que la transformation des compétences individuelles en compétence collective implique une importante cohésion au sein de l'équipe. Nous avons constaté que la synergie des liens de collaboration s'appuie sur l'ouverture des membres de l'équipe à partager leurs

---

<sup>2</sup> Certains des professionnels travaillant auprès de résidents de l'unité participent à la planification des interventions pour les résidents de l'unité. La nature de leur contribution est proposée dans le « guide de travail en équipe interdisciplinaire pour le programme de soins de longue durée ».

connaissances. Ainsi, l'obtention d'une compétence collective représenterait la marque distinctive du travail interprofessionnel. Ceci pourrait expliquer l'importance accordée par les membres de l'équipe à l'expertise des professionnels. La compétence serait d'autant plus importante pour les membres de l'équipe qu'elle se situerait à la fois comme la raison d'être de leur pratique interprofessionnelle et comme l'aboutissement de leurs rapports de collaboration.

### *La confiance*

Pour Friedberg (1997), le fait de rendre disponibles aux autres professionnels des connaissances et des informations que chacun possède dans le cadre de sa fonction suggère un haut degré de confiance. Dans cette équipe, les professionnels ont démontré une très grande ouverture et un très grand respect pour l'expertise des autres. Dans leur étude, Roy et Sylvain (2004) ont mis en évidence que la reconnaissance de la compétence constitue une des conditions à l'établissement d'un lien de confiance. Pour Mayer, Davis et Schoorman (1995), la compétence constitue un des trois attributs à partir desquels la relation de confiance peut se développer. L'importance accordée à la présence assidue des membres de l'équipe au sein des discussions cliniques ainsi que le respect de l'évaluation des professionnels suggèrent que certaines bases de l'établissement de leur relation de confiance reposent sur la compétence des professionnels. Cette confiance est déterminante dans la mesure où elle intervient de concert avec la compétence. Toutefois, il est difficile de déterminer l'ordre dans lequel ces deux déterminants apparaissent ainsi que leur niveau de réciprocité.

### *La permanence des membres de l'équipe*

Les résultats ont démontré qu'une des conditions essentielles au développement de l'équipe et par conséquent à l'exercice de cette compétence réside en la permanence des membres au sein de l'équipe et en la possibilité qu'ils ont de se rencontrer sur une base régulière. Fondamentalement, cette constance permettrait aux professionnels de travailler avec des gens qu'ils apprennent à connaître sur une base hebdomadaire. Cette habitude donne

forme à la vie sociale de l'équipe et rend possible la connaissance de leur propre dynamique d'équipe. Ce contexte favorise ainsi l'acquisition de différentes compétences et le développement de leur efficacité d'équipe. Selon Stahlski et Tsukuda (1990), la permanence de l'affectation des ressources au sein de l'équipe représente une caractéristique déterminante puisqu'elle constitue l'indicateur clé de la cohésion. Cette cohésion, selon Klein et Mulvey (1995), influencerait positivement l'engagement du groupe envers les objectifs qui, eux, seraient fortement liés à la performance du groupe. Cette stabilité des effectifs devient d'autant plus importante pour la continuité de l'information qu'il existe chez les membres de cette équipe une forte propension à utiliser une communication verbale comme mécanisme de coordination de leur travail. Pour Lamarche et coll. (2001), la modification des pratiques professionnelles est basée sur le développement d'une relation de confiance, laquelle résulte d'un processus d'apprentissage entre les professionnels concernés. Selon les auteurs, cet apprentissage collectif s'effectue par la création de contextes où les interactions entre les professionnels peuvent être favorisées. Dans cette optique, la permanence des membres de l'équipe et la confiance nous apparaissent être liées de très près à l'exercice de la compétence.

### *L'oral*

L'oral est essentiel à la formation et au maintien de l'équipe. Les résultats nous indiquent que la communication verbale permet d'harmoniser les points de vue, de s'entendre et de se concerter. Selon Harel Giasson (1996), la communication ne se limite pas aux seules fins de la transmission d'informations, elle préserve également le côté humain des relations puisqu'elle permet d'affirmer l'existence des interlocuteurs. Dans cette équipe, le recours à l'ajustement mutuel comme mécanisme principal de coordination du travail et l'utilisation d'un guide de présentation représentent deux éléments à la base d'un processus interactif qui porte une attention particulière à la contribution des membres de l'équipe. Les données de l'étude suggèrent que la communication verbale est d'autant plus importante que tous les résultats ne peuvent être formalisés. En effet, même si les PII constituent une modalité qui concrétise l'action, les résultats ont démontré

qu'ils ne traduisent pas toujours de façon précise les éléments de la discussion. La présence assidue des professionnels aux discussions cliniques et leurs visites régulières à l'unité leur permettraient d'atténuer les inconvénients liés à l'incomplétude de l'information.

#### *Les modalités de régulation au sein de l'équipe*

Selon Lamothe (1996), l'idéologie agit à la fois comme ciment de l'équipe et comme canal pour démontrer ses qualifications et développer son expertise. C'est ce que confirme la présente étude sur les retombées de la collaboration interprofessionnelle. Les résultats soulignent des apports en termes de soutien social et d'une meilleure gestion des contributions des professionnels. Pour Mintzberg (1990), l'idéologie correspond à la standardisation par les normes, lesquelles dictent le travail, de sorte que les membres d'une organisation travaillent à partir d'un même ensemble de données ou de croyances. À la lumière de ces résultats, **l'idéologie d'équipe** trouve donc sa force dans le fait qu'elle soit reprise et intégrée par les membres de l'équipe.

Bourque et Lelord (1999) précisent qu'une des fonctions du gestionnaire consiste précisément à aider les membres de l'équipe à traduire les valeurs organisationnelles. Cet aspect est important en ce sens où les professionnels au sein de l'équipe ont délégué une partie de la responsabilité de régulation au **chef d'unité**. Ils lui reconnaissent d'ailleurs toute la légitimité d'intervenir sur les normes et sur l'équipe en tant que système social. Pour D'Amour (1997), « les mécanismes reliés à la formalisation sont élaborés pour conférer un certain ordre aux interactions entre les acteurs » (p. 91). Cependant, au-delà des **règles et procédures** (la délégation de certaines responsabilités, l'utilisation d'un plan de présentation, le PII et la présence régulière de réunions), le principal constat a été d'établir que ces règles et procédures faisaient l'objet d'une entente consensuelle au sein de l'équipe.

Pour D'Amour et coll. (2004), le consensus qui existe autour des règles et leur conformité aux pratiques est un des indicateurs qui témoignent d'un niveau de collaboration en action.<sup>3</sup>

Toutefois, l'arbitrage que le chef d'unité réalise entre les membres de l'équipe ne constitue pas la seule modalité de régulation des rapports de collaboration au sein de l'équipe. Nous avons donc observé que le chef d'unité joue également un rôle important dans la mise en place d'activités récréatives réservées aux membres de l'équipe. Selon les professionnels, ces **activités récréatives** contribueraient à développer le sentiment d'appartenance et, par conséquent, à renforcer l'unité du système social. Selon Morin (1996), « les individus doivent avoir l'occasion de s'attacher aux autres pour se connaître et partager leur intérêts... » (p. 292).

Les résultats ont révélé l'exigence que représente **la présence des stagiaires et des visiteurs du réseau** aux discussions et à l'unité auprès des professionnels (mise à jour des connaissances). Cependant, les données ont également révélé que leur présence fournissait l'occasion aux professionnels de partager leur mode de pratique interprofessionnelle et de prendre conscience de leur dynamique d'équipe. Ce transfert de connaissances pratiques présenterait ainsi l'avantage de renforcer d'autres réflexes que ceux habituellement associés au modèle professionnel.

#### *Les bénéfices associés à la collaboration interprofessionnelle*

Tel qu'annoncé avant le début de la discussion, les indicateurs de résultats de la collaboration interprofessionnelle, en plus de soutenir un idéal de pratique dicté fondamentalement par les bienfaits qu'ils procurent à la clientèle, soit la mobilisation immédiate des professionnels et l'individualisation des services,

---

<sup>3</sup> Pour D'Amour et coll. (2003), « la collaboration en action dans le contexte inter-organisationnel constitue le niveau de collaboration le plus élevé où les partenaires ont réussi à mettre en action une collaboration stable qui n'est pas fragilisée par tous les aléas et les soubresauts du système de santé » (p. 10). En ce sens, le type de collaboration permet de mettre en place des services de santé où le partage des responsabilités fait l'objet d'un consensus et où les services sont basés sur des ententes de continuité des soins et sur des principes d'efficience.

remplissent également d'autres fonctions pour les professionnels. Ces indicateurs de résultats ont d'ailleurs été exprimés en termes de bénéfices et décrits par les professionnels comme le ciment social de l'équipe. Selon eux, les bénéfices leur permettraient d'entretenir leurs rapports de collaboration puisqu'ils auraient pour effet d'alimenter les professionnels en leur procurant de l'assurance clinique et en favorisant à la fois l'élargissement de leurs compétences et la mise à jour de leurs connaissances. Toutefois, c'est en favorisant un climat d'échange qu'ils permettraient une utilisation optimale des contributions des professionnels et un soutien affectif. Le soutien social serait d'autant plus nécessaire pour eux qu'il leur permettrait de s'offrir mutuellement tout le support voulu compte tenu de la nature complexe du travail inhérent aux caractéristiques de la clientèle. Ces résultats appuient les conclusions de l'étude de Patenaude (1995) sur la nécessité de mettre en place un espace de discussion qui, en facilitant l'expression des émotions, permettrait de faire face à un stresser fréquent et intense, celui de « la mort et le mourir ». Les bénéfices associés à la collaboration ne sont donc pas l'unique conséquence de la collaboration, ils représentent aussi un déterminant qui contribue à l'entretien et à l'évolution des dynamiques interprofessionnelles au sein de l'équipe.

*La place que les professionnels assurent à la clientèle.*

Pour D'Amour (1997), c'est la notion même d'habilitation de la clientèle dans les décisions concernant sa santé qui apporte une nouvelle dimension au travail interprofessionnel. Selon la perspective de l'auteur, « ce sont les besoins ou les décisions de la clientèle qui régulent l'action » (p. 224). Les résultats ont mis en évidence une association intermittente avec le résident et sa famille concernant le plan d'intervention et ce malgré une désignation explicite des responsabilités. Quelques interprétations peuvent être avancées concernant ces résultats. Si, selon Lamothe (1996), la participation des patients repose sur le fait qu'ils représentent la principale source d'information pour les médecins et les professionnels, le profil cognitif des résidents pourrait expliquer en partie la présentation aléatoire des attentes du résident lors des discussions cliniques. Il

se peut également que l'importante spécialisation<sup>4</sup> des professionnels et le contexte universitaire dans lequel ils évoluent aient pu contribuer d'une façon quelconque au maintien d'une approche qui consisterait à décider de ce qui est « bon » pour la clientèle, phénomène que Moody (1988) décrit comme du paternalisme professionnel. La famille peut également représenter une autre source d'incertitude dans la mesure où elle est susceptible de représenter une augmentation de la quantité d'information à être traitée par les professionnels. Par conséquent, cette incertitude et le risque de bousculer les schèmes de pratique professionnelle spécialisée pourraient expliquer cette difficulté à associer la clientèle à tout le processus de décision concernant la gestion de ses soins.

Nous avons donc constaté la difficulté qu'éprouvent les professionnels à dépasser la complémentarité et à convenir d'une responsabilité commune d'interventions. C'est ce dont témoignent le PII et l'analyse des interactions.<sup>5</sup> Ces résultats nous suggèrent qu'une équipe qui affiche une collaboration en action est un système en tension puisqu'il est en fait composé de spécialistes en interactions. Cette tension s'explique en partie par le contexte de spécialité et la mission d'enseignement qui inciteraient les professionnels à la mise à jour de leurs connaissances dans leur domaine de spécialité. Les professionnels ne peuvent donc délaissier le développement de leurs compétences individuelles. Dans cette optique, il importe donc de connaître les stratégies organisationnelles susceptibles de renforcer les rapports de collaboration ou d'éviter l'apparition d'une tension excessive dans les rapports entre les professionnels.

---

<sup>4</sup> Les données complémentaires obtenues sur les membres de l'équipe à l'étude démontrent que cinq des sept membres de l'équipe possèdent une formation universitaire et quatre d'entre eux possèdent également une spécialisation variant du certificat, diplôme de 2<sup>e</sup> cycle à la maîtrise clinique.

<sup>5</sup> L'analyse des interactions a été comptabilisée à l'aide de l'instrument «Tableau de compilation des interactions», qui visait à recueillir la nature des interactions et à identifier les professionnels impliqués dans l'interaction. Elle a démontré que la majorité des interventions étaient réalisées respectivement par l'infirmière, le chef d'unité et le médecin. (Voir annexe F)



### **Les stratégies organisationnelles de mise en œuvre et de développement de la collaboration interprofessionnelle**

Dans la présente section, nous désirons répondre à la question suivante : « Quelles sont les stratégies organisationnelles utilisées dans la mise en œuvre et le développement de la collaboration interprofessionnelle? ». Nous considérons donc que cette équipe, comme sous-système intégré dans un contexte social beaucoup plus grand, peut être soumise à diverses influences. L'approche des systèmes ouverts permet de concevoir l'équipe comme une cellule organisationnelle. En ce sens, elle n'existe pas en vase clos puisqu'elle est considérée comme un des sous-systèmes de l'organisation qui sont reliés entre eux et en échange continuels avec l'environnement. Selon cette approche, les dynamiques interprofessionnelles au sein de l'équipe interdisciplinaire devraient être perméables aux influences de l'organisation. Nous tenterons d'identifier les stratégies mises en place et de décrire de quelle façon elles viennent contribuer au maintien et au développement des dynamiques interprofessionnelles.

#### *L'utilisation de l'idéologie comme mécanisme de coordination*

Cette étude établit concrètement que le principal levier utilisé par les gestionnaires est l'idéologie. Cette idéologie permettrait de donner la direction en évitant de mettre l'accent sur des mesures de contrôle. Pour Mariano (1989), un ensemble de valeurs spécifiques au sein d'une organisation peut avoir un impact déterminant sur la collaboration entre les professionnels. Les écrits répertoriés dans les documents clinico-administratifs et administratifs consultés énoncent clairement ces normes de pratique. Dans la pratique, la formation par groupe naturel de travail représente une mesure organisationnelle qui vise à renforcer l'équipe comme système social et comme idéologie. Nous avons donc pu constater que l'idéologie d'équipe comme stratégie de régulation a été reprise et intégrée au sein de l'équipe. Selon Morgan (1999), l'avantage de reposer sur des systèmes de significations est de fournir des schèmes d'interprétation et d'action qui créent et recréent ces significations. L'idéologie comme mécanisme de coordination du travail permettrait également, par son importante nature normative, d'atténuer l'impact du système professionnel très prégnant dans un milieu universitaire. En accord avec Lamothe (1999), la standardisation des qualifications, même si elle constitue la base de la coordination du

travail des professionnels, ne peut être présentée comme le seul mécanisme. Les résultats de l'étude de D'amour (1997) avaient d'ailleurs démontré des limites associées au recours de la formalisation comme principal outil des gestionnaires dans la régulation des dynamiques interprofessionnelles. Dans ce contexte, l'idéologie devient auto-organisante, s'inscrivant également comme une solution de rechange à l'autorité.

*Le renforcement de l'idéologie par le processus de l'identification : un continuum*

Les résultats démontrent que la culture d'équipe et d'excellence est une expérience vécue qui est assurée tout au long d'un continuum. Les résultats de l'étude ont d'ailleurs mis en évidence que ce continuum débute dès l'admission par la sélection des professionnels et se poursuit à travers les processus cliniques et les activités de socialisation par l'acquisition de compétences cognitives et affectives. Pour Mintzberg (1990), le renforcement de l'idéologie peut se faire par les processus de l'identification. Selon l'auteur, une telle identification peut être sélective dans le sens où les nouveaux employés sont choisis en fonction de leur adéquation au système de croyances existantes, ou suscitée par des processus informels de socialisation ou d'endoctrinement au moyen de programmes formalisés pour renforcer l'engagement des membres de l'organisation à son système de croyances et à la mission de l'organisation. Les résultats ont démontré qu'une partie de la légitimité d'adopter un mode de pratique interprofessionnelle leur vient de leur mission universitaire et de leur spécificité en regard du travail interdisciplinaire.

*Le renforcement de la compétence par la gestion par programme*

Les résultats ont démontré que des compétences propres aux différents programmes permettaient aux professionnels de procéder à certains ajustements requis en fonction de la clientèle et de la philosophie du programme. Les données suggèrent que cette infrastructure par programme représente une condition qui prédispose au développement de compétences spécifiques dans la mesure où cette stratégie est soutenue par des mesures de stabilité. Rappelons que pour s'actualiser, le processus d'apprentissage collectif doit pouvoir s'appuyer sur la permanence des membres de l'équipe.

## **CHAPITRE VI : LA CONCLUSION**

Le but de cette étude visait à analyser les dynamiques ayant cours entre les professionnels dans la formation des équipes interprofessionnelles dans un établissement de type CHSLD. Cette recherche de type qualitatif avec un devis d'étude de cas a permis d'approfondir notre compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe de professionnels intervenant auprès de personnes âgées dans un contexte de soins de longue durée. Au terme de cette étude, ma contribution empirique et théorique aura été d'identifier à travers la reconstitution des dynamiques au sein de l'équipe, la présence de déterminants à la base même de la structuration d'une action collective. Toutefois, la spécificité réelle de cette étude réside dans l'illustration de l'importance de ce contexte organisationnel dans le développement et l'entretien de la collaboration interprofessionnelle. En effet, aucune recherche répertoriée dans le contexte de soins de longue durée gériatrique n'avait décrit les rapports de collaboration entre les professionnels.

### **Implications pratiques**

Ce qui ressort des résultats de cette étude souligne la nature organique de la collaboration interprofessionnelle et l'importance pour l'organisation de mettre en place des stratégies compatibles avec sa nature fondamentale. Selon Lamothe (1999), au niveau administratif, la reconnaissance de ces dynamiques internes permettrait d'agir de façon plus efficace en proposant des modèles adaptés au fonctionnement naturel de la structure interprofessionnelle. À la lumière des résultats de l'étude, il nous est permis de penser que le contexte organisationnel,

par le déploiement de stratégies organisationnelles cohérentes, joue un rôle déterminant dans le développement des dynamiques interprofessionnelles. L'étude permet en ce sens d'obtenir un éclairage sur les stratégies de gestion utilisées par les gestionnaires en spécifiant de quelle façon elles contribuent au maintien et au développement de rapports de collaboration entre les professionnels. Les résultats mettent en évidence que certains des bénéfices engendrés par une telle collaboration représentent un aspect essentiel à la pérennité de la pratique d'équipe interdisciplinaire.

#### *L'importance d'entretenir le système social*

D'entrée de jeu, l'importance consentie par l'équipe interdisciplinaire et l'organisation à l'entretien de son système social par rapport à la formalisation nous confirme l'existence d'un système ouvert qui reconnaît que « la gestion d'une organisation peut souvent être améliorée par une attention systématique accordée aux besoins auxquels il faut répondre si l'on veut que l'organisation survive » (Morgan 1999, p. 64). La reconnaissance des bénéfices associés aux rapports de collaboration, entre autres au soutien social, met en évidence la responsabilité pour une organisation professionnelle d'assurer le développement de ses professionnels tant au niveau cognitif qu'au niveau affectif. En ce sens, certaines mesures mises en place, notons à titre d'exemples les espaces de discussion et des mesures de stabilité des ressources, devraient pouvoir traduire cette préoccupation d'une organisation vue comme un processus en interaction.

#### *L'idéologie : à la recherche d'une cohérence systémique*

Dans cette organisation, la force de son idéologie se révèle un important facteur de cohérence. Cependant, l'idéologie peut également contribuer à son affaiblissement si l'organisation ne demeure pas perméable à son environnement. Pour Morgan (1998), un système cohérent assure un équilibre entre son processus identitaire et ses rapports avec l'environnement. Dans cette étude, l'université et la clientèle représenteraient deux facteurs importants dans le maintien de la cohérence organisationnelle. L'université assurerait l'émulation des

professionnels en favorisant la recherche de pratiques novatrices et le partage de savoirs entre les différents interlocuteurs provenant des établissements d'enseignement et du réseau. Cependant, en ce qui a trait à la clientèle, des efforts devraient être poursuivis afin d'assurer un arbitrage adéquat entre la représentation des besoins de la clientèle et les interventions des professionnels.

#### *La place de la clientèle dans les processus cliniques*

Pour D'Amour (1997), l'absence de représentation de la clientèle comporte le risque d'entraîner la remise en question des décisions prises par un professionnel et un client. Afin d'assurer que le résident et sa famille participent plus activement aux étapes de prise de décision et de répondre aux attentes exprimées lors de la consultation réalisée auprès des familles, les professionnels devraient poursuivre leur réflexion déjà amorcée sur le type de partenariat à développer auprès de la clientèle afin de répondre aux besoins futurs de la clientèle vieillissante. Pour McCullough et coll. (1993), ce travail est également requis par l'émergence de certaines différences chez les individus, les familles et les professionnels en regard de leurs valeurs et de leurs priorités en ce qui concerne les aspects de la vie quotidienne. Les valeurs privilégiées par les personnes âgées concernent l'environnement, la préservation de l'identité et les relations, tandis que pour les familles elles correspondent davantage aux soins, à la sécurité et au bien-être psychologique. En ce qui a trait aux professionnels, les valeurs visent également les soins mais également la santé physique et le lien entre les relations et le bien-être psychologique.

#### *Les mesures d'extrants de la collaboration interprofessionnelle*

Compte tenu de la difficulté qu'éprouvent les professionnels à convenir de responsabilités communes, l'ouverture de certains champs d'activités découlant de la loi 90 constitue une opportunité pour les professionnels d'enrichir leur réflexion concernant des mesures d'effets (résultats) d'équipe qui témoignent de leur compétence collective dans un contexte de soins de longue durée gériatrique. En regard des bénéfices perçus par les professionnels dans cette étude, les

professionnels pourraient capitaliser sur un système de satisfaction comme mesures indirectes existantes en le transformant en incitatifs de processus de la collaboration interprofessionnelle.

### **Les limites de l'étude**

La présente étude a couvert une unité d'analyse plutôt que d'en couvrir plusieurs. Ce choix a été fait dans la perspective de présenter une description complète du phénomène à l'intérieur d'un contexte en poursuivant une étude approfondie de la collaboration au sein d'une équipe. Compte tenu de ce choix, nous ne pouvons donc affirmer dans quelle mesure la situation reflète la collaboration interprofessionnelle dans les différentes équipes de ce programme et des autres programmes. Il nous est également impossible d'assurer que cette organisation est représentative des autres établissements qui assurent la dispensation de soins de longue durée gériatrique, compte tenu de l'imposante structure professionnelle et d'une technostucture organisée découlant en partie d'une importante régulation, l'affiliation universitaire. Il s'agissait davantage de comprendre le phénomène de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte précis.

L'incapacité de répondre à la question numéro 2, qui visait à identifier les indicateurs de résultats utilisés par les professionnels constitue une des limites de l'étude puisque les résultats exprimés en fonction de la clientèle n'ont pu être établis avec précision. En effet, les données ont davantage démontré des indicateurs en termes d'importants bénéfices pour la pratique des professionnels.

### **Pistes de recherche**

Compte tenu que le contexte dans lequel s'inscrivent ces dynamiques professionnelles présente des aspects favorables à la mise en œuvre d'une collaboration en action<sup>6</sup>, d'autres recherches sur la collaboration

---

<sup>6</sup> Cité page 104.

interprofessionnelle devraient être réalisées auprès de différentes équipes du même programme afin de vérifier si ce contexte à plus large échelle favorise l'émergence de cette collaboration. L'étude pourrait être également répétée dans un autre domaine d'activités gériatrique qui offrent des soins généraux et spécialisés afin de vérifier l'influence de la nature du travail sur les dynamiques interprofessionnelles. Selon Sicotte et coll. (2002), le programme, par la nature de la tâche, constitue une variable médiatrice de la collaboration interprofessionnelle. Dans cette perspective, la plus grande incertitude liée à la nature organique des problèmes de santé rencontrée chez la clientèle des programmes d'évaluation (unité de courte durée gériatrique) ou de réadaptation (unité de réadaptation fonctionnelle intensive) pourrait révéler certains aspects distinctifs. L'élargissement de ce type de recherche à d'autres organisations serait susceptible de nous renseigner sur les stratégies existantes dans différentes organisations qui ont démontré une collaboration interprofessionnelle en action<sup>7</sup>. En effet, au terme de cette étude, les résultats ont mis en évidence qu'il existe un ensemble de mesures pour assurer le succès de la collaboration interprofessionnelle. La collaboration entre les professionnels ne peut être vue comme l'unique responsabilité de professionnels puisque les dynamiques des équipes constituées de professionnels ont démontré une perméabilité aux actions de l'organisation. Ces résultats confèrent donc à l'organisation une responsabilité dans la mise en place et le développement des dynamiques interprofessionnelles.

---

<sup>7</sup> Cité page 104.

## Bibliographie

- Abbott, A., (1988). *The System of Professions : A Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : University of Chicago Press. 435 p.
- Association des médecins gériatres du Québec, (2002). *Mémoire présenté par l'Association des médecins gériatres du Québec dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et services sociaux du Québec*, [www.fmsq.org/amgq/com-clair.htm](http://www.fmsq.org/amgq/com-clair.htm), 13, consulté le 27 janvier 2004.
- Aktouf, O. (1986). *Les sciences de la gestion et les ressources humaines : une analyse critique*. Alger : Entreprise nationale du livre, 201 p.
- Allaire, Y., & Firsirotu, M.E. (1993). *L'entreprise stratégique : Penser la stratégie*. Gaétan Morin, 620 p.
- Allison, A., & Ewens, A. (1998). Tensions in sharing client confidences while respecting autonomy; implication for interprofessional practice. *Nursing Ethics*, 5(5), 441-450.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2003). *La dynamique des groupes restreints*. Paris: Presses Universitaires de France, 2<sup>e</sup> éd., 397 p.
- Bair, J. (1983). Nationally speaking. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 11-13.
- Beaudry, B. (1994). De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance. *Sociologie du travail*, 36(1), 43-61.
- Beaudry, B. (1992). Contrat, autorité et confiance : la relation de sous-traitance est-elle assimilable à la relation d'emploi? *Revue économique*, 43(5), (septembre), 871-894.
- Bell, D. (1976). *The coming of post industrial society*. New York : Basic Books. 507 p.
- Bettenhausen, K.L. (1991). Five Years of Groups Research : What We Have Learned and What Needs to Be Addressed. *Journal of Management*, 17(2), 345-381.
- Bourbonnais, R., Lee-Gosselin, H., & Pérusse, M. (1985). L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières, 10(2), 73-85.



- Bourque, J.J., & Lelord, F. (1999). *L'âme de l'organisation*. Québec Amérique : Presses HEC, 250 p.
- Brief, A. P., & Motowidlo, S. J. (1986). Prosocial organizational behaviors. *Academy of Management Review*, 11, 1091-1102.
- Brill, N. (1976). *Teamwork : Working together in the human service*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 155 p.
- Brunet; M. (1978). Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : L'équipe multidisciplinaire de santé, dans *Recherches sociographiques*, 19(2), (mai-août).
- Brunet, M., & Vinet, A. (1978). *Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC : 1973-1976*. Québec : Rapport de recherche, Université Laval.
- Campbell, D.T. (1969). *Ethnocentrism of Disciplines an the Fishn-scale Model of Omniscience*, dans Sherif, M., & Sherif, C. (1969). *Interdisciplinary Relationships in Social Sciences*. Chicago : Aldine, 360 p.
- Campion, M.A., Medsker, G.J., & Higgs, A.C. (1996). Relations between work group characteristics and effectiveness : Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology*, 46(4), (hiver), 823-850.
- Clark, P.G. (1995). Quality of Life, Values, and Teamwork in Geriatric Care: Do We communicate What We Mean? *The Gerontologist*, 35(3), 402-411.
- Cohen, S., & Bailey, D. (1997). What makes teams work : Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(3), 239-290.
- Collins, R. (1990). *Changing conceptions in the sociology of the professions*. Chapitre 2, 11-23 dans Torstendahl, R., & Burrage, M. (1990). *The formation of professions*. London : Sage Publications, 215 p.
- Coluccio, M., & Maguire, P. (1983). Collaborative practice : becoming a reality through primary nursing. *Nursing Administration Quaterly*, 7 (4), 59-63.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil. 436 p.
- Daft R., & Lengel. R. (1986). Organizational Information Requirements : Media Richness And Structural Design. *Management Science*, 32(5), (mai), 554-571.

- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- D'Amour D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? *Ruptures*, 8(1), 136-145.
- D'Amour & coll. (2003). *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé en collaboration avec le Centre Ferasi. Université de Montréal, 25 p.
- Denzin, N. K. (1978). *The research act*. New York : McGraw-Hill. Dans Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park : Sage, 176 p.
- Ducanis, A.J., & Golin, A.K. (1979). The interdisciplinary Health Care Team : A Handbook. Germantown, Mk. : *Aspen Systems Corporation*, 5-7.
- Dussault, G., (1996). L'analyse des systèmes de santé: cadre conceptuel. Dans recueil de texte. Cadre pour l'analyse du système de santé. Automne 2001.
- Dutton, J., Dukerich, J., & Harquail, C. (1994). Organizational Images and Member Identification. *Administrative Science Quarterly*, 39, 239-263.
- England, D.A. (1986). *Collaboration in nursing*. Gaithersburg, MD : Aspen Publisher. 233 p.
- Evans, J. A. (1994). The role of the nurse manager in creating an environment form collaborative practice. *Holistic Nurse Practice*, 8(3), 22-31.
- Evans, C., & Dion, K. (1991). Group Cohesion And Performance : A Meta-Analysis. *Small Group Research*, 22(2), 175-186.
- Everaere, C. (1999). *Autonomie et collectifs de travail*. Lyon : Collection points de repère, ANACT, 273 p.
- Faukner, R., & Amadéo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings : are they effective? *Health and Social Work*, 24(3), 210-219.

- Ferrada, M. (2002). *Le processus de collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.
- Forbes, E.J., & Fitzsimons, V. (1993). Education : the key for holistic interdisciplinary collaboration. *Holistic Nurse Practice*, 7(4),1-10.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Le Seuil, 422 p.
- Friedson, E. (1986). *Professional Power : A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press, 241 p.
- Fourez, G. (1998). Se représenter et mettre en œuvre l'interdisciplinarité à l'école. Dans *Revue des sciences de l'éducation*, XXIV(1), 31-50.
- Fourez G., Maingain, A., & Dufour, B. (2002). *Approches didactiques de l'interdisciplinarité*. Bruxelles : De Boeck Université, 283 p.
- Georges, J. M., & Bettenhausen, K. (1990). Understanding Prosocial Behavior, Sales Performance, and Turnover : A Group-Level Analysis in a Service Context. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 698-709.
- Gilles, A. (1994). *Éléments de méthodologie et d'analyse statistique pour les sciences sociales*. St-Laurent : McGraw-Hill. 571 p.
- Goodman, P., Ravlin, E., & Schminke, M. (1987). *Understanding Groups in Organization*. In Staw, B.M., & Cummings, L.L. (éd.). *Research in Organizational Behavior*, p. 121-173. Greenwich : JAI Press.
- Gusdorf, G. (1990). Réflexions sur l'interdisciplinarité. *Bulletin de psychologie*, 43(397), 869-885.
- Guzzo, R. A., & Dickson, M. W. (1996). Teams in organizations : Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, 47, 307-338.
- Hackman J.R. (1990). *Groups that work (and those that don't) : Creating conditions for effective teamwork*. San Francisco : Jossey Bass, 512 p.
- Harel Giasson, F. (1996). Aux sources d'une communication réussie. *Gestion*, 21(4) décembre, 12-14.
- Henneman, E.A., Lee, J.L., & Cohen, J.L. (1995). Collaboration : a concept of analysis. *Journal of advanced Nursing*, 21, 103-109.

- Huberman, A.M., & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck. 480 p.
- Ivey, S., Brown, K.S., Teske Y., & Silverman, D. (1988). A Model for Teaching About Interdisciplinary Practice in Health Care Settings. *Journal of Allied Health*, (août), 189-195.
- Johns, J. L. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 76-83.
- Johnson, T. J. (1972). *Professions and Power*. Londres : Macmillan, 96 p.
- Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of evidence. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*. 18, 222-235.
- Katzenbach, J., & Smith, D. (1994). *Les équipes haute performance : Imagination et discipline*. Paris : Dunond, 268 p.
- Klein, J.T. (1990). *Interdisciplinarity : History, Theory and Practice*. Detroit : Wayne State University Press, 331 p.
- Klein H., & Mulvey, P. (1995). Two Investigations of the Relationships among Group Goals, Goal Commitment, Cohesion, and Performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 61(1), 44-53.
- Korsgaard, M.A., Schweiger, D.M, & Sapienza, H. J. (1995). Building Commitment, Attachment, and Trust In Strategic Decision-Making Teams : The Role of Procedural Justice. *Academy of Management Journal*, 38(1), 60-84.
- Lafontaine, P., & Camirand, J. (2002). Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête sur la santé et les limitations d'activités. *Santé, société et solidarité ; revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, no. 2, p. 44. Québec : MSSS ; Paris : CreDES.
- Lamarche, P.A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures* 8(2), 71-92.
- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultrasécialisés*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Lamothe, L. (1999). La configuration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel. *Ruptures*, 6 (2), 132-148.

- Lebel, P., & coll. (1999). Un modèle dynamique de la fragilité. *L'année gérontologique*, 13, 84-94.
- Lebel, P., & Massé-Thibodeau, G. (2004). Formation à l'interdisciplinarité. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Lemoine, C. (1995). Les tribulations d'une notion : du groupe à l'équipe du travail. *Revue québécoise de psychologie*, 16 (1), 97-110.
- Lenoir, Y. (2000). Formation à l'enseignement et interdisciplinarité : un mythe ou une exigence? Dépasser l'interdisciplinarité et penser circumdisciplinarité. *European Journal for Teacher Education*, 23 (3), 291-300.
- Levy, S., (1988). Information technologies in universities : An institutional case study. Unpublished doctoral dissertation, dans Tellis, W. (1997). Application of a Case Study Methodology. *The Qualitative Report*, 3(3), September, 1-18 ([http :www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html](http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html)).
- Lévy, R. 1993. Believability and Doubtfulness : A Paradigmatic View of Qualitative Methods. *Canadian Journal on Aging*, 12(2), 233-243.
- Liedtka, J.M., & Whitten, E. (1998). Enhancing Care Delivery Through Cross-Disciplinary Collaboration : A Case Study. *Journal of Healthcare Management*, 43(2), 185-203.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A Theory of Goal Setting and Task Performance*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 413 p.
- MacDonald, K.M. (1995). *The sociology of the professions*. London: Sage publications, 224 p.
- Magjuka, R. J., & Baldwin, T.T. (1991). Team-Based Employee Involvement Programs : Effects of Design and Administration. *Personnel Psychology*, 44(4), 793-812.
- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285-288.
- Mayer, R.C., Davis, J.H., & Shoorman, F.D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- Maznevski, M. L. (1994). Understanding Our Differences : Performance in Decision-Making Groups with Diverse Members. *Human relations*, 47(5), 531-549.

- McAllister, K.J. (1995). Affect- and Cognition-Based Trust as Foundations for Interpersonal Cooperation in Organizations. *Academy of Management Journal*, 38(1), 24-59.
- McCullough, L.B., Wilson, N.L., Teasdale, T.A., Kolpakchi, A.L., Skelly, J.R. (1993). Mappigh personal, familial, and professional values in long term care decisions. *The Gerontologist*, 33, 324-332.
- McGrath, J. (1984). *Groups : Interaction and performance*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 287 p.
- Michaud, Y., St-Amand, N. & Clavette, H. (1985). *Multidisciplinarité : Nouvelle gestion du social?* The Tribune Press limited, Université de Moncton. 24 p.
- Mintzberg, H. (1979). *Structure des organisations*. Version Française Yvon Dufour, 113 p.
- Mintzberg, H. (1990). *Voyage au centre des organisations*. Les éditions de l'Organisation, 570 p.
- Mishra, J., & Morrissey, M.A. (1990). Trust in Employee Employer Relationship - A survey of West Michigan Managers. *Public personnel management*, 19(4), 443-485.
- Moody, H.R. (1988). From Informed Consent to Negotiated Consent. *The Gerontologist*, 28 (suppl.) 64-70.
- Morgan, G. (1998). *Images de l'organisation*. Les presses de l'Université Laval 2<sup>e</sup> Éd. 498 p.
- Morin, E. (1996). *Psychologie au travail*. Boucherville, Qc : Éd. Gaétan Morin, 535 p.
- Murdack, P.E. (1989). Defining Group Cohesiveness : A Legacy of Confusion? *Small Group Behavior*, 20, 37-49.
- Nazerali, N., Francoeur, L., Lajeunesse, Y., Pisanu, O., Strul, M. (1998). Guide de travail en interdisciplinarité pour le programme de soins de longue durée. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 34 p.
- Organ, D., & Hammer, W. C. (1982). *Organizational Behavior : an applied psychological approach plan*. Business Publications, 508 p.
- O'Toole, M. (1992). The Interdisciplinary Team : Research and Education. *Holistic Nurse Practitioner*, 6(2), 76-83.

- Paicheler, G. (1995) Présentation. Les professions de soins : territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*, 13(3), 5-10.
- Patenaude, F. (1995). *Étude longitudinale des relations entre le stress occupationnel, des stratégies de coping et l'état émotionnel d'infirmières en gériatrie*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park : Sage, 176 p.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative valuation and research methods*. Newbury Park : Sage, 2<sup>e</sup> éd., 176 p.
- Perrig-Chiello, P., & Darbellay, F. (2000). Formation à l'interdisciplinarité : Désir et réalité. *Parallèle*, (avril), no 7, 28-33.
- Rege Colet, N. (2003). *Enseignement universitaire et interdisciplinarité : Un cadre pour analyser, agir et évaluer*. De Boeck, 201 p.
- Resweber, J.P. (1981). *La méthode interdisciplinaire*. Paris : PUF, 175 p.
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, (septembre-octobre), 17-26.
- Saint-Arnaud, L., & Vézina, M. (1993). Santé mentale et organisation du travail, *Le médecin du Québec*, (décembre), 35-39.
- Sheahan, M. (1999). Customer focus : Patient, organization and Equip in collaboration. *Journal of Quality in Clinical Practice*, (September), 19(3), 44 (6).
- Sherif, M., & Sherif, C. (1969). *Interdisciplinary Relationships in Social Sciences*. Chicaco : Aldine, 360 p.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medecine*, 55, 991-1003.
- Smith K.G., Smith, K.A., Olian, J.D., Sims H.P., O'Bannon, D.P., & Scully, J.A. (1994). Top management team demography and process : the role of social integration and communication. *Administrative Science Quaterly*, 39, 412-438.
- Stahelski, A.J., & Tsukuda, R.A. (1990). Predictors of cooperation in health care teams. *Small Group Research*, 21(2), (mai), 220-233.

- Stake, R. (1994). *Case studies*. In Denzin, N., & Lincoln, Y. *Handbook of Qualitative research*, chap. 14, 236-247. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Steiner, I.D. (1972). *Group process and productivity*. New York : Academic Press, 204 p.
- Stichler, J.F. (1995). Professional interdependence : the art of collaboration. *Advanced Nursing practice*, 1(1), 53-61.
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D., & Sabshin, M. (1963). *The Hospital and its Negotiated Order*, Friedson, E (éd.), *The hospital in Modern Society*. London : Collier-MacMillan, 147-149.
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D., & Sabshin, M. (1981). *Psychiatric Ideologies and Institutions*, 2e éd. (1964) New York Free Press, 418 p.
- Stuck & coll. (1993). Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342 : 1032-6.
- Sullivan, M., & coll. (2001). Researcher and researched-community perspective : toward bridging the gap. *Health Education & Behaviour*, April 2001, 28(2), 130-149.
- Tellis, W. (1997). Application of a Case Study Methodology. *The Qualitative Report*, 3(3), (September), 1-18. [www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html](http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html) Consulté le 2 mars 2004.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in Action*. New York : McGraw-Hill, 192 p.
- Tjosvold, D., & Tjosvold, M. (1995). Cross-Functional Teamwork : The challenge of Involving Professionals. *Advances in Interdisciplinary Studies on Work Teams*, 2, 1-34.
- Valette, A. (1999). L'action collective : ce que nous dit l'étude des processus. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 95-100.
- Van Maanen, J. (1979). Reclaiming Qualitative Methods for Organisational Research. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 520-526.
- Wech, B.A., Steel, R.P., & Bennett, N. (1998). Does Work Group Cohesiveness Affect Individual's Performance and Organizational Commitment ? *Small Group research*, 29(4), (août), 472-494.



- Weick, K.E. (1974). Amendments of Organizational Theorizing. *Academy of Management Journal*, 487-502.
- Wells, N., Johnson, R., & Salyer, S. (1998). Interdisciplinary Collaboration. *Clinical Nurse Specialist*. 12(4), 161-168.
- Weiss, S.J., & Davis, P. (1985). Validity and Reliability of the Collaborative Practices Scales. *Nursing Research*, 34, (septembre/octobre), 299-305.
- West, M. A., Borril, C.S., & Unsworth, K.L. (1998). Team effectiveness in organizations. *International Review of Industrial and organisational Psychology*, 13, 1-48.
- Wright, B.A. (1993). Behavior Diagnoses by a Multidisciplinary Team. *Geriatric Nursing*, (janvier/février), 30-35.
- Yin, R.K., (1989). *Case Study Research, Design and Methods*. London : Sage, 166 p.
- Yin, R.K. (1993). *Applications of case study research*. London : Sage, 131 p.

## Annexe A : Lettre-type au Comité d'éthique de la recherche pour solliciter la participation à l'étude

Université   
de Montréal

Département d'administration de la santé  
(DASUM)

Montréal, le 17 mai 2004

Mme Louise Francoeur  
Présidente du CÉR  
Et membres du CÉR  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

**Objet :** **Projet de recherche de maîtrise : Étude de cas**

**Titre :** « L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe multidisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique. »

Madame et membres du CÉR,

Je suis étudiante à la maîtrise en administration de la santé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. La présente est pour inviter l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal à participer au présent projet de recherche. Nous aimerions obtenir votre accord pour réaliser une collecte de données à partir de différentes sources d'information.

Ce projet de mémoire a pour but d'analyser les dynamiques ayant cours entre les professionnels dans la formation des équipes interprofessionnelles dans un établissement de type CHSLD. Les objectifs visés par cette recherche ont orienté le choix d'un site offrant une diversité de professionnels dans le programme de soins de longue durée et une philosophie basée sur la collaboration interprofessionnelle. La présence de nombreux professionnels présente l'avantage de permettre l'analyse d'une collaboration dans un contexte hautement spécialisé en gériatrie. La contribution de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal à cette étude s'avère un atout essentiel.

Cette recherche de type qualitatif avec un devis d'étude de cas vise à approfondir notre compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe de professionnels intervenant auprès de personnes âgées dans un contexte de soins de longue durée.

**Subventions :**

Tous les frais sont à la charge du chercheur.

**Considérations éthiques :**

La réalisation de la collecte de donnée à partir de différentes sources d'information nécessite implique l'accès aux dossiers des résidents, aux professionnels et gestionnaires ciblés dans l'étude et aux différents documents cliniques et administratifs.

Nous désirons préciser que toutes les personnes sollicitées dans le cadre des entrevues ou des observations feront l'objet d'un consentement. Tel qu'énoncé précédemment, le devis de recherche prend la forme d'une étude de cas à ce titre, tout écrit sera validé auprès des intervenants clés de l'organisation. L'information contenue sous la rubrique « cadre méthodologique » explique en détails les différentes modalités.

Il est à noter que l'information concernant les résidents impliquera uniquement les résidents qui auront fait l'objet de discussion clinique et ciblera le plan d'intervention et les notes des professionnels susceptibles de révéler certains aspects du processus clinique. Les données recueillies viseront à établir le lien entre les éléments de la discussion et ceux inscrits aux dossiers. L'analyse ne portera donc pas sur les résidents mais sur le traitement de l'information les concernant. Dans le respect de la confidentialité de l'information et de son traitement et considérant que le résident ne constitue pas l'objet d'analyse, nous espérons recevoir votre autorisation par un consentement général afin d'utiliser le cadre des discussions cliniques et une partie du dossier pour la présente étude. (Voir section consentement)

En regard de la confidentialité, les renseignements personnels ou toute autre indication concernant les participants seront traités de façon confidentielle et conservés sous clés. La confidentialité des données sera également assurée (codifiées et mises sous-clés). De plus, toutes les données serviront à la seule et unique fin de l'actuelle recherche. Les bandes audio seront détruites dès que les données auront été codées et analysées de façon anonyme. Il est à noter que les données seront conservées pendant cinq ans et détruites à la fin de ce délai. Aucun nom ne sera cité dans ce rapport. En cas de présentation de recherche ou de publication dans les revues spécialisées, rien ne pourra permettre d'identifier les participants ou de les retracer.

Nous vous invitons à prendre connaissance des informations relatives au projet de recherche dans le document ci-joint.

Afin de confirmer la participation de votre centre à notre projet, nous vous invitons à communiquer avec France Camiré aux coordonnées suivantes : [REDACTED]  
[REDACTED] :

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et veuillez recevoir l'expression de nos sentiments distingués.

[REDACTED]  
Lise Lamothe Ph.D.  
Professeure agrégée  
Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal

[REDACTED]  
France Camiré, Bacc Sc. Inf.,  
Étudiante à la Maîtrise  
Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

Affilié à l'Université de Montréal


## AUTORISATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a examiné la demande pour le projet intitulé:

« **L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe multidisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique** » (réf. : 2004-0602)

présenté par : **Mme Lise Lamothe Ph.D. et France Camiré**

et juge la recherche acceptable au point de vue éthique.

  
Louise Francoeur, présidente

*22/06/2005*  
Date

*Ce rapport est valide jusqu'au : 30 juin 2005*

## LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EST COMPOSÉ DES MEMBRES SUIVANTS:

Nom, Prénom	Champ d'activités des membres
Champoux, Nathalie	Médecin
Crowe, Céline	Membre expert invité et représentante de l'Université de Montréal
de Champlain, Johane	Juriste
Francoeur, Louise	Présidente, Infirmière clinicienne spécialisée (substitut de la conseillère en éthique)
Fimbel, Eric	Chercheur
Gangbè, Marcellin	Représentant des étudiants post-gradués
Gilbert, Brigitte	Neuropsychologue clinicienne
Joncas, Steve	Neuropsychologue clinicien (substitut)
Lagacé, Lise	Juriste (substitut)
Massoud, Fadi	Médecin (substitut)
Monchi, Oury	Représentant des chercheurs (substitut)
Nadeau, Monique	Représentante du public
Normandin, Monique	Représentante du public
Parizeau, Marie-Hélène	Éthicienne
Robitaille, Chantale	Représentante des étudiants post-gradués (substitut)
Rousseau, Jacqueline	Chercheuse

**Annexe B : Formulaires de consentement à participer à l'étude**

- Membres de l'équipe interdisciplinaire*
- Gestionnaire ou personnel de l'encadrement*



Faculté de médecine	Saint-Jubert
Département d'administration de la santé	

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE

Membres de l'équipe interdisciplinaire

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant, dans les conditions décrites ci-dessous :

**Titre du projet :** L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes multidisciplinaires dans un contexte de soins de longue durée gériatrique.

**Responsable du projet:** France Camiré      Inf. Bacc. Sc. Inf., cand. M. Sc.  
Lise Lamothe,                                      Ph. D. Professeure agrégée  
Département d'administration de la santé

**Présentation du projet :**

Nous vous demandons de participer au présent projet de recherche. Cependant avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

La présente consultation s'inscrit dans le cadre d'une recherche en Administration de la santé visant à mieux comprendre la façon dont les différents professionnels collaborent entre eux et à déterminer comment s'actualise cette collaboration auprès de la clientèle. Elle vise donc à approfondir le phénomène de la collaboration interprofessionnelle par l'analyse des dynamiques ayant cours entre les professionnels dans la formation des équipes interprofessionnelles intervenant auprès des personnes âgées dans le programme de soins de longue durée.

**Nature et durée de la participation**

Ma contribution à l'étude implique

1. De participer à un entretien individuel d'environ une heure dans votre établissement selon votre disponibilité et de consentir à ce que l'entretien soit enregistré sur bande audio. De plus, vous devez relire le compte-rendu de la réunion et le valider. Le caractère individuel des entretiens pourrait cependant amener certaines variations du temps prévu.

2. D'être observé(e) à trois reprises lors de discussion clinique dans le contexte habituel de rencontre d'équipe multidisciplinaire. Aucun enregistrement ne sera réalisé lors de ces rencontres.
3. De remplir un court questionnaire portant sur les données complémentaires.

Une période de temps approximative de 5 minutes sera nécessaire à la complétion du questionnaire (données complémentaires). Cependant ma participation à l'entrevue implique une disponibilité minimale d'une heure pour la réalisation de l'entretien et une période de temps supplémentaire pour la vérification du contenu de l'entrevue.

#### **Avantages de participer l'étude**

Je ne retirerai aucun avantage de ma participation à ce projet si ce n'est ma contribution à l'avancement des connaissances scientifiques en regard du phénomène de la collaboration interprofessionnelle en soins de longue durée.

#### **Inconvénients et risques de participer l'étude**

Aucun risque ni inconvénient majeurs ne peuvent découler de ma participation si ce n'est le temps consacré à l'étude et l'inconfort d'être observé et enregistré.

#### **Information concernant le projet**

La chercheuse s'engage à répondre à votre satisfaction à toute question que vous poserez à propos du projet de recherche auquel vous acceptez de participer. De plus, si le présent formulaire de consentement comporte des termes pour lesquels vous aimeriez recevoir une explication, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles.

#### **Retrait de ma participation**

Mon autorisation à participer au projet de recherche décrit ci-dessus est totalement volontaire et je reste à tout moment libre de mettre fin à celle-ci sans avoir ni à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. De plus, les données qui me concernent pourront à ma demande être détruites. Dans la situation où le retrait concerne spécifiquement l'observation, le chercheur s'engage à se retirer et à arrêter l'observation.

#### **Arrêt du projet par le chercheur**

Le projet de recherche peut être interrompu par les chercheurs pour différents motifs ou certaines circonstances, par exemple, des contre-indications d'ordre éthique ultérieures, l'établissement de nouveaux critères de sélection auxquels le sujet ne répondrait plus, etc.

**Confidentialité**

Les chercheurs ci-haut mentionnées seront les seules personnes impliquées dans la recherche et s'engagent à préserver votre identité confidentielle dans l'analyse et la présentation des données de la recherche (rien ne permettant de vous identifier ou de vous retracer). À cet effet les renseignements personnels ou toute autre indication vous concernant seront traités de façon confidentielle et conservés sous clés. De plus, toutes les données serviront à la seule et unique fin de l'actuelle recherche. Les bandes audio seront détruites dès que les données auront été codées et analysées de façon confidentielle. Il est à noter que les données seront conservées pendant cinq ans et détruites à la fin de ce délai.

Une exception sera faite dans les cas où mon dossier devrait être révisé par un comité de déontologie, le comité d'éthique de la recherche ou par les organismes qui subventionnent ou commanditent cette recherche. Les membres de ces comités sont tenus de respecter les exigences de confidentialité. En outre, un tribunal peut, par ordonnance, autoriser un tiers à consulter les données de recherche me concernant.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques auxquels je m'expose tel qu'exprimés dans le présent formulaire.

\_\_\_\_\_ Nom du sujet \_\_\_\_\_ Signature du sujet

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

« Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie :

- a) Avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire;
- b) Avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;
- c) Lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

\_\_\_\_\_ Nom du chercheur \_\_\_\_\_ Signature du chercheur

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_



**Accès aux chercheurs et procédures d'urgence****Coordonnées des responsables de la recherche**

Lise Lamothe Ph.D.

Professeure agrégée

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Université de Montréal (514) 343-6111

Poste 3141

France Camiré, Bacc Sc. Inf.,

Étudiante à la Maîtrise

Bibliothèque de gériatrie et de gériologie

(514) 340-2800 poste 3262

**En cas de plainte**

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la responsable des plaintes de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal à l'adresse suivante : Docteure Céline Crowe, commissaire à la qualité des services, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565, chemin Queen Mary, Montréal (H3W 1W5). Tél : (514) 340-3513. [REDACTED]

**Information sur la surveillance éthique du projet**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout le déroulement de la recherche. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité d'éthique de la recherche au (514) 340-2800 poste 3250.

Université   
de Montréal

Faculté de médecine	Santé publique
Département d'administration de la santé	

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
À MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE**

Gestionnaires

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant, dans les conditions décrites ci-dessus :

**Titre du projet :** L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes multidisciplinaires dans un contexte de soins de longue durée gériatrique.

**Responsable du projet:** France Camiré Inf. Bacc. Sc. Inf., cand. M. Sc.  
Lise Lamothe, Ph. D. Professeure agrégée  
Département d'administration de la santé

**Présentation du projet :**

Nous vous demandons de participer au présent projet de recherche. Cependant avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

La présente consultation s'inscrit dans le cadre d'une recherche en Administration de la santé visant à mieux comprendre la façon dont les différents professionnels collaborent entre eux et à déterminer comment s'actualise cette collaboration auprès de la clientèle. Elle vise donc à approfondir le phénomène de la collaboration interprofessionnelle par l'analyse des dynamiques ayant cours entre les professionnels dans la formation des équipes interprofessionnelles intervenant auprès des personnes âgées dans le programme de soins de longue durée.

**Nature et durée de la participation**

Ma contribution à l'étude implique

1. De participer à un entretien individuel d'environ une heure dans votre établissement selon votre disponibilité et de consentir à ce que l'entretien soit enregistré sur bande audio. De plus, vous devez relire le compte-rendu de la réunion et le valider. Le caractère individuel des entretiens pourrait cependant amener certaines variations du temps prévu.
2. De remplir un court questionnaire portant sur les données complémentaires.

Une période de temps approximative de 5 minutes sera nécessaire à la complétion du questionnaire (données complémentaires). Cependant ma participation à l'entrevue implique une disponibilité minimale d'une heure pour la réalisation de l'entretien et une période de temps supplémentaire pour la vérification du contenu de l'entrevue.

**Avantages de participer l'étude**

Je ne retirerai aucun avantage de ma participation à ce projet si ce n'est ma contribution à l'avancement des connaissances scientifiques en regard du phénomène de la collaboration interprofessionnelle en soins de longue durée.

**Inconvénients et risques de participer l'étude**

Aucun risque ni inconvénient majeurs ne peuvent découler de ma participation si ce n'est le temps consacré à l'étude et l'inconfort d'être observé et enregistré.

**Information concernant le projet**

La chercheuse s'engage à répondre à votre satisfaction à toute question que vous poserez à propos du projet de recherche auquel vous acceptez de participer. De plus, si le présent formulaire de consentement comportent des termes pour lesquels vous aimeriez recevoir une explication, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles.

**Retrait de ma participation**

Mon autorisation à participer au projet de recherche décrit ci-dessus est totalement volontaire et je reste à tout moment libre de mettre fin à celle-ci sans avoir ni à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. De plus, les données qui me concernent pourront à ma demande être détruites. Dans la situation où le retrait concerne spécifiquement l'observation, le chercheur s'engage à se retirer et à arrêter l'observation.

**Arrêt du projet par le chercheur**

Le projet de recherche peut être interrompu par les chercheurs pour différents motifs ou certaines circonstances, par exemple, des contre-indications d'ordre éthique ultérieures, l'établissement de nouveaux critères de sélection auxquels le sujet ne répondrait plus, etc.

**Confidentialité**

Les chercheurs ci-haut mentionnés seront les seules personnes impliquées dans la recherche et s'engagent à préserver votre identité confidentielle dans l'analyse et la présentation des données de la recherche (rien ne permettant de vous identifier ou de vous retracer). À cet effet les renseignements personnels ou toute autre indication vous concernant seront traités de façon confidentielle et conservés sous clés. De plus, toutes les données serviront à la seule et unique fin de l'actuelle recherche. Les bandes audio seront détruites dès que les données auront été codées et analysées de façon confidentielle. Il est à noter que les données seront conservées pendant cinq ans et détruites à la fin de ce délai.

Une exception sera faite dans les cas où mon dossier devrait être révisé par un comité de déontologie, le comité d'éthique de la recherche ou par les organismes qui subventionnent ou commanditent cette recherche. Les membres de ces comités sont tenus de respecter les exigences de confidentialité. En outre, un tribunal peut, par ordonnance, autoriser un tiers à consulter les données de recherche me concernant.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques auxquels je m'expose tel qu'exprimés dans le présent formulaire.

\_\_\_\_\_

Nom du sujet

Signature du sujet

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

« Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie :

- a) Avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire;
- b) Avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;
- c) Lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

\_\_\_\_\_

Nom du chercheur

\_\_\_\_\_

Signature du chercheur

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Accès aux chercheurs et procédures d'urgence****Coordonnées des responsables de la recherche**

Lise Lamothe Ph.D. Professeure agrégée Département d'administration de la santé Faculté de médecine Université de Montréal (514) 343-6111 Poste 3141	France Camiré, Bacc Sc. Inf., Étudiante à la Maîtrise Bibliothèque de gériatrie et de gérontologie (514) 340-2800 poste 3262
---	---

**En cas de plainte**

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la responsable des plaintes de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal à l'adresse suivante : Docteure Céline Crowe, commissaire à la qualité des services, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565, chemin Queen Mary, Montréal (H3W 1W5).  
Tél : (514) 340-3513. [REDACTED]

**Information sur la surveillance éthique du projet**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout le déroulement de la recherche. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité d'éthique de la recherche au  
(514) 340-2800 poste 3250.

**Annexe C : Guide d'entrevue semi-directive**

- Membres de l'équipe interdisciplinaire*
- Gestionnaires*

Guide d'entrevue semi-directive  
Membres de l'équipe interdisciplinaire  
Inspiré du modèle de collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997)

Numéro d'entretien : \_\_\_\_\_

Pseudonyme : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_\_

**Partie I**

<b>Questions</b>
<p><b>Décrivez-moi ce qu'est pour vous la collaboration interprofessionnelle et dites-moi comment vous la vivez.</b></p>
<p><b>Parlez-moi des moyens qui sont utilisés (par les professionnels) pour mettre en pratique cette collaboration.</b></p> <p><b>Comment sont-ils perçus par les différents intervenants?</b></p>
<p><b>Comment décrivez-vous vos relations avec les autres professionnels? ( Le climat général, la conduite.)</b></p>
<p><b>Dites-moi comment s'exprime, se traduit la collaboration entre les professionnels.</b></p>
<p><b>Comment s'effectue le partage des responsabilités? (Sur quel mode?)</b></p> <p><b>Êtes-vous satisfait de cette répartition?</b></p>
<p><b>Dites-moi la place qu'occupent le résident et sa famille dans la démarche clinique. (L'élaboration et l'application du plan d'intervention.)</b></p>

**Partie II**

<b>Questions</b>
<p><b>1. Est-ce que l'organisation favorise le développement de la collaboration entre les professionnels? (Est-ce une préoccupation ?)</b></p> <p><b>Si oui, dites-moi concrètement de quelle façon (moyens) .</b></p>
<p><b>2. Ce qui se passe à l'extérieur de l'organisation (environnement) influence-t-il la collaboration à l'intérieur de l'organisation?</b></p> <p><b>Si oui, dites-moi concrètement de quelle façon.</b></p>
<p><b>3. Parlez-moi des moyens que vous utilisez ou qui sont utilisés par les gestionnaires pour favoriser la collaboration.</b></p> <p><b>Comment sont-ils perçus?</b></p>
<p><b>4. Dites-moi quels sont les effets de la collaboration que vous observez dans votre pratique.</b></p> <p><b>a. Quels sont-ils pour le résident?</b></p> <p><b>b. Quels sont-ils pour vous?</b></p> <p><b>c. Autres, spécifiez.</b></p>

**Il y a-t-il d'autres aspects importants concernant la collaboration que vous aimeriez ajouter ou préciser?**

---



---



---



---



Guide d'entrevue semi-directive  
Gestionnaires  
Inspiré du modèle de collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997)

Numéro d'entretien : \_\_\_\_\_

Pseudonyme : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_\_

Questions
<p>1. <b>Décrivez-moi ce qu'est pour vous la collaboration interprofessionnelle et et</b> <b>Dites-moi comment vous la vivez.</b></p>
<p>2. <b>Est-ce que l'organisation favorise le développement de la collaboration entre les professionnels? (Est-ce une préoccupation ?)</b></p> <p><b>Si oui, dites-moi concrètement de quelle façon (moyens).</b></p>
<p>3. <b>Ce qui se passe à l'extérieur de l'organisation (environnement) influence-t-il la collaboration à l'intérieur de l'organisation?</b></p> <p><b>Si oui, dites-moi concrètement de quelle façon .</b></p>
<p>4. <b>Parlez-moi des moyens que vous utilisez ou qui sont utilisés par les gestionnaires pour favoriser la collaboration.</b></p> <p><b>Comment sont-ils perçus?</b></p>
<p>5. <b>Dites-moi quels sont les effets de la collaboration que vous observez dans votre pratique.</b></p> <p style="margin-left: 40px;">a. <b>Quels sont-ils pour le résident?</b> b. <b>Quels sont-ils pour vous?</b> c. <b>Autres, spécifiez.</b></p>

**Il y a-t-il d'autres aspects importants concernant la collaboration que vous aimeriez ajouter ou préciser?**

---



---



---



---

**Annexe D: Questionnaire sur les données complémentaires**

**Données complémentaires**

Pseudonyme : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**□ Profession**

*Quelle est votre formation de base : \_*

- Quel est le dernier diplôme obtenu : \_\_\_\_\_
- En quelle année? \_\_\_\_\_

**□ Expérience**

*Nombre d'années d'expérience dans le programme de soins de longue durée : \_\_*

*Nombre d'années d'expérience dans l'organisation : \_\_\_\_\_*

*Nombre d'années d'expérience avec les équipes interdisciplinaires : \_\_\_\_\_*

**□ Formation spécifique**

*Avez-vous une formation reliée au travail avec les équipes professionnelles?  
(interdisciplinarité)*

Oui

non

Si oui décrire le type de formation suivie

Formation de base : \_\_\_\_\_

Formation en cours d'emploi : \_\_\_\_\_

# Annexe E : Guide d'observation des rencontres interprofessionnelles

Guide d'observation pour les rencontres d'équipe interprofessionnelle  
 élaborés à partir du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997)

Date de l'observation : \_\_\_\_\_  
 Type de rencontre : \_\_\_\_\_  
 Discussion # : \_\_\_\_\_

Dimensions	Facteurs ou variables	Critères d'observation	Appréciation		Commentaires / manifestations
			Présent	Absent	
Délégation	Leadership	Comment le pouvoir est-il négocié? <input type="checkbox"/> Le leadership est-il consensuel (pouvoir décisionnel à l'équipe) ou partagé ou monopolisé, diffus, éclaté? <input type="checkbox"/> Est-ce que tous les professionnels sont impliqués et mobilisés? Implication des membres comme « expert » <input type="checkbox"/> L'implication est-elle globale, forte ou ponctuelle, morcelée : réservée à certains professionnels ou à certains cas?			
	Expertise	De quelle façon se centre-t-on sur la clientèle? <input type="checkbox"/> Existe-t-il un mode de présentation ou un cadre de présentation? <input type="checkbox"/> Les membres de l'équipe sont-ils tous impliqués dans la discussion? <input type="checkbox"/> Comment l'information relative à la clientèle est partagée, circule-t-elle? (disciplinaire ou centrée clientèle, collectif ou individuel, y a-t-il des échanges) <input type="checkbox"/> Les professionnels sont-ils tous préparés? (information complète) <input type="checkbox"/> Le PII est-il bien défini?			
Finalisation	Finalités Conceptions communes transactions	<input type="checkbox"/> Les objectifs, interventions, le suivi et la réévaluation sont-ils bien définis? <input type="checkbox"/> Quelle est la proportion du temps allouée à l'échange d'information et à la planification des interventions? <input type="checkbox"/> Discours est-il centré sur des besoins professionnels, organisationnels ou sur les besoins de la clientèle?			
	Allégeances				
Intériorisation	Connaissance mutuelle (interconnaissance)	<input type="checkbox"/> L'information est-elle transmise de façon claire et concise? (vocabulaire utilisé : hermétique, explicite) <input type="checkbox"/> Quel est le climat des discussions? (Conflituel, tendu ou souple, témoignage de l'ouverture aux autres, respectueux (confiance ancrée, contingente, absente) <input type="checkbox"/> Le climat favorise-t-il la prise de décision communes?			
	Confiance	<input type="checkbox"/> La structuration des responsabilités <input type="checkbox"/> Comment se fait l'attribution des responsabilités professionnelles? (délimitées ou partagées)			
	Partage des territoires communs				
Formalisation	Coordination de l'intervention clinique	<input type="checkbox"/> Les membres de l'équipe sont-ils tous présents? <input type="checkbox"/> Les fonctions à l'intérieur du groupe sont-elles connues? <input type="checkbox"/> Y a-t-il un professionnel responsable de l'animation? <input type="checkbox"/> Y a-t-il un professionnel responsable de la rédaction du PII <input type="checkbox"/> La conduite de la rencontre (discussion) favorise-t-elle les échanges d'informations? (production/gestion/régulation)			
	Modalités d'interaction au sein de l'équipe	<input type="checkbox"/> De quelle façon le résident est appelé à collaborer? <input type="checkbox"/> Invité, impliqué dans la discussion, consulté et/ou représenté <input type="checkbox"/> Y a-t-il un intervenant pivot? (répondant principal du client)			
	Infrastructure d'information	<input type="checkbox"/> Existe-t-il des instruments (ou guide) d'échange d'information? <input type="checkbox"/> Lieux de discussion formel, favorisent-ils l'échange? <input type="checkbox"/> Le temps dont disposent les membres de l'équipe est-il suffisant?			

**Annexe F: Instruments de collecte d'information**

- Tableau de compilation*
- Modalités de présentation et horaire*
- Représentation physique*



**LA RÉUNION INTERDISCIPLINAIRE**  
**Modalités de présentation-horaire-ADM**

Heure début de la rencontre: \_\_\_\_\_

**A- ASPECT PSYCHOSOCIAL**

- Histoire sociale antérieure (inf, md, ...)
- Contexte familial actuel (inf, md., ...)
- Réaction à l'hébergement (inf. tous)
- Aspect légal (régime de protection, gestion des biens, consentement, etc.) (md., inf-chef)
- Attentes du bénéficiaire et de la famille (inf., ...)

Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

**B- PROBLÈMES DE SANTÉ**

- Histoire médicale (md.)
- Diagnostics médicaux actuels (md., pharm., inf...)
- Niveau d'intervention médical (md., ...)
- Autres problèmes de soins (inf)

Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

**C- VIE QUOTIDIENNE**

- Autonomie fonctionnelle (physio., inf., ergo ...)
- Alimentation (nutr., inf., md, ...)
- Facultés cognitives (inf., md., ergo., ...)
- Personnalité et comportements habituels (inf., tous)
- Activités et loisirs (tous)
- Aspect spirituel (aum., inf.,)
- Sécurité (inf., ergo., physio., md., ...)

Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

---

**D- PROBLÈMES RETENUS** Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

**E- OBJECTIF GÉNÉRAL** Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

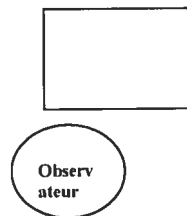
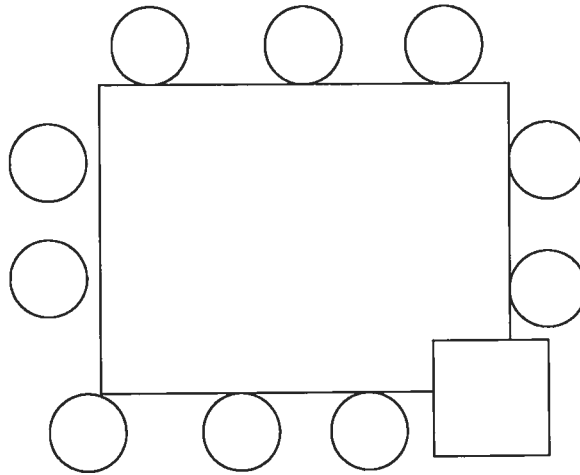
**F- OBJECTIFS SPÉCIFIQUES** Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

**G- SUIVI DE LA RENCONTRE** Heure début : \_\_\_\_\_ Heure fin : \_\_\_\_\_

- Avec qui ? (bénéficiaire, membre(s) de la famille)
- Par qui ? (intervenant(s), modalité, etc.)
- Quand ?

Heure fin de la rencontre : \_\_\_\_\_

*Représentation physique des intervenants*



**Annexe G : Organigramme**

- *Personnel d'encadrement ciblé par l'entrevue*



