

Université de Montréal

**Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les  
professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en  
oncologie et en hématologie**

par

Leticia San Martin Rodriguez

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)  
en sciences infirmières

Janvier, 2007



© Leticia San Martin Rodriguez, 2007

WY

5

U58

2007

v.004

**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

Cette thèse intitulée;

Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez  
les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie

présentée par;

Leticia San Martin Rodriguez

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes;

Mme José Côté, président-rapporteur

Mme Danielle D'Amour, directeur de recherche

Mme Nicole Leduc, co-directeur

M. Raynald Pineault, membre du jury

Mme Diane Morin, examinateur externe

Mme José Côté, représentant du doyen de la FES



## *Sommaire*

La formation d'équipes interprofessionnelles qui travaillent en collaboration est devenue la base fondamentale de l'organisation du travail dans les établissements de santé. Du développement de la collaboration interprofessionnelle l'on attend des résultats positifs autant pour les patients que pour les professionnels membres des équipes. Le but de cette étude est d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels faisant partie des équipes de soins (satisfaction au travail et engagement organisationnel), ainsi que chez les patients hospitalisés (satisfaction, incertitude à l'égard de la maladie, du traitement et de l'hospitalisation, adéquation de la gestion de la douleur et durée du séjour). Pour guider la recherche, un modèle conceptuel a été élaboré à partir d'une recension des écrits et en prenant comme toile de fond le « Quality Health Outcomes Model » de Mitchell et al. (1998). L'évaluation des effets chez les professionnels a été effectuée à l'aide d'un devis corrélationnel, alors que l'évaluation des effets chez les patients a été réalisée au moyen d'un devis comparatif. L'échantillon a été formé de 41 professionnels (médecins, infirmières et résidents) et de 312 patients appartenant à quatre équipes de soins en oncologie et hématologie d'un centre hospitalier universitaire espagnol. L'analyse des données a été effectuée à l'aide de modèles de régression linéaire multiple et de modèles d'analyse de variance (ANOVA). Les résultats indiquent que l'intensité de la collaboration a un effet positif sur la satisfaction au travail des professionnels ainsi que sur la satisfaction des patients, le niveau d'incertitude et l'adéquation de la gestion de la douleur. Les résultats indiquent aussi que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle n'a d'effet ni sur

l'engagement des professionnels envers l'organisation, ni sur la durée du séjour du patient à l'hôpital. Les résultats peuvent s'expliquer par le degré de coordination et par le niveau de partage des activités cliniques caractérisant les équipes qui travaillent en collaboration. D'une part, la coordination maximise la convergence des efforts des différents professionnels et minimise les ruptures dans les processus de soins. D'autre part, le partage des activités cliniques - matérialisé par un partage de l'information et par un partage de la prise des décisions - permet que les interventions soient davantage holistiques et centrées sur les besoins du patient. Cette étude contribue de façon importante à la compréhension des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels membres des équipes et chez les patients hospitalisés dans les unités des soins en oncologie et en hématologie. À cet égard, l'étude démontre qu'une petite différence d'intensité de collaboration, même faible, a des répercussions réelles sur les résultats chez les patients.

**Mots-clés :** collaboration interprofessionnelle - étude corrélationnelle - étude comparative – résultats - satisfaction au travail - engagement organisationnel - satisfaction des patients – incertitude - gestion de la douleur - durée du séjour

## *Summary*

The implantation of interprofessional teams working in collaboration become the fundamental basis of the organization of work in health organizations. The development of interprofessional collaboration is expected to yield positive results for the patients and the professionals working in healthcare teams. The aim of this study is to evaluate the effects of interprofessional collaboration on professionals working in healthcare teams (job satisfaction and organizational commitment), and on hospitalized patients (patients' satisfaction, uncertainty, pain management and length of stay). Inspired by a literature review, as well as by the « Quality Health Outcomes Model » proposed by Mitchell et al. (1998), we elaborate a conceptual model to guide this research. The evaluation of the effects at the professionals' level was conducted through a correlational design, whereas the evaluation of the effects at the patients' level was made under a comparative design. The sample consisted of 41 professionals (physicians, residents and nurses) and 312 patients from four care teams in oncology and hematology in a Spanish tertiary-care university hospital. The data was subjected to multiple linear regression analyses and analyses of variance (ANOVA). The findings show that the intensity of interprofessional collaboration has a positive effect on professionals' job satisfaction, as well as on patient's satisfaction, uncertainty and pain management. The findings also suggest that the intensity of interprofessional collaboration does not have an effect on the professionals' organizational commitment, nor on the patient's length of stay at the hospital. These findings can be

explained by the degree of coordination between professionals and the degree to which clinical activities are shared, characteristics of collaborative work. On the one hand, the coordination maximizes the convergence of various types of contributions and minimizes process interferences or breakdowns. On the other hand, the sharing of clinical activities – in the form of information sharing and shared decision making – makes it possible for interventions to be more holistic and better focused on patient needs. This study contributes to our understanding of the effects of interprofessional collaboration on professionals working in healthcare teams, and on hospitalized patients in oncology and hematology. In addition, this study suggests that even small differences in intensity of interprofessional collaboration have a concrete effect on observable patient results, and this alone constitutes a major finding for this study.

**Keywords:** interprofessional collaboration - correlational design - comparative design – outcomes - job satisfaction - organizational commitment - patient satisfaction - uncertainty - pain management - length of stay

## *Table des matières*

<i>Sommaire</i> _____	<i>iii</i>
<i>Summary</i> _____	<i>v</i>
<i>Table des matières</i> _____	<i>vii</i>
<i>Liste des tableaux</i> _____	<i>xi</i>
<i>Liste des figures</i> _____	<i>xii</i>
<i>Liste des figures</i> _____	<i>xii</i>
<i>Remerciements</i> _____	<i>xiv</i>
<i>Introduction</i> _____	<i>1</i>
<i>Chapitre 1. Le problème</i> _____	<i>4</i>
Le but de la recherche _____	<i>11</i>
<i>Chapitre 2. La recension des écrits</i> _____	<i>12</i>
<b>Les équipes de travail</b> _____	<b><i>13</i></b>
Qu'est-ce qu'une équipe de travail? _____	<i>13</i>
Les équipes de travail en santé et le cas particulier des équipes interprofessionnelles en oncologie _____	<i>15</i>
<b>La collaboration</b> _____	<b><i>18</i></b>
Qu'est ce que la collaboration ? _____	<i>18</i>
Les approches théoriques de la collaboration _____	<i>18</i>
<b>Les effets de la collaboration interprofessionnelle</b> _____	<b><i>25</i></b>
Les effets de la collaboration dans les équipes de travail _____	<i>26</i>
Les effets de la collaboration interprofessionnelle en santé _____	<i>27</i>
<b>Le modèle conceptuel</b> _____	<b><i>39</i></b>
La collaboration interprofessionnelle _____	<i>41</i>
Les résultats de la collaboration interprofessionnelle et chez les professionnels et chez les patients atteints de cancer _____	<i>50</i>

<b>Les hypothèses de recherche</b>	<b>58</b>
<b>Chapitre 3. Les méthodes</b>	<b>61</b>
<b>Le devis de la recherche</b>	<b>62</b>
<b>Les variables et les méthodes de collecte des données</b>	<b>63</b>
Variable indépendante : Intensité de la collaboration interprofessionnelle	63
Variables de résultats chez les professionnels	65
Variables de résultats chez les patients	68
Les variables d'interaction	77
<b>Traduction et validation des instruments en espagnol</b>	<b>81</b>
<b>L'échantillonnage</b>	<b>82</b>
Population à l'étude et critères d'inclusion et d'exclusion	82
Le type d'échantillonnage	83
La taille de l'échantillon	84
<b>Le déroulement de l'étude</b>	<b>85</b>
<b>Le plan d'analyse des données</b>	<b>87</b>
L'analyse des données pour le devis corrélationnel	88
L'analyse des données pour le devis comparatif	89
<b>Les considérations éthiques</b>	<b>92</b>
<b>Chapitre 4. Les articles</b>	<b>93</b>
<b>Article 1. Traduction en espagnol et validation d'un questionnaire mesurant la collaboration médecin-infirmière.</b>	<b>96</b>
Introduction	96
Méthodologie	99
Résultats	104
Discussion	108
Conclusion	112
Références	114
Annexe	118

<b>Article 2. Validation d'un instrument de mesure de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle en santé, traduit en espagnol.</b>	<b>121</b>
Introduction	121
Méthodologie	124
Résultats	128
Discussion	133
Conclusion	140
Références	142
Annexe	146
<b>Article 3. Effects of interprofessional collaboration on job satisfaction and professional commitment on hospital care teams</b>	<b>151</b>
Introduction	151
Background	152
Aim	156
Methodology	157
Results	163
Discussion	168
Conclusions	174
Acknowledgements	175
List of References	177
<b>Article 4. Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients</b>	<b>185</b>
Statement of the problem	185
Background	187
Hypothesis	190
Method	192
Results	196
Discussion	203
Conclusion	211
Acknowledgements	211
References	212
<b>Chapitre 5. Analyses additionnelles</b>	<b>221</b>

<b>L'intensité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes</b>	<b>222</b>
<b>Les résultats chez les patients</b>	<b>226</b>
Hypothèse 1	226
Hypothèse 2	229
Hypothèse 3	232
Hypothèse 4	234
<b>Chapitre 6. Discussion</b>	<b>237</b>
<b>Les limites de l'étude</b>	<b>238</b>
<b>La contribution au développement des connaissances</b>	<b>242</b>
Une contribution d'aspect méthodologique	243
Une contribution à la compréhension des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels	244
Une contribution à la compréhension des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les patients	246
<b>Les recommandations</b>	<b>251</b>
Recommandations sur le plan de la recherche	251
Recommandations adressées aux cliniciens et aux gestionnaires	253
Recommandations adressées aux formateurs	256
<b>Conclusion</b>	<b>257</b>
<b>Références</b>	<b>260</b>
<b>Annexe A. Stratégie de recherche de la revue des écrits</b>	<b>287</b>
<b>Annexe B. Questionnaire pour les professionnels</b>	<b>290</b>
<b>Annexe C. Questionnaire pour les patients</b>	<b>300</b>
<b>Annexe D. Formulaire de consentement pour les professionnels</b>	<b>309</b>
<b>Annexe E. Formulaire de consentement pour les patients</b>	<b>320</b>

### *Liste des tableaux*

<b>Tableau 1.</b> Les hypothèses à l'étude _____	60
<b>Tableau 2.</b> Résumé des variables à l'étude _____	76
<b>Tableau 3.</b> Caractéristiques des équipes _____	223
<b>Tableau 4.</b> Résultats de la procédure de Tukey-Kramer _____	224
<b>Tableau 5.</b> ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante: Satisfaction _____	226
<b>Tableau 6.</b> Comparaisons doubles (Bonferroni). Variable dépendante : Satisfaction _____	229
<b>Tableau 7.</b> ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante : Incertitude _____	230
<b>Tableau 8.</b> Résultats de l'analyse ANOVA à deux facteurs : Incertitude _____	230
<b>Tableau 9.</b> ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante : Adéquation de la gestion de la douleur _____	232
<b>Tableau 10.</b> ANOVA à deux facteurs : Adéquation de la gestion de la douleur _____	233
<b>Tableau 11.</b> ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante : Durée du séjour _____	235
<b>Tableau 12.</b> Test-t. Variable dépendante: Durée du séjour _____	235

*Liste des figures*

<b>Figure 1.</b> Cadre de référence _____	40
<b>Figure 2.</b> Box-plot « collaboration élevée » et « faible collaboration » _____	225
<b>Figure 3.</b> Moyennes de la satisfaction des patients selon la perception de l'état de santé _____	228
<b>Figure 4.</b> Moyennes de l'incertitude des patients _____	231
<b>Figure 5.</b> Moyennes de l'adéquation de la gestion de la douleur _____	233

*À ma grand-mère "amama" et à ma filleule  
Ángela, pour tout ce qu'elles me donnent  
quand on est ensemble et pour tout ce temps  
que ce travail ne nous a pas permis de  
partager.*

## *Remerciements*

Par ces quelques lignes je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et m'ont accompagnée tout au long de ces dernières années, en soutenant mes efforts et en m'aidant à persévérer afin de mener cette thèse à terme.

Tout d'abord, je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à ma directrice de thèse, Mme Danielle D'Amour. J'apprécie la très grande chance d'avoir travaillé sous la direction d'une personne d'une telle envergure professionnelle et humaine. Je la remercie de la confiance qu'elle m'a accordée dès le début, de son soutien sans faille, de sa patience, de sa disponibilité sans limites et du respect qu'elle m'a toujours témoigné. J'ai beaucoup appris au cours de ces quatre ans pendant lesquels j'ai travaillé auprès d'elle. Pour moi elle restera toujours un exemple de ténacité au travail, de rigueur et de respect. J'adresse également mes remerciements à Mme Nicole Leduc, qui m'a fait l'honneur de codiriger mes travaux de thèse. Ses connaissances et son expertise m'ont été très profitables. J'ai apprécié ses suggestions et remarques ainsi que son attitude positive et encourageante tout au long de la réalisation de la thèse. Enfin, je remercie M. Miguel Chagnon, professeur du Département de mathématiques et statistiques, pour ses précieux conseils en statistique et pour sa disponibilité.

Je tiens à remercier tout spécialement mes parents, Jesús et Elena et mes sœurs, Dorinda et Marlen. Malgré la distance, j'ai toujours ressenti leur soutien et leur accompagnement. Je vous dis à tous merci du plus profond de mon cœur. Je ressens

également beaucoup de gratitude envers ma « famille québécoise ». Elle a été pour moi une source inestimable d'affection, de soutien et d'encouragement tout au long de mon séjour à Montréal. Je me souviendrai toujours des très bons moments passés ensemble. Merci infiniment à tous les trois.

Un grand merci à mes amies de toujours, Amaia, Ana, Begoña, Cristina, Idoia, Isabel, Itziar, Nora, Nuria, Perica, Toya et Virginia, pour leur amitié indéfectible et pour tous les bons moments vécus ensemble pendant ces années. Une pensée particulière pour Itziar, Nuria et Virginia, qui ont malheureusement vécu de très près l'expérience de l'hospitalisation en oncologie.

En terminant, je tiens à remercier tous les professionnels et tous les patients qui ont participé à l'étude. Merci tout particulièrement aux patients qui, malgré les moments difficiles qu'ils étaient en train de vivre, ont accepté avec générosité et gentillesse de collaborer à l'étude. Ils m'ont tous appris que derrière chaque chiffre il y a une histoire...

## *Introduction*

La présente thèse se préoccupe des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les patients<sup>1</sup> hospitalisés ainsi que chez les professionnels faisant partie des équipes de soins. Elle est rédigée selon le mode de présentation par articles, consistant à exposer les principaux résultats issus de la recherche sous forme d'articles scientifiques. Les quatre articles formant le corpus de la thèse sont précédés des chapitres sur la problématique, la recension des écrits et la méthode et sont suivis des chapitres portant sur les analyses additionnelles et la discussion. Le contenu de la thèse comprend donc six chapitres.

Le premier chapitre présente une description de la problématique qui est à l'origine de l'étude et énonce le but de la recherche. Le deuxième chapitre s'attarde, tout d'abord, à la recension des écrits concernant la problématique à l'étude, puis au modèle conceptuel guidant la recherche et finalement, aux hypothèses de l'étude. Les différents éléments de la méthode utilisée pour répondre à ces hypothèses sont présentés dans le troisième chapitre.

Le quatrième chapitre contient les quatre articles qui forment le corpus de cette thèse et qui présentent les résultats de l'étude. Il s'agit de deux articles méthodologiques et de deux articles concernant les résultats découlant de la recherche. Les deux articles méthodologiques portent sur la traduction et la validation de deux questionnaires de mesure de la collaboration interprofessionnelle. Ces deux articles sont rédigés en français, mais ils ont été soumis pour publication en langue espagnole. Les deux autres articles portent sur les

---

<sup>1</sup> Dans ce document, le masculin est utilisé pour alléger le texte, mais il englobe aussi le genre féminin. Seul le mot infirmière sera toujours utilisé au féminin et inclura les infirmiers.

effets de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients et ils sont rédigés en anglais.

Le cinquième chapitre présente les résultats des analyses additionnelles, menées dans le but de mettre davantage en lumière certains des résultats exposés dans les articles. Il s'agit plus spécifiquement des résultats apportés par l'analyse des données concernant les variables de résultats chez les patients. Finalement, le chapitre six présente une discussion portant sur les résultats obtenus de l'étude. Cette discussion s'articule autour de trois éléments, soit les limites de l'étude, la contribution de la recherche au développement des connaissances et les recommandations sur le plan de la recherche, de la pratique et de la formation.

## *Chapitre 1. Le problème*

La très grande compétitivité caractérisant le marché a obligé les organisations à adopter des systèmes de travail innovateurs, susceptibles de constituer une alternative valable aux systèmes de production traditionnels (Appelbaum & Batt, 1994). Cette approche tente de répondre à une réalité qui se complexifie, tant au niveau des connaissances qu'à celui des modalités de travail (Solar, 2001). Les organisations font face au défi d'une nouvelle ère qui impose des niveaux de performance vertigineux. Afin de parvenir à la qualité maximale, le défi consiste à se centrer sur le client, à innover sans cesse, à responsabiliser le personnel et à travailler en partenariat avec les fournisseurs et les clients (Katzenbach & Smith, 1993).

Ainsi, à partir des années '70, les organisations ont commencé à avoir recours à des équipes de travail comme unité fondamentale de l'organisation du travail (Appelbaum & Batt, 1994; Shea & Guzzo, 1987). L'idée principale c'était que la conjugaison en temps réel de la compétence, de l'expérience et du jugement de diverses personnes, constituait une contribution positive, tant en termes d'efficacité que de satisfaction des professionnels et des clients (Droler, 1999; Katzenbach & Smith, 1993; Mohrman, Cohen & Mohrman, 1995; Solar, 2001). Les groupes de travail sont ainsi devenus l'unité fondamentale de l'organisation (Steiner, 1972; Sundstrom, De Meuse & Futrell, 1990) et cela au point où, selon certains auteurs, le succès ou l'échec d'une organisation dépend de la façon dont les personnes travaillent effectivement ensemble, en équipes (Margerison & McCann, 1995; Smith-Blancett, 1997).

Dans le domaine de la santé, l'utilisation d'équipes pour accomplir le travail clinique a constitué le changement le plus important en ce qui concerne l'organisation du travail (D'Aunno, 1996). D'après Golin et Ducanis (1981), il y a trois facteurs qui ont accentué la promotion du développement de l'approche en équipe dans les organisations de santé : 1) le développement d'une conception plus globale du patient et donc d'une vision des problèmes de santé comme étant plus complexes, 2) les besoins de l'organisation d'assurer une continuité entre des disciplines de plus en plus spécialisées et fragmentées et 3) les orientations externes qui privilégient l'utilisation d'équipes de travail, comme la pierre angulaire des soins de meilleure qualité. Ainsi, l'organisation du travail en équipe essaie de répondre aux demandes de soins plus globaux, mieux coordonnés et moins coûteux (D'Aunno).

Des études menées dans le champ de la psychologie sociale et organisationnelle ont mis en évidence le fait que l'organisation du travail basée sur des équipes suppose, comparativement aux formes traditionnelles, une amélioration des niveaux d'efficacité organisationnelle (Appelbaum & Batt, 1994; Kalleberg & Moody, 1994; Macy & Izumi, 1993). On croit que dans certaines circonstances, si les individus travaillent ensemble, de façon interdépendante vers des objectifs partagés, il peut se produire un effet de synergie, c'est-à-dire que la performance du groupe peut devenir supérieure à la somme des performances individuelles (West, 1996).

L'un des phénomènes de groupe qui a été à l'origine de cet effet de synergie au sein des équipes c'est la collaboration (Argyle, 1991; Blumberg, 1994), c'est-à-dire un type de comportement social basé sur les relations interpersonnelles (Deutsch, 1982). La collaboration est ainsi présentée comme étant un phénomène influençant fortement les processus menés à l'intérieur du groupe et conséquemment, l'efficacité du groupe. Selon les études menées à ce sujet, la collaboration a fait preuve de plus d'efficacité que la compétition ou que le travail individuel et cela, grâce à une amélioration du degré d'accomplissement des membres et de la productivité du groupe (Blumberg; Dailey, 1977; Deutsch, 1949; Johnson, Maruyama, Johnson, Nelson & Skon, 1981). Cette valeur ajoutée attribuée au phénomène de la collaboration a été expliquée par différents facteurs : l'amélioration de la qualité des décisions prises (Smith, Carroll & Ashford, 1995), une meilleure coordination des tâches, une meilleure communication entre les membres du groupe, un plus grand effort de maintien, de renforcement et de régulation du groupe (Davis, 1969), une réduction du temps de résolution des problèmes (Dailey) et du cycle de production (Smith et al.), une plus grande créativité (Dailey) et des niveaux plus élevés de satisfaction et de bien être (Dailey; Sonnentag, 1996).

En ce qui a trait aux équipes interprofessionnelles en santé, le travail en collaboration a également été identifié comme étant l'une des composantes essentielles de l'efficacité de ces équipes (Golin & Ducanis, 1981; Heinemann, 2002). La collaboration interprofessionnelle est ainsi considérée dans les écrits comme la façon la plus efficiente, efficace et satisfaisante d'offrir des soins de santé (Alpert, Goldman, Kilroy & Pike, 1992;

Baggs & Schmitt, 1988; Drotar, 2002; Evans, 1994; Fagin, 1992; Hanson, Spross & Carr, 2000; Lappe, 1993; Pike, McHugh, Canney, Miller, Reiley & Seibert, 1993; Robinson & Kish, 2001; Stichler, 1995). Ces écrits soutiennent que la pratique de soins devrait éventuellement être bonifiée, car la collaboration entre les professionnels suppose une intégration des connaissances et de l'expertise de chaque professionnel (Ducanis & Golin, 1979; Ivey, Brown, Teste & Silverman, 1987; Klein, 1990), une maximisation synergique de la contribution de chaque participant (Alpert et al.; Evans; Henry, Schmitz, Reif, & Rudie, 1992; Pike et al.) et surtout, une orientation des efforts de tous les professionnels de l'équipe envers les besoins de la clientèle (Cook, Gerrish & Clarke, 2001; D'Amour & Oandasan, 2005; Golin & Ducanis; Schmitt, Farrell & Heinemann, 1988). Or, les patients ne sont pas les seuls bénéficiaires de ce modèle de pratique en collaboration. Théoriquement, quand une équipe de santé réussit à travailler en collaboration, on attend des résultats positifs pour toutes les parties impliquées dans le processus : les patients, les professionnels et les organisations de santé (Sullivan, 1998).

Conséquemment, au cours des dernières années, on demande aux professionnels de la santé d'investir tous leurs efforts dans le développement d'une pratique en collaboration et des structures organisationnelles visant une plus grande intensité de collaboration interprofessionnelle sont mises en place. La transformation des structures traditionnelles fonctionnelles par des structures par programme ou la mise en place des réseaux intégrés de soins sont des exemples des efforts pour remplacer le modèle traditionnel de soins par une approche fondamentale de collaboration interprofessionnelle (Hurst, 1996; Lutz & Bowers,

2000; Provan, Milward & Isett, 2002). Ainsi, bien que les structures et les appellations données soient différentes, tous les changements mis en place font appel, d'une façon ou d'une autre, à la notion de collaboration (D'Amour, 2002).

L'un des secteurs de la santé où, au cours des dernières années, on a tenté de développer la collaboration dans les équipes interprofessionnelles est le secteur des soins et des services en oncologie. Dans les pays industrialisés, ce secteur fait face à 4,7 millions de nouveaux patients recevant un diagnostic de cancer chaque année (Ferlay, Bray, Pisani & Parkin, 2001), maladie qui est à l'origine de 20 % des décès dans ces pays (World Health Organization [WHO], 2001). La maladie du cancer entraîne pour les systèmes de santé des coûts directs et indirects astronomiques, qui ne font que croître année après année (Brown, Hodgson & Rice, 1996).

À l'heure actuelle, les professionnels de la santé et des services sociaux considèrent la collaboration interprofessionnelle comme l'élément essentiel d'un modèle de services de qualité en soins oncologiques, modèle capable de répondre à la complexité caractérisant les soins des personnes atteintes de cancer (American Psychosocial Oncology Society [APOS], 2003; Association of Oncology Social Work [AOSW], 2001; Canadian Association of Psychosocial Oncology-Association Canadienne d'Oncologie Psychosociale [CAPO-ACOP], 1999; Oncology Nursing Society [ONS], 2002; The Royal College of Radiologist [RCR], 1999; Sociedad Española de Enfermería Oncológica [SEEO], 1998). L'OMS, dans ses recommandations pour le développement de programmes nationaux de contrôle du

cancer (WHO, 2002), soutient que « l'application des politiques efficaces de traitement exige une approche d'équipe permettant aux travailleurs sociaux, aux membres de la famille, ainsi qu'aux professionnels de la santé, de fournir des soins spécifiques aux patients atteints de cancer » (p. 76). En effet, le cancer est considéré une maladie chronique (Rowland, 2002) et les patients atteints de cette maladie présentent des besoins multiples, autant d'ordre physique que psychologique et social, qui exigent d'être abordés par un ensemble de professionnels (Bloom, 1979; Halstead, 1976).

Cependant, bien que les écrits théoriques offrent des arguments quant à l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle, les effets du développement d'un travail en collaboration entre les professionnels de la santé ne sont pas encore clairement mis en évidence (Schofield & Amodeo, 1999; Zwarenstein, Reeves & Perrier, 2005). La recherche de cette évidence semble essentielle, compte tenu du fait que les efforts humains et économiques déployés dans les organisations de santé dans le but de mettre en place les changements organisationnels nécessaires au développement de la collaboration interprofessionnelle, ont été très grands. De plus, à notre connaissance, aucune étude au sujet des effets de la collaboration interprofessionnelle n'a été menée dans le contexte des soins aux personnes atteintes de cancer et hospitalisées. Compte tenu de l'importance accordée de nos jours à l'équipe interprofessionnelle dans le secteur des soins en oncologie, il semble donc opportun d'évaluer quels sont les effets de la collaboration développée entre les professionnels de ces équipes.

### **Le but de la recherche**

Cette recherche a pour but d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle auprès des patients hospitalisés dans les unités de soins en oncologie et en hématologie, ainsi qu'auprès des professionnels faisant partie des équipes de ces unités de soins.

## *Chapitre 2. La recension des écrits*

Le présent chapitre expose la recension des écrits. Dans un premier temps, nous aborderons le sujet des équipes de travail dans les organisations. Cette partie présente d'abord la notion d'équipe de travail, puis l'équipe de travail en santé et en soins en oncologie. Dans un deuxième temps, nous aborderons la collaboration interprofessionnelle. Nous exposerons alors le concept de collaboration, les différentes approches théoriques et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle en santé. Nous présenterons, lors de la troisième partie de la recension, le modèle conceptuel guidant cette recherche. Finalement, nous concluons par l'énoncé des hypothèses de recherche proposées pour notre étude.

### **Les équipes de travail**

#### Qu'est-ce qu'une équipe de travail?

Selon St-Arnaud (1989), deux éléments différencient une somme d'individus d'un groupe, soit la perception d'une cible commune et l'ensemble des relations qui s'établissent entre les membres. Ainsi, selon cette perspective, un groupe peut être défini comme « un ensemble de personnes, au moins trois, qui entretiennent des relations structurées en fonction d'un objectif commun » (Morin, 1996, p. 338). Jusqu'aux années '70, les écrits, en provenance principalement du champ de la dynamique des groupes, se sont centrés davantage sur les relations interpersonnelles dans le groupe, en négligeant l'élément concernant la cible commune. Cet élément a été définitivement incorporé aux écrits à partir des années '70 par le courant du développement organisationnel (St-Arnaud).

Cependant, d'autres auteurs sont plutôt d'avis que, pour bien conceptualiser la différence existant entre un groupe et un regroupement d'individus, il faut ajouter d'autres éléments à ceux déjà mentionnés. À cet égard, Shaw (1981) a mené un exercice de regroupement des différents éléments attribués aux groupes. Le résultat de cet exercice ce fut l'identification de six éléments principaux, à savoir : 1) la perception de la part des membres du groupe de l'existence du groupe, 2) la motivation des individus à faire partie du groupe, 3) la nécessité de satisfaire les besoins des membres du groupe, 4) l'atteinte des objectifs, 5) la présence d'éléments de structuration du groupe (rôles, statut, normes) et 6) l'interdépendance des individus.

En ce qui a trait à la notion de *groupe de travail* ou *d'équipe de travail*, de nombreuses définitions ont été proposées. Parmi ces définitions, on trouve celle de Guzzo et Dickson (1996) qui définissent le groupe de travail comme:

Un ensemble d'individus qui se perçoivent et qui sont perçus comme une entité sociale, qui sont interdépendants en raison du travail qu'ils ont à faire en tant que membres du groupe, qui sont inscrits dans un système social plus large (p. ex. communauté, organisation) et dont les activités affectent les autres (tels que les clients ou les partenaires) [traduction libre] (p. 308-309).

Dans cette définition se retrouvent les principaux attributs d'un groupe ou équipe de travail: 1) le groupe de travail est une entité sociale reconnue et inscrite à l'intérieur d'une structure plus large: l'organisation (Guzzo, 1996; Hackman, 1990), 2) le groupe de travail a des tâches à accomplir (Guzzo; Hackman) dont les membres partagent la responsabilité

(Mohrman et al., 1995; Sundstrom et al., 1990), 3) les individus interagissent et sont interdépendants en raison du travail qu'ils ont à faire (Guzzo; Mohrman et al.; Sundstrom et al.) et 4) les activités menées par le groupe de travail ont des effets sur autrui, à savoir, les clients et les partenaires du groupe (Guzzo; Mohrman et al.).

Il y a controverse dans les écrits en ce qui a trait à l'utilisation des termes *groupe* et *équipe*. Quelques auteurs considèrent que ces deux termes n'ont pas le même sens et qu'il devient donc indispensable de faire une distinction entre eux (Jones & Roelofsma, 2000; Katzenbach & Smith, 1993; Mucchielli, 1975; Orasanu & Salas, 1993). Cependant, d'autres auteurs considèrent qu'il n'y a pas de divergences fondamentales entre le mot *groupe* et le mot *équipe* et qu'ils peuvent être utilisés indistinctement (Cohen & Bailey, 1997; Guzzo, 1996; Guzzo & Dickson, 1996; Sundstrom et al., 1990). Ainsi, compte tenu du manque d'unanimité, nous utilisons le terme *équipe* ou *groupe*, en respectant le choix fait par chaque auteur.

#### Les équipes de travail en santé et le cas particulier des équipes interprofessionnelles en oncologie

Dans le contexte des organisations de santé, dès le début des années '20, l'approche par équipe commençait à prendre place dans le secteur de la santé mentale et déjà, dans les années '30, cette approche était considérée par quelques auteurs comme la meilleure façon de coordonner les différentes professions de plus en plus nombreuses dans le milieu

hospitalier (Heinemann, 2002). Cependant, ce n'est qu'à partir des années '40, qu'apparaît véritablement l'intérêt pour la mise en place des équipes composées de différents professionnels dans le secteur de la santé, notamment au niveau des services communautaires, de santé mentale et de réhabilitation (Ducanis & Golin, 1979; Heinemann; Wylie & Smith, 1999). À l'heure actuelle, cette approche est présente tant dans le milieu communautaire que dans le milieu hospitalier et regroupe une grande variété de professionnels de la santé. Selon Heinemann, cette approche d'équipe poursuivra son essor au cours des prochaines années.

Les écrits désignent les équipes de travail dans le domaine de la santé en utilisant d'innombrables termes, dont les plus fréquents sont celui d'équipe multidisciplinaire ou multiprofessionnelle et celui d'équipe interdisciplinaire ou interprofessionnelle. Ces nombreuses dénominations sont reliées aux différentes formes que peuvent prendre les équipes. Ainsi, selon Brill (1976) et Ivey et al. (1987), les différentes sortes d'équipes existent tout au long d'un continuum d'autonomie professionnelle. À l'une des extrémités de ce continuum, les membres de l'équipe travaillent de façon parallèle, c'est-à-dire qu'ils sont essentiellement autonomes et agissent dans un territoire spécifiquement défini alors que, à l'autre extrémité du continuum, la pratique est intégrative, caractérisée par un effort unifié et une grande flexibilité des frontières.

En ce qui réfère au contexte spécifique des soins en oncologie, l'approche d'équipe a vécu un développement majeur aux États-Unis dans les années '70, conséquence de la

mise en place des *Comprehensive Cancer Centers* de la part du *National Cancer Institute* et de la préconisation du travail en équipe encouragé à l'époque par *l'Association of Community Cancer Centers* (Bloom, 1979). À l'heure actuelle, plusieurs agences gouvernementales et organisations internationales privilégient une approche d'équipe pour fournir des soins aux patients atteints de cancer (NHS, 2000; WHO, 2002). Dans la même veine, les associations professionnelles (AOSW, 2001; APOS, 2003; CAPO-ACOP, 1999; ONS, 2002; RCR, 1999; SEEO, 1998) et les patients eux-mêmes (The National Cancer Alliance, 2002), considèrent que le développement d'une approche d'équipe est indispensable.

Les équipes de soins en oncologie peuvent regrouper un nombre presque illimité de professionnels en provenance de diverses disciplines. Selon les écrits, ces équipes peuvent être formées d'oncologues, de radiothérapeutes, de chirurgiens, de psychologues, d'infirmières, de nutritionnistes, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, d'administrateurs, de physiothérapeutes et de dentistes, entre autres (Bloom, 1979; Collins, 1990; Fried, Leatt, Deber & Wilson, 1988; McKenzie, 1978; Shepardson, 1972). On attend de cet ensemble de professionnels qu'ils réalisent un travail d'équipe, en offrant des soins spécifiques et de qualité, afin de répondre efficacement à la complexité croissante des besoins des personnes atteintes de cancer.

## La collaboration

Qu'est ce que la collaboration ?

Selon le dictionnaire, la collaboration c'est l'action de collaborer. Collaborer provient du mot latin *colaborare*, composé du préfixe *co* (avec) et *laborare* (travailler), c'est-à-dire « travailler avec d'autres » (Le nouveau petit Robert, 2003).

Selon une perspective de dynamique des groupes, la collaboration - dont l'étude a été étroitement liée à l'étude de la compétition et de la résolution des conflits (Argyle, 1991; Blumberg, 1994) - est un type de comportement social, basé sur des relations interpersonnelles (Deutsch, 1982). Ce comportement social est caractérisé par une vision positive des autres, par une attitude de confiance et une ouverture d'esprit envers les autres, une communication ouverte, une relation d'empathie avec les autres et un sentiment de responsabilité envers les autres et envers le processus de collaboration (Deutsch). La collaboration apparaît comme un phénomène de groupe qui influence considérablement les processus menés à l'intérieur du groupe. L'influence de la collaboration sur les processus du groupe aura donc une conséquence au niveau de l'efficacité du groupe (Deutsch).

### Les approches théoriques de la collaboration

Le phénomène de la collaboration a été étudié par différentes disciplines et en utilisant diverses approches (Argyle, 1991; Smith et al., 1995; Levine & Moreland, 1990).

Les théories servant de base aux études sur la collaboration ont été classées par Smith et al. en cinq groupes majeurs: les théories de l'échange, les théories de l'attraction, les théories sur le pouvoir et le conflit, les théories de la modélisation et les théories de la structuration sociale. Selon les auteurs, ces théories n'offrent qu'une vision partielle du phénomène complexe de la collaboration; c'est-à-dire qu'une explication globale du phénomène requiert une approche multi-théorique.

Nous avons choisi de présenter ces cinq groupes de théories et d'en ajouter un sixième, les théories de l'action collective. Ce groupe est probablement transversal, en ce sens qu'il partage avec les autres groupes quelques éléments fondamentaux mais contient aussi quelques particularités qui lui confère le statut de groupe indépendant.

#### *Les théories de l'échange*

Les théories de l'échange conçoivent la collaboration comme un moyen de maximiser les bénéfices économiques et psychologiques. Selon ces théories, les différentes parties impliquées décident de collaborer quand elles prévoient que les bénéfices vont excéder les coûts. Ainsi, ces théories sont utilisées, principalement, afin d'expliquer les raisons conscientes et calculées des individus qui décident de demeurer ensemble et de collaborer. Parmi les théories de l'échange, on peut retrouver des théories en provenance de plusieurs champs disciplinaires, telles que la théorie de la transaction des coûts, les théories psychosociales de l'échange, les théories micro et macro sociologiques de l'échange, la

théorie du renforcement, la théorie de l'interaction symbolique et les théories rationnelles ou normatives de la prise de décisions.

D'après Smith et al. (1995), les théories de l'échange expliquent les raisons conscientes et calculées selon lesquelles différentes parties décident de se mettre ensemble et de collaborer. L'acteur vu comme un être rationnel et calculateur au sein d'une organisation est théorisé, entre autres, par Crozier et Friedberg (1977) dans l'analyse stratégique. Selon cette approche, les comportements des acteurs à l'intérieur d'une organisation ont toujours un sens. Ils cherchent à saisir les opportunités qui se présentent pour améliorer leur situation en même temps qu'ils essaient de maintenir et de développer leur marge de liberté et d'action dans le système. Crozier et Friedberg considèrent que la collaboration entre les acteurs - soit la participation à la réalisation d'objectifs collectifs - ne s'explique que par l'intérêt de ceux-ci à atteindre leurs propres objectifs.

#### *Les théories de l'attraction interpersonnelle*

Ce groupe est formé d'un ensemble de théories conçues à partir des années '50, expliquant l'origine de l'attraction et de l'affinité entre les individus et entre les groupes (Smith et al., 1995). Ces théories investiguent différents aspects de l'attraction interpersonnelle (Duck, 1977): 1) la théorie de l'estime de soi et l'attirance interpersonnelle explique l'influence de l'estime de soi sur le développement de relations interpersonnelles, 2) les approches de traitement de l'information dans l'attirance interpersonnelle se centrent

sur le rôle et sur l'utilisation de l'information que l'on détient concernant les autres, au niveau de l'attirance interpersonnelle, 3) la théorie de la complémentarité dans l'attirance interpersonnelle investigate la complémentarité et la similarité des personnes qui maintiennent une relation et 4) la théorie « stimulus-valeur-rôle » explique la manière selon laquelle deux personnes développent une relation. Ainsi, des notions telles que les similarités et les différences de valeurs et de statut, les besoins complémentaires, les aspects de la personnalité, la congruence des buts et les besoins d'information sont à la base de ces théories (Smith et al.).

#### *Les théories sur le pouvoir et le conflit*

Selon Smith et al. (1995), les théories portant sur le pouvoir et le conflit sont surtout utilisées pour prédire les dynamiques de collaboration. Le pouvoir peut être défini comme « le déploiement des moyens pour atteindre les effets prévus » (traduction libre) (Cobb, 1984, p. 483). Il existe deux groupes majeurs de théories sur le pouvoir : les théories relationnelles du pouvoir et les théories fonctionnelles ou systémiques du pouvoir (Goetschy, 1981). D'un côté, les théories relationnelles conçoivent le pouvoir comme la possibilité des individus et des groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes et considèrent ainsi le pouvoir comme une relation (p. ex. Blau, 1964, Weber, 1947; Dahl, 1957). Ces théories expliquent le pouvoir à partir de trois perspectives principales, soit une perspective de résistance, une perspective d'échange de ressources et une perspective de partage des zones d'influence (Goetschy). D'un autre côté, les théories systémiques

conçoivent le pouvoir comme la capacité d'un système à réaliser ses buts et comme l'aptitude d'une unité du système à participer à la réalisation de ces buts (Goetschy).

Parmi les nombreuses perspectives théoriques sur le pouvoir, les plus utilisées dans les recherches sur les groupes de travail sont celles basées sur la théorie du pouvoir et de la dépendance d'Emerson (Levine & Moreland, 1990). L'idée centrale de la théorie d'Emerson (1962) est que le pouvoir que A exerce sur B est égal à la dépendance que B a de A. Plus les ressources que A fournit à B sont précieuses, plus cette dépendance sera majeure et plus ces ressources seront disponibles à l'extérieur de la relation A-B, plus la dépendance sera mineure. Selon Emerson, les inégalités de pouvoir entre les acteurs produisent des échanges asymétriques, ce qui les amène à la recherche de l'équilibre. La théorie du pouvoir et de la dépendance place donc le pouvoir dans les nombreux *patterns* d'échange alternatifs résultant de la situation d'interdépendance dans laquelle se retrouvent les acteurs participant à des relations sociales (Thye, 2000).

#### *Les théories de la modélisation*

Les théories de la modélisation (*Modeling theories*) se centrent sur l'importance de l'apprentissage social, qui consiste à imiter et ultérieurement à se modéliser, lors de l'émergence de projets de collaboration (Smith et al., 1995). Certaines de ces théories expliquent le comportement selon une perspective individuelle alors que d'autres le font selon une perspective organisationnelle.

Sur le plan individuel, les théories de l'apprentissage social soutiennent que la plupart des comportements des individus sont appris par l'observation et la modélisation (Bandura, 1971), c'est-à-dire que l'exposition d'un individu à un modèle de comportement social amène un effet de modélisation qui se traduit par une imitation du dit comportement (Bandura & Walters, 1963). Or, selon Bandura, entre l'observation et l'imitation interviennent des processus cognitifs qui aident l'individu à décider si ce qui a été observé sera imité.

Par ailleurs, quelques théories organisationnelles utilisent également le phénomène de l'imitation pour expliquer l'homogénéisation des structures formelles et des normes de fonctionnement des organisations. Cette homogénéisation organisationnelle sert aux organisations à obtenir une légitimation de leurs actions et assurer ainsi leur survie. Selon ces théories, l'homogénéisation organisationnelle répond davantage à des mythes et à des cérémonies historiquement et politiquement constituées (Meyer & Rowan, 1991), à des règles d'imposition, à des normes d'orientation et à un processus de mimétisme (DiMaggio & Powell, 1983).

Dans les études sur la collaboration, les théories de la modélisation conçoivent l'émergence des projets de collaboration comme une réponse imitative à des groupes de référence qui travaillent en collaboration et qui ont donc réussi à rendre cette collaboration légitime (Smith et al., 1995).

### *Les théories de la structure sociale*

La notion de structure sociale réfère aux positions sociales des individus, des groupes, des organisations et des réseaux, qui sont en même temps différenciés et inter-reliés. Selon Smith et al. (1995), les théories de la structure sociale expliquent comment une relation de collaboration émerge quand existe dans le système un ensemble de conditions favorables à la collaboration.

Parmi les théories de la structure sociale, la plus populaire est la théorie du réseau (*Network theory*) (Smith et al., 1995). Un réseau est défini par Nohria et Eccles (1992) comme un ensemble de relations de travail, fluides, flexibles et complexes qui dépassent les frontières organisationnelles. La notion de réseau peut référer autant à des relations entre des individus qu'à des relations entre différentes organisations. Les individus à l'intérieur d'un réseau partagent des intérêts communs et échangent plusieurs bénéfices, dont l'information (Nohria & Eccles). La collaboration s'explique donc en termes du positionnement qu'occupent les individus collaborant à l'intérieur de ce réseau de relations.

### *Les théories de l'action collective*

La collaboration peut être comprise en tant qu'action collective (Tuomela, 2000). Cette action collective est caractérisée par l'existence d'une raison sociale partagée, selon laquelle les acteurs mènent leurs actions, ainsi que par un lien entre les acteurs, basé sur la dépendance entre eux (Tuomela). Selon Dumas et Séguier (1999), l'action collective peut

s'expliquer à l'aide de quatre paradigmes sociologiques principaux : le structuralisme critique de Pierre Bourdieu, l'individualisme utilitariste de Raymond Boudon, l'analyse organisationnelle de Michel Crozier et la sociologie de l'action d'Alain Touraine.

Le structuralisme critique soutient que le système agit sur l'acteur individuel et collectif et donc, que l'action collective est impossible en raison des forces et des mécanismes sociaux et institutionnels de domination et d'exclusion. L'individualisme utilitariste, pour sa part, affirme que l'acteur individuel utilise le système et que l'action collective n'est pas viable, car seul l'intérêt individuel prévaut. Par ailleurs, l'analyse organisationnelle présente des acteurs individuels et collectifs qui agissent sur le système au moyen de stratégies collectives dans l'organisation. À partir de cette perspective, l'action collective est un construit social dans lequel les acteurs exercent leur pouvoir. Finalement, selon la sociologie de l'action, l'acteur agit sur et contre le système, en développant des stratégies d'action collective qui sont viables, notamment en situations de crise (Dumas & Séguier, 1999).

### **Les effets de la collaboration interprofessionnelle**

Tel que nous l'avons déjà dit, la collaboration est considérée comme l'un des facteurs ayant de l'influence sur l'efficacité des équipes de travail. Dans cette section, nous présentons dans un premier temps, les résultats des études menées sur les effets de la collaboration dans le contexte général des organisations. Dans un deuxième temps, nous

nous attardons aux résultats des effets de la collaboration interprofessionnelle, dans le contexte spécifique des organisations de santé.

### Les effets de la collaboration dans les équipes de travail

Selon Smith et al. (1995), la collaboration peut conduire à des cycles de production plus rapides, à une amélioration de la qualité de la production, à une augmentation de la compétitivité et à une amélioration dans la qualité des décisions prises. La collaboration a fait preuve de plus d'efficacité que la compétition ou le travail individuel et cela, grâce à une amélioration du degré d'accomplissement des membres et de la productivité du groupe (Blumberg, 1994). Déjà, en 1949, une étude expérimentale menée par Deutsch concluait que les groupes qui développent une approche de collaboration, plutôt que de compétition, sont plus productifs. Cette différence de production a été attribuée à la coordination des tâches, à une meilleure communication entre les membres du groupe en ce qui réfère à l'utilisation des ressources disponibles et à un plus grand effort de maintien, de renforcement et de régulation du groupe (Davis, 1969).

Dans la même veine, Dailey (1977), en se basant sur des recherches menées dans les années '60 sur la performance des petits groupes, soutient que la collaboration est l'un des facteurs facilitant la productivité du groupe (en termes de contribution, de temps de résolution des problèmes, de créativité et d'efficience) et la satisfaction envers les partenaires, envers le supérieur et envers le fait d'être membre d'un groupe. Selon Dailey,

la productivité et la satisfaction ont aussi un effet de rétroaction sur la collaboration. En 1981, Johnson et al. ont effectué une méta-analyse de 122 études portant sur la collaboration dans les groupes. Cette méta-analyse conclut : 1) que la collaboration est supérieure à la compétition en ce qui réfère à l'accomplissement et à la productivité, 2) que la collaboration est supérieure aux efforts individuels en ce qui concerne l'accomplissement et la productivité et 3) que la collaboration sans compétition entre groupes entraîne un meilleur accomplissement et une plus grande productivité que la collaboration avec compétition entre groupes.

Les études portant sur la satisfaction et le bien-être des membres des équipes de travail en tant que variables de résultats ont été analysées par Sonnentag (1996). Cet auteur conclut que les membres des groupes vivant des processus plus favorables, dont le climat de collaboration, font preuve d'un plus grand bien-être être et de plus de satisfaction que les membres des groupes vivant des processus plus négatifs.

#### Les effets de la collaboration interprofessionnelle en santé

Dans le domaine des soins de santé, quelques auteurs ont réalisé des revues des écrits dans le but d'identifier, de regrouper et d'analyser les connaissances issues des recherches d'évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle. Afin d'être en mesure d'extraire quelques conclusions générales sur ces recherches d'évaluation, nous avons mené une analyse des résultats découlant de ces revues des écrits. Cet exercice

permettra d'abord d'envisager quelles sont les évidences des effets de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte des organisations de santé et ensuite, de réfléchir aux défis méthodologiques propres aux études d'évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle.

Dans ce but, nous avons procédé à une revue des écrits à partir des principales bases de données en sciences de la santé et à une recherche manuelle centrée sur des listes de références des articles ainsi que des livres et des rapports de recherche sur la collaboration interprofessionnelle en santé. L'objectif principal était de détecter les revues des écrits sur les effets de la collaboration interprofessionnelle en santé. Une description détaillée de la méthodologie suivie est présentée à l'annexe A.

#### *Les principales caractéristiques descriptives des revues*

Le résultat de cet exercice a permis de retenir un total de neuf documents, dont cinq articles, trois rapports de recherche et un chapitre de livre. Les documents retenus concernent la période allant de 1955 à 2004.

En ce qui a trait au contexte des études, deux revues des écrits portent sur les études menées dans le contexte des soins de santé primaires (Borrill et al., 2001; West & Slater, 1996), une revue porte sur le contexte des soins en gériatrie (Schmitt et al., 1988) et une autre sur le contexte des soins aux malades chroniques (Halstead, 1976). Le reste des revues concernent les soins de santé, dans un contexte général (Freeth, Hammick, Koppel,

Reeves & Barr, 2002; Schmitt, 2001; Sullivan, 1998; Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein et al., 2005). Dans toutes les revues des écrits, la collaboration est de nature interprofessionnelle, alors que la revue de Zwarenstein et Bryant (2000) se centre davantage sur les études de collaboration médecin-infirmière.

### *L'évidence des effets de la collaboration interprofessionnelle*

Tout d'abord, la première conclusion générale que l'on peut tirer de l'analyse des revues des écrits est que la mise en place de la collaboration interprofessionnelle a conduit, dans la plupart des études, à des résultats positifs. À cet égard, Freeth et al. (2002), en accentuant une tendance actuelle des journaux à ne publier que des résultats dits *positifs*, considèrent la possibilité d'un biais de publication, plutôt que l'absence d'études qui n'ont pas eu d'effets positifs.

Afin de présenter d'une façon cohérente les résultats qui ressortent des revues des écrits retenues, les résultats sont regroupés sous trois catégories : 1) les résultats chez les patients, 2) les résultats chez les professionnels et sur la pratique professionnelle et 3) les résultats auprès des organisations de santé.

#### *Les résultats chez les patients*

En ce qui concerne les résultats chez les patients, l'un des indicateurs le plus souvent utilisé est le taux de mortalité. À ce sujet, les résultats des revues systématiques des

écrits ne font pas l'unanimité. En 1976, Halstead soutenait que les recherches démontraient que la collaboration interprofessionnelle n'avait pas d'effet sur le taux de mortalité des patients. Une décennie plus tard, Schmitt et al. (1988) concluaient qu'il y avait des résultats inconsistants quant à l'influence de la collaboration interprofessionnelle sur le taux de mortalité, car quelques études démontraient l'existence d'une influence et d'autres non. Ces mêmes résultats sont confirmés par Schmitt en 2001. Finalement, Zwarenstein et al., en 2005, soutiennent que les études démontrent une diminution du taux de mortalité, suite à la mise en place d'interventions de collaboration interprofessionnelle.

Un autre indicateur utilisé pour analyser les effets de la collaboration est la satisfaction des patients. À cet égard, certaines revues des écrits constatent que les interventions visant un plus haut niveau de collaboration entre les professionnels membres d'une équipe ont accru la satisfaction des patients (Borrill et al., 2001; Freeth et al., 2002; Sullivan, 1998). Selon Schmitt et al. (1988), dans le domaine des soins aux personnes âgées, l'aptitude des équipes interprofessionnelles qui travaillent en collaboration à maintenir les patients dans un état d'indépendance le meilleur possible, peut être à l'origine de l'amélioration de la satisfaction des patients et de leur famille.

La capacité fonctionnelle et l'état de santé des patients sont des indicateurs ayant été également utilisés dans les études d'évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle. Certaines études retenues par les revues des écrits démontrent que les interventions de collaboration au sein d'une équipe interprofessionnelle ont amélioré ou

maintenu la capacité fonctionnelle des patients (Freeth et al., 2002; Halstead, 1976; Schmitt, 2001; Schmitt et al., 1988), amélioré leur état de santé (Freeth et al.; Zwarenstein et al., 2005) et permis un meilleur contrôle de la maladie (Halstead). Selon Schmitt et al., le travail en collaboration dans les équipes de santé peut amener une amélioration des habilités fonctionnelles des patients, à cause d'une prise en charge des besoins globaux du patient, autant au moment de l'évaluation de ces besoins qu'au moment de l'élaboration du plan de soins de la part des professionnels.

*Les résultats chez les professionnels et sur la pratique professionnelle*

En ce qui réfère aux résultats chez les professionnels de la santé, les études se centrent davantage sur deux types de résultats : les résultats reliés à la santé psychologique des professionnels et les résultats sur les pratiques des professionnels.

Tout d'abord, les revues indiquent une évidence limitée du fait que la collaboration interprofessionnelle amène une augmentation de la satisfaction des professionnels membres de l'équipe (Sullivan, 1998; Zwarenstein & Bryant, 2000). Borrill et al. (2001) et West et Slater (1996) mentionnent aussi une éventuelle augmentation de la motivation et une amélioration de la santé mentale au travail comme conséquence du développement d'un travail en collaboration entre les professionnels.

D'autre part, quelques études ont démontré que l'un des résultats du développement de la collaboration au sein des équipes interprofessionnelles était l'apparition d'un changement dans la pratique des professionnels. Ainsi, les études retenues dans la revue des écrits de Freeth et al. (2002) indiquent une amélioration de la pratique, traduite entre autres par : une diminution du temps du séjour des patients dans le bloc opératoire, une amélioration du processus d'admission dans les unités de soins ainsi qu'une amélioration de la planification du congé du patient et une meilleure coordination dans la distribution des médicaments. Schmitt et al. (1988) et Schmitt (2001) ont constaté que la collaboration interprofessionnelle peut améliorer l'habileté de l'équipe à réduire le niveau des soins

utilisés c'est-à-dire, à minimiser le nombre de jours pendant lesquels le patient a besoin d'un niveau élevé de soins.

#### *Les résultats auprès des organisations*

Les auteurs des études d'évaluation de la collaboration interprofessionnelle relèvent aussi les effets qu'une pratique de soins en collaboration peut avoir au niveau organisationnel. Les indicateurs les plus souvent utilisés à ce propos sont au nombre de trois : le séjour moyen des patients, les coûts des soins et le taux de ré-hospitalisation et d'utilisation des services.

Premièrement, en ce qui concerne le séjour moyen du patient à l'hôpital, d'après Zwarenstein et Bryant (2000), il n'apparaît pas de façon évidente que la collaboration entre les professionnels de la santé réduise le séjour moyen des patients. Cependant, Freeth et al. (2002) soutiennent que le séjour moyen des patients est réduit en présence de collaboration entre les professionnels, ce qui est une conséquence d'une meilleure organisation des soins et de la prestation de meilleurs soins ou de soins plus appropriés.

Deuxièmement, en ce qui réfère aux coûts, il faut souligner que peu d'études ont porté sur cet aspect, l'une des raisons étant que l'évaluation des coûts entraîne d'importantes difficultés (Halstead, 1976; Schmitt, 2001). Selon Schmitt et al. (1988), les interventions de collaboration peuvent amener une diminution des coûts, probablement reliée à la coordination de l'information et à la planification partagée entre les différents

professionnels, ce qui accélère le passage du patient vers un niveau de soins moins élevé. Cependant, Halstead conclut que le travail en équipe est associé à une augmentation de l'utilisation des services, ce qui a comme conséquence une augmentation des coûts.

Finalement, le taux de ré-hospitalisation et l'utilisation d'autres services – soit à l'intérieur du même hôpital, soit dans des services extérieurs à l'hôpital – sont d'autres indicateurs dont quelques auteurs tiennent compte dans leurs revues. En ce qui a trait au taux de re-hospitalisation, Halstead (1976) et Schmitt (2001) présentent des résultats inconsistants, car certaines des études retenues n'ont pas indiqué de changements à ce niveau, certaines ont fait état d'une augmentation de la ré-hospitalisation des patients et d'autres d'une diminution. Cette même inconsistance est soulignée par Schmitt en ce qui concerne l'indicateur d'utilisation d'autres services de santé.

*Les défis méthodologiques des études des effets de la collaboration interprofessionnelle en santé*

L'analyse des résultats de ces revues des écrits nous conduit à une réflexion sur les déficiences présentes dans les études et donc sur les défis auxquels doit faire face une étude sur les effets de la collaboration interprofessionnelle.

Les déficiences constatées par certains auteurs les ont amenés à dénoncer le manque d'évaluations rigoureuses de la collaboration et conséquemment, à souligner le besoin de mener des études sur les effets de la collaboration interprofessionnelle d'une façon

rigoureuse (Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein et al., 2005). Or, ces mêmes auteurs reconnaissent la complexité conceptuelle et méthodologique inhérente à cette sorte d'études.

Dans les prochains paragraphes, nous présentons ces déficiences et ces défis rencontrés, autant sur les plans théorique que méthodologique.

#### *Les défis théoriques*

Les déficiences théoriques soulevées par les écrits découlent principalement du fait que la collaboration est un phénomène multidimensionnel (Halstead, 1976; Schmitt, 2001) qui peut être conceptualisé en tant que structure, processus ou résultat intermédiaire (Schmitt). Cette multi-dimensionnalité fait de la collaboration un concept complexe qui doit être présenté à l'aide d'un cadre théorique solide.

L'un des problèmes de l'absence de théorie dans ce type d'études est la proposition d'interventions visant une amélioration de la collaboration sans base théorique (Schmitt, 2001; Schmitt et al., 1988; Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein et al., 2005). Dans cette même ligne, l'une des conclusions qui découle de la recension des écrits réalisée par Oandasan et al. (2006) à ce sujet est qu'il devient essentiel de mener des études d'évaluation des interventions de collaboration basées sur une théorie solide, qui prennent en compte autant l'organisation, que l'équipe, que les individus, qui s'adaptent à différents contextes et qui assurent la pérennité des effets de l'intervention.

Selon quelques auteurs, l'absence de théorie influe également sur la sélection des patients et des variables de résultats. Les revues des écrits analysées indiquent qu'il existe une grande variété de groupes de patients (Zwarenstein et al.) et de résultats évalués (Halstead, 1976). Selon Schmitt (1988), il devient indispensable d'offrir des arguments théoriques justifiant la raison pour laquelle on pense que la collaboration amènera des résultats chez le type de patients choisis et pourquoi l'on s'attend à ce que la collaboration ait de l'influence sur les résultats choisis pour l'évaluation (Schmitt).

#### *Les défis méthodologiques*

En ce qui réfère aux aspects méthodologiques, trois défis principaux sont discutés, soit le devis de recherche, les instruments de mesure et les variables de résultats.

*Le devis de la recherche.* La plupart des auteurs sont d'accord pour dire que le devis expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe de contrôle constitue le meilleur choix afin d'évaluer les résultats de la collaboration (Halstead, 1976; Schmitt, 2001; Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein et al., 2005). Cependant, les auteurs identifient également des difficultés face à la réalisation de ce type d'études qui vont limiter la validité interne et externe de l'étude. Ces limites concernent: 1) la possibilité d'un effet de démonstration de la part des professionnels participant à l'étude (Schmitt, 2001; Schmitt et al., 1988), c'est-à-dire la possibilité des professionnels de s'efforcer davantage afin de démontrer l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle, 2) la possibilité de

contamination (Schmitt), raison pour laquelle Zwarenstein et Bryant (2000) recommandent de randomiser par unité de soins, 3) des problèmes de validité de construit quand les deux équipes de professionnels diffèrent quant aux connaissances, aux habilités ou aux ressources (Schmitt; Schmitt et al.), 4) la présence de groupes non homogènes de patients (Halstead, 1976; Schmitt) et 5) le manque de contrôle sur des variables étrangères pouvant influencer les résultats (Schmitt et al.).

Plusieurs auteurs sont également d'avis d'utiliser des approches mixtes – quantitatives et qualitatives – afin de réussir à comprendre, non seulement quels sont les effets de l'intervention, mais aussi quels sont les mécanismes à travers lesquels l'intervention agit (El Ansari, Phillips & Hammick, 2001; Freeth et al., 2002; Zwarenstein & Bryant; Zwarenstein et al.).

*Les instruments de mesure.* Pour la réalisation des études d'évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle, il est indispensable d'avoir des instruments de mesure de la collaboration valides et fidèles. De même, pour les études qui comportent une intervention, il est important d'évaluer le changement des pratiques professionnelles en vue d'un plus haut niveau de collaboration et dans ce but, il faut avoir des mesures de la collaboration (Freeth et al., 2002). À ce sujet, Schmitt (2001) dénonce le manque d'outils valides pour mesurer la collaboration interprofessionnelle. En effet, il existe quelques instruments développés à partir de diverses conceptions de la collaboration interprofessionnelle et qui montrent différents degrés de validité et de fidélité (Dougherty &

Larson, 2005). L'utilisation de différentes conceptions de collaboration se traduit par l'existence d'instruments qui tiennent plus ou moins compte des différents aspects de la collaboration interprofessionnelle, raison pour laquelle il est essentiel de bien choisir l'instrument le plus approprié, selon les caractéristiques particulières à chaque étude.

*Les variables de résultats.* Tel que mentionné précédemment, l'un des principaux problèmes quant à la sélection des résultats à évaluer dans ce type d'études est le manque de relation théorique entre la collaboration et les résultats choisis (Schmitt, 2001). De plus, tel que le remarque El Ansari et al. (2001), il convient de s'attarder sur le type de résultats qui serait le plus approprié en ce qui concerne les résultats à long ou à court terme. Selon Schmitt (2001), dans la plupart des études l'accent a été mis sur les résultats à court terme et très peu d'études se sont centrées sur des résultats à plus long terme.

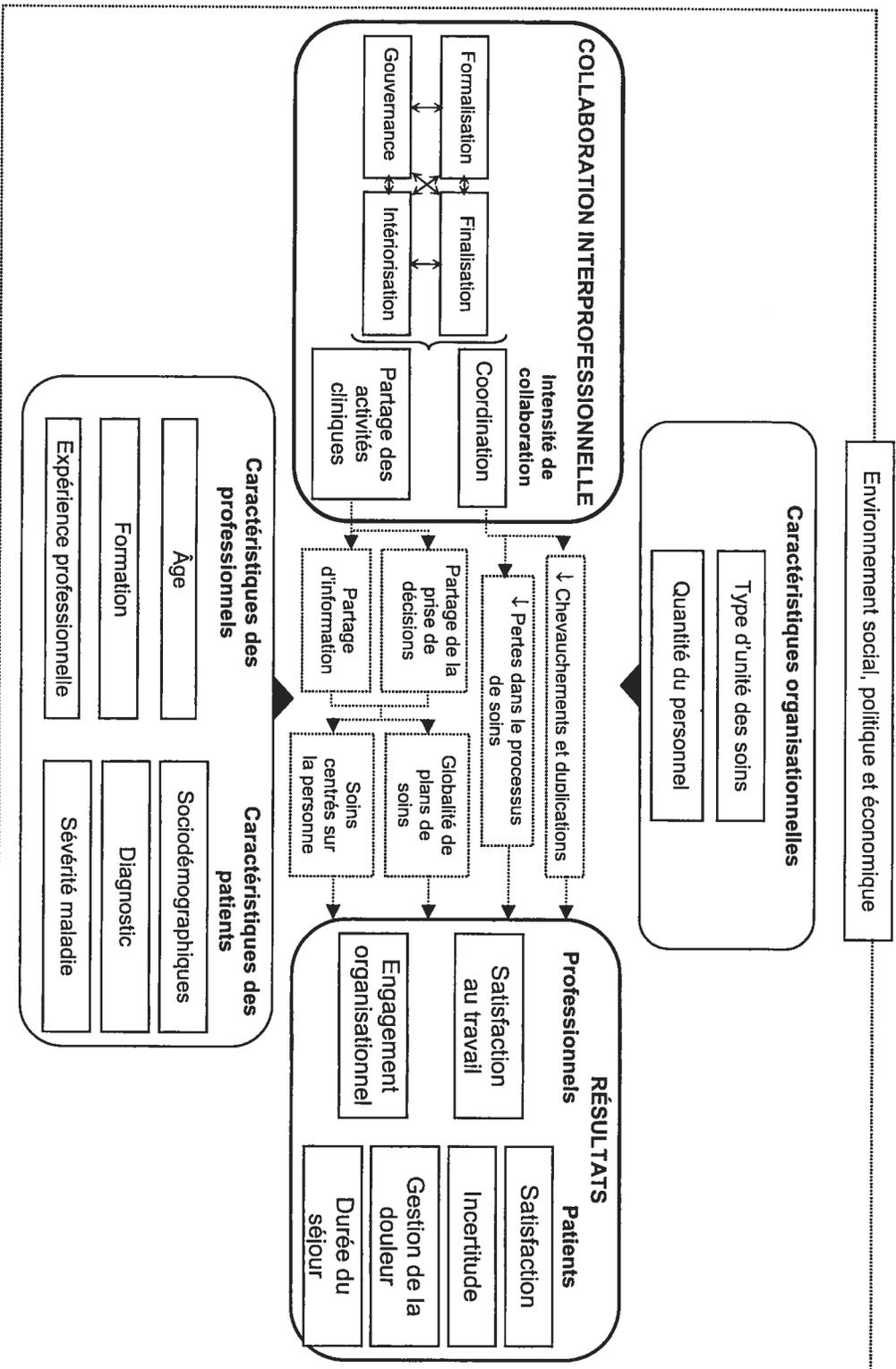
Par ailleurs, certains auteurs encouragent les chercheurs à aller au-delà des résultats mesurés traditionnellement, tels que la mortalité et le séjour moyen à l'hôpital et à étudier d'autres résultats sur lesquels la collaboration interprofessionnelle peut avoir un impact, tels que : 1) la morbidité (Schmitt et al., 1988; Zwarenstein & Bryant, 2000), 1) les habiletés fonctionnelles des patients (Schmitt, 2001; Schmitt et al.), 2) le niveau d'auto-soin du patient (Schmitt), 3) les conduites de promotion de la santé (Schmitt), 4) la perception du patient par rapport à la qualité des soins (Schmitt), 5) la satisfaction de la famille et du patient face aux soins reçus (Schmitt; Zwarenstein & Bryant), 6) la rétention des professionnels (Schmitt), 7) la satisfaction et le moral des professionnels (Schmitt;

Zwarenstein & Bryant), 8) la performance des professionnels (Zwarenstein & Bryant) et 9) les coûts (Schmitt).

### **Le modèle conceptuel**

En prenant comme toile de fond le « Quality Health Outcomes Model » (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998), inspiré du modèle de qualité des soins de Donabedian (1966), nous proposons pour cette étude un modèle conceptuel (voir figure 1) composé de trois grandes parties, soit la collaboration interprofessionnelle, les caractéristiques organisationnelles et individuelles et les résultats chez les professionnels et chez les patients. Ce modèle présente les résultats chez les professionnels et chez les patients comme l'effet de la collaboration interprofessionnelle, relation qui est influencée par un ensemble de caractéristiques structurales de l'organisation et de caractéristiques individuelles des professionnels et des patients. Ces trois parties seront expliquées dans les paragraphes qui suivent.

Figure 1. Modèle conceptuel



## La collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle peut être conçue en tant que processus, mais aussi en tant que résultat intermédiaire (Schmitt, 2001). Dans ce modèle conceptuel, la conception de la collaboration interprofessionnelle en tant que processus s'inspire des travaux de D'Amour (1997), alors que la conception de la collaboration interprofessionnelle en tant que résultat s'inspire des travaux de Sicotte, D'Amour et Moreault (2002).

### *La collaboration interprofessionnelle en tant que processus*

Cette étude définit le processus de la collaboration interprofessionnelle selon la perspective du « Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle » de D'Amour (1997). Ce modèle, inspiré de l'approche de l'action collective et plus spécifiquement de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993), conçoit la collaboration entre les professionnels de la santé comme un processus de structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance. À partir de cette vision, la collaboration a été conceptualisée selon quatre dimensions : 1) la finalisation, qui concerne l'existence de buts communs, 2) l'intériorisation, qui met l'accent sur le sentiment d'appartenance à l'équipe, 3) la délégation, qui porte sur la gouverne et 4) la formalisation, qui réfère aux règles pour structurer l'action de l'équipe.

Les dimensions de la finalisation et de l'intériorisation conçoivent les aspects interactionnels, alors que les deux autres dimensions, celle de la délégation et celle de la formalisation, se développent davantage au niveau organisationnel. Tout d'abord, la dimension de la finalisation se traduit par le degré selon lequel les professionnels intègrent les buts et les résultats de leur collaboration dans leurs interactions, en acceptant de faire des concessions (D'Amour, Sicotte & Lévy, 1999). En deuxième lieu, la dimension de l'intériorisation réfère au sentiment d'appartenance des professionnels envers l'équipe (D'Amour, 1997). La troisième dimension, celle de la délégation, réfère à la gouverne de l'équipe c'est-à-dire, à la capacité de l'équipe à prendre ses propres décisions dans les questions qui les affectent (D'Amour & Oandasan, 2005). Finalement, la dimension de la formalisation porte sur les règles qui régulent le travail de l'équipe et qui définissent explicitement les rapports formels entre les différents professionnels (D'Amour).

Ces quatre dimensions interagissent et s'influencent entre elles et elles sont présentes dans toute action collective (D'Amour et al., 1999). Cependant, l'intensité et la mise en œuvre de chacune d'elles variera selon les situations et le contexte spécifique. Ainsi, ce processus peut amener différentes intensités de collaboration interprofessionnelle. La conception de cette intensité de collaboration interprofessionnelle en tant que résultat intermédiaire du processus de collaboration est présentée dans les paragraphes qui suivent.

*La collaboration interprofessionnelle en tant que résultat : l'intensité de la collaboration*

L'intensité de la collaboration en tant que résultat intermédiaire a été développée par Sicotte et al. (2002) à partir de deux perspectives : une perspective organisationnelle et une perspective clinique. La perspective organisationnelle, fondée sur les écrits de Georgopoulos et Mann (1962) et de Hetherington (1991), met l'accent sur la coordination des membres de l'équipe. Par ailleurs, la perspective clinique, basée sur le travail de Golin et Ducanis (1981), met l'emphase sur le partage des activités de soins. Selon les auteurs (Sicotte et al.), le partage des activités de soins se réalise par le partage de l'information et de la prise de décisions à chaque étape du processus de soins (collecte d'informations, identification du problème, prise de décision, planification, intervention et évaluation des résultats). Ainsi, tel que présente la figure 1, l'intensité de la collaboration interprofessionnelle est évaluée par le niveau de coordination entre les professionnels de l'équipe et par le niveau de partage des activités cliniques.

*La coordination*

La coordination, l'un des principaux mécanismes d'intégration du travail dans les organisations (Mintzberg, 1990), peut être définie comme l'habileté de mettre en lien, dans le temps et dans l'espace, les nombreuses activités spécialisées mais interdépendantes des différents professionnels, de façon à ce que leurs efforts visent la solution des problèmes et la réalisation des objectifs (Georgopoulos, 1975).

La coordination est devenue un élément essentiel dans les organisations, caractérisées par des niveaux de spécialisation et de différenciation de plus en plus importants et conséquemment, par un besoin d'intégration de plus en plus grand (Haimann & Scott, 1974; Mintzberg).

Les organisations favoriseront certains mécanismes de coordination plutôt que d'autres et cela, compte tenu des caractéristiques particulières de la situation à laquelle elles font face (Mintzberg, 1990; Rundall & Hetherington, 1988; Van de Ven, Delbecq & Koenig, 1976). La nature du travail mené dans les hôpitaux est caractérisée par un niveau important tant d'incertitude que d'interdépendance, ce qui oblige les équipes à se servir autant des mécanismes formels de coordination (p. ex. règles, systèmes standardisés de communication, protocoles) que des mécanismes de rétroaction (p. ex. communication horizontale, rencontres d'équipe) (Argote, 1982; Mohrman, 1993; Scott & Flood, 1987; Van de Ven et al.).

Ceci est confirmé par les résultats des études de Shortell et al. (1992) et Young et al. (1998), qui montrent comment les unités de soins intensifs et les unités d'hospitalisation chirurgicale les plus performantes sont celles qui utilisent un grand nombre et une grande variété de mécanismes de coordination, dont des mécanismes de planification et de rétroaction. Les mécanismes de planification utilisés dans les équipes interprofessionnelles sont la standardisation, surtout la standardisation des spécialisations (Mintzberg, 1990), mais aussi la standardisation ou formalisation des tâches routinières (Rundall &

Hetherington, 1988). Par ailleurs la rétroaction reposera davantage sur les mécanismes de coordination horizontale, tels que le leadership (Mintzberg), l'ajustement mutuel (Georgopoulos & Mann, 1962; Mintzberg; Rundall & Hetherington) et les rôles de liaison (Rundall & Hetherington).

#### *Les résultats de la coordination*

La coordination est présentée dans les écrits comme l'un des principaux facteurs qui conduit à l'efficacité organisationnelle (Georgopoulos, 1972; Golin & Ducanis, 1981; Lawrence & Lorsch, 1967a; 1967b). La coordination possède la capacité de combiner et d'organiser les différentes activités menées par les différents professionnels, dans des séquences de temps, positions spatiales et relations fonctionnelles adéquates, dans le but de maximiser la convergence des différents efforts et de minimiser les interférences ou les ruptures dans le processus (Georgopoulos & Mann, 1962). Quelques auteurs se sont centrés davantage sur la minimisation des ruptures ou pertes dans le processus comme étant le principal mécanisme à travers lequel agit la coordination. Ainsi, selon Steiner (1972), la productivité d'un groupe est affectée par les pertes dans le processus de transformation des ressources en produits, dont les déficits de coordination sont la principale source.

Dans le domaine de la santé, plusieurs études ont démontré la relation existant entre la coordination et certains résultats obtenus auprès des patients et des professionnels de la santé. Ainsi, les résultats de ces recherches ont fait un lien entre le niveau de coordination

et la durée du séjour des patients (Gittell, Fairfield, Bierbaum et al., 2000; Zimmerman, Shortell, Rousseau et al., 1993), la satisfaction des patients (Georgopoulos, 1986), la qualité des soins (Georgopoulos; Gittell et al.), le taux de décès inattendus (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1986), la morbidité (Young et al., 1998), la douleur postopératoire (Gittell et al., 2000), le taux de roulement des infirmières (Zimmerman et al.) et le climat de travail (diminution de la tension) (Georgopoulos).

### *Le partage des activités de soins*

L'intensité de la collaboration interprofessionnelle concerne également le niveau de partage des activités cliniques. En effet, la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé suppose le partage de la planification et de l'exécution des activités entre tous les professionnels membres de l'équipe (Baggs & Schmitt, 1988; Lindeke & Block, 1998). Selon Golin et Ducanis (1981), ces activités peuvent être divisées selon quatre grands groupes de tâches à accomplir par l'équipe, soit la collecte d'informations, la prise de décision, l'intervention et l'évaluation des résultats. À l'intérieur de ces quatre groupes, on retrouve autant des activités réalisées individuellement par chaque professionnel que des activités réalisées par le groupe en tant qu'unité fonctionnelle.

En ce qui réfère aux activités du groupe, selon Golin et Ducanis (1981) elles comportent 1) à l'étape de la collecte des données, une réintégration et une réinterprétation des données recueillies suite à l'évaluation que chaque professionnel fait auprès du patient,

2) à l'étape de la prise de décision, une exploration de toutes les options possibles et un choix effectué en équipe parmi toutes les alternatives, 3) à l'étape de l'intervention, une distribution des tâches, une coordination et un suivi du plan d'intervention et 4) à l'étape de l'évaluation, une évaluation des résultats et un feed-back. Ainsi, le partage des activités de soins comporte, principalement, un partage de la prise de décision entre les différents professionnels de l'équipe.

#### *Le partage de la prise de décision*

Le processus de prise de décision examiné selon une perspective collective est considéré comme un phénomène complexe (Guzzo, 1982). De nombreux éléments vont déterminer la prise de décision dans les groupes (Guzzo, 1986), dont les plus importants sont les règles de décision et l'échange d'informations (Levine & Moreland, 1990).

Premièrement, les règles de décision dans le groupe déterminent la façon selon laquelle les différentes préférences des membres du groupe seront combinées (Levine & Moreland, 1990). Ces règles ont des effets importants autant sur le processus de la prise de décision que sur les résultats (Levine & Moreland). Cette notion nous amène à la participation des différents membres de l'équipe dans la prise de décision. À cet égard, Nichols, DeFries et Malone (2002) soutiennent que, dans les équipes de santé, une prise de décision de qualité requiert la participation de tous les professionnels membres de l'équipe. Cette participation de tous les professionnels dans la prise de décision est considérée par

plusieurs auteurs comme l'un des éléments clés de la collaboration dans les équipes de santé (Baggs & Schmitt, 1988; Coluccio & Maguire, 1983; D'Amour et al., 1999; Liedtka & Whitten, 1998). En deuxième lieu, on reconnaît le fait que l'échange d'informations entre les différents membres du groupe devient essentiel à une prise de décision de qualité (Van Offenbeek & Koopman, 1996). Le partage de l'information sert, entre autres, à avoir une meilleure connaissance des besoins des différents membres du groupe, à élaborer une meilleure analyse du problème, à avoir accès aux dernières connaissances et expériences, à avoir des attentes réalistes et à faire une meilleure évaluation de toutes les solutions possibles (Van Offenbeek & Koopman).

#### *Les déterminants du partage de la prise de décision*

Le partage de la prise de décision dans les équipes de santé requiert, tout d'abord, la présence d'activités de rencontre de tous les professionnels de l'équipe. Les rencontres rendent possibles le partage de l'information entre les professionnels, la discussion des alternatives d'action et la prise d'une décision représentant le consensus du groupe (Golin & Ducanis, 1981). Un autre élément important est la présence d'un leadership au sein de l'équipe qui soit capable de motiver les membres du groupe à participer au processus de la prise de décision (Guzzo, 1986). Par ailleurs, compte tenu de l'importance de l'information partagée préalable à la prise de décision (Sargis & Larson, 2002), la présence d'une infrastructure de collecte et d'échange d'informations favorisant et systématisant ce partage de l'information entre les membres de l'équipe est également essentielle (Guzzo; Mohrman

et al., 1995). Finalement, le degré de confiance et de connaissance mutuelle entre les professionnels de l'équipe est aussi déterminant (D'Amour, 1997). En effet, la confiance et la connaissance mutuelle s'avèrent indispensables au moment de moduler l'influence attribuée au statut des membres du groupe sur la participation et sur l'influence dans la prise de décision (Berger, Cohen & Zelditch, 1972).

#### *Les résultats d'une prise de décision partagée*

Les résultats découlant du partage de la prise de décision dans les équipes de santé ainsi que des mécanismes par lesquels ces résultats sont atteints peuvent être compris à l'aide des écrits organisationnels sur la participation dans la prise de décision. Dans une recension des écrits menée sur ce sujet, Locke et Schweiger (1979), démontrent que l'augmentation de la satisfaction et l'amélioration de la performance – en termes de résultats et de qualité de décision – constituent les principaux effets des approches participatives dans les organisations. Selon ces auteurs, les mécanismes expliquant l'amélioration de la performance sont les suivants : une production d'idées plus créatives, une meilleure compréhension du travail et des décisions, une résistance moindre au changement, un plus grand engagement, une meilleure acceptation des décisions et l'engagement envers des objectifs plus exigeants.

En ce qui réfère au contexte des équipes interprofessionnelles dans les organisations de santé, les résultats attendus d'une prise de décision partagée au sein de l'équipe sont 1)

la présence de plans de soins plus holistiques (Golin & Ducanis, 1981) et centrés sur les besoins du patient (Cook et al., 2001) et 2) un plus grand engagement envers les décisions prises par le groupe en ce qui concerne les activités de soins à réaliser (Heinemann, 2002).

#### Les résultats de la collaboration interprofessionnelle et chez les professionnels et chez les patients atteints de cancer

Selon Hackman (1990), les résultats d'un travail en équipe peuvent être évalués d'après les résultats obtenus auprès des personnes qui reçoivent les services de l'équipe et selon les résultats obtenus auprès des membres de l'équipe. Tel que l'indique la figure 1, cette étude s'intéresse aux effets de la collaboration interprofessionnelle chez les patients traités par les équipes de soins et aux effets de la collaboration chez les professionnels de la santé qui font partie de ces équipes. Les paragraphes qui suivent s'attardent à ces résultats attendus chez les professionnels et chez les patients.

#### *Les résultats chez les professionnels*

Tout d'abord, en ce qui a trait aux résultats chez les professionnels membres des équipes de soins, il est possible que certains des éléments que nous venons de présenter et caractérisant le travail en collaboration soient responsables d'une plus grande satisfaction au travail et de l'engagement organisationnel des professionnels, tel que l'indique la figure 1. Dans cette figure, on peut également apprécier comment cette relation sera influencée par les caractéristiques organisationnelles et les caractéristiques individuelles des

professionnels. En effet, il se peut que certains contextes caractérisés par une organisation spécifique du travail et par la présence des professionnels avec des caractéristiques spécifiques puissent favoriser la relation entre l'intensité de collaboration interprofessionnelle et la satisfaction et l'engagement des professionnels, alors que d'autres contextes différents peuvent avoir une influence négative sur cette même relation.

#### *La satisfaction au travail*

La satisfaction au travail peut être définie comme « un état émotionnel agréable ou positif, résultant d'un processus d'évaluation du travail ou des expériences au travail » (Locke, 1976, p.1300). Selon certains auteurs, la satisfaction au travail est l'un des résultats attendus du développement de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé (Borrill et al., 2001; Sullivan, 1998; West et al., 1996; Zwarenstein & Bryant, 2000). En effet, les recherches sur la satisfaction au travail des professionnels de la santé ont démontré l'influence des éléments d'interaction interpersonnelle, soit le type de relation et de communication (autant formelle qu'informelle) établie avec les autres professionnels et les gestionnaires, sur la satisfaction des professionnels (Blegen, 1993; Kendall Sengin, 2003; Lu, While & Barribal, 2005). Ces éléments d'interaction interpersonnelle sont des éléments inhérents au processus de collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997; D'Amour et al., 1999), raison pour laquelle on s'attend à ce que la réalisation d'un travail en collaboration ait des effets positifs sur la satisfaction au travail des professionnels.

La satisfaction au travail est influencée également par de nombreux autres facteurs, qui peuvent être divisés en deux grands groupes, soit les facteurs personnels et les facteurs reliés à l'environnement du travail (Muchinsky, 1993; Spector, 1997). D'un côté, les facteurs personnels tels que l'âge et la formation des professionnels (Agho, 1993; Blegen, 1993; Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, DeVinney & Davies, 2002; Irvine & Evans, 1995), ont permis de faire un lien, bien que faible (Blegen; Irvine & Evans), avec la satisfaction au travail. Par ailleurs, il a été démontré que les facteurs organisationnels tels que la charge de travail, les horaires, l'environnement physique, la dotation de personnel (Kendall Sengin, 2003; Lu, While & Barribal, 2005) et le style de gestion (Adadevoh, 2003; Irvine & Evans; McNeese-Smith, 1996; 1997; Mariatou, 2003; Morrison, Jones & Fuller, 1997; Song, Daly, Rudy, Douglas & Dyer, 1997), étaient également reliés à la satisfaction au travail.

#### *L'engagement organisationnel*

L'engagement organisationnel, soit « la force selon laquelle un individu s'identifie et s'implique dans une organisation » (Porter, Richard, Mowday & Boulian, 1974, p. 604), peut aussi être relié au travail en collaboration au sein des équipes. Les expériences et les particularités du travail exercent une influence sur l'engagement des individus envers l'organisation (Mathieu & Zajac, 1990; Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnytsky, 2002; Mowday, Porter & Steers, 1982). Ainsi, il a été démontré que certaines particularités inhérentes au processus de collaboration avaient une influence sur l'engagement organisationnel, soit la participation à la prise de décision, l'interaction et la participation

sociale, la perception de l'interdépendance de la tâche à accomplir et les opportunités de rétroaction (Mowday et al., 1982; Pfefferkorn & Haddock, 1988; Steers, 1977; Welch & La Van, 1981).

De même que pour la satisfaction au travail, le niveau d'engagement organisationnel est influencé par les caractéristiques individuelles et organisationnelles. Selon une méta-analyse menée par Meyer et al. (2002), des variables telles que l'âge et la formation des professionnels sont corrélées avec l'engagement organisationnel (Meyer et al., 2002), résultats qui sont soutenus aussi par d'autres études menées dans le domaine de la santé (Brief & Aldag, 1980; Ingersoll et al., 2002; Steers, 1977). Par ailleurs, en ce qui a trait aux caractéristiques organisationnelles, différentes recherches dans le domaine de la santé ont identifié l'existence d'une relation entre le niveau d'engagement organisationnel et la culture organisationnelle (Ingersoll et al., 2000) et le style de leadership (Froelich, 1995; Mariatou, 2003; McNeese-Smith, 1995; 1996).

#### *Les résultats chez les patients*

Tel que l'indique la figure 1, cette étude s'intéresse à quatre variables de résultats chez les patients, soit la satisfaction des patients, le niveau d'incertitude à l'égard de la maladie, du traitement et de l'hospitalisation, l'adéquation de la gestion de la douleur et la durée de leur séjour à l'hôpital. Le modèle conceptuel illustré à la figure 1 montre

également les mécanismes grâce auxquels on peut s'attendre à un effet positif de la collaboration interprofessionnelle sur ces quatre variables.

D'une part, une équipe qui travaille en collaboration possède l'habileté de mettre en lien, dans le temps et dans l'espace, les nombreuses activités spécialisées mais interdépendantes des différents professionnels (Georgopoulos, 1975; Haimann & Scott, 1974), en maximisant ainsi la convergence des différents efforts et en minimisant les interférences ou les ruptures dans les processus (Georgopoulos & Mann, 1962; Steiner, 1972). D'autre part, le partage des activités cliniques - matérialisé par un partage de l'information et par un partage de la prise des décisions - permet que les interventions soient davantage holistiques (Golin & Ducanis, 1981; Schmitt et al., 1988) et davantage centrées sur les besoins du patient (Cook et al., 2001). On espère donc que cette coordination et ce partage des activités cliniques entre les professionnels de l'équipe apportent une contribution positive au niveau de la satisfaction des patients, de leur incertitude, de l'adéquation de la gestion de la douleur expérimentée par ces patients et de leur séjour à l'hôpital.

#### *La satisfaction des patients*

La satisfaction des patients est considérée comme étant un indicateur de la qualité des soins (Maciejewski, Kawiecki & Rockwood, 1997), car elle constitue un jugement de la part du patient face à la qualité des soins (Donabedian, 1988; Sitzia & Wood, 1997). De nos

jours, le développement d'une approche de soins centrés sur la personne a fait de la satisfaction du patient un sujet incontournable de l'évaluation des services de santé (Maciejewski et al.; Merkouris, Ifantopoulos, Lanara & Lemonidou, 1999; Sitzia & Wood). Quelques auteurs soutiennent que la collaboration entre les professionnels dans les équipes de santé peut avoir un effet positif sur la satisfaction des patients (Borrill al., 2001; Freeth et al., 2002; Sullivan, 1998).

La satisfaction du patient est influencée par certaines caractéristiques du patient, telles que l'âge (Hall & Doran, 1990; Rahmqvist, 2001; Sitzia & Wood, 1997), le niveau d'éducation (Hall & Doran; Sitzia & Wood), l'état de santé (Cohen, 1996; Hargraves, Wilson, Zaslavsky et al., 2001; Nguyen Thi, Briançon, Empereur & Guillemin, 2002; Rahmqvist; Westaway, Rheeder, Van Zyl & Seager, 2003), la douleur (Cohen; Rahmqvist) et le degré d'anxiété pendant les procédures d'admission (Rahmqvist). La satisfaction est aussi influencée par certaines caractéristiques organisationnelles, telles que le type d'hôpital (Hargraves et al.) et le type de chambre dans lequel le patient a été hospitalisé (Nguyen Thi et al.).

#### *L'incertitude*

L'incertitude du patient réfère à l'impossibilité de la part du patient d'interpréter les événements reliés à sa maladie, à son traitement ou à son hospitalisation et elle se vit quand les stimuli que reçoit le patient sont ambigus, complexes, imprévus ou incohérents (Mishel,

1988). À cet égard, les professionnels de la santé ont été identifiés comme étant l'un des éléments exerçant de l'influence sur l'incertitude du patient, notamment par l'information et l'enseignement qu'ils donnent au patient (Mishel, 1997a; Mishel & Braden, 1988). Dans les études menées auprès des patients atteints de cancer et concernant l'incertitude, on a constaté que les professionnels de la santé deviennent la principale source d'informations pour ce type de patients (Rutten, Arora, Bakos, Aziz & Rowland, 2005).

Les études démontrent également que l'incertitude est reliée à des facteurs individuels tels que le niveau de scolarité du patient (Mishel, 1997b), la sévérité de sa maladie, la spécificité du diagnostic et le soutien social (Mishel, 1997a). Ces études ont aussi rapporté que le genre et l'âge du patient n'ont pas d'incidence sur le niveau d'incertitude du patient (Mishel, 1997b).

#### *L'adéquation de la gestion de la douleur*

L'approche de l'équipe interprofessionnelle est aussi incontournable face à la gestion de la douleur des patients (Main & Spanswick, 2000). En effet, les différentes perspectives des professionnels, en ce qui a trait à l'évaluation et au traitement de la douleur, sont nécessaires afin d'assurer une gestion adéquate de la douleur (Main & Spanswick). Selon l'OMS (WHO, 1996), la gestion de la douleur des patients est adéquate quand il y a congruence entre l'intensité de la douleur que ces patients disent ressentir et la puissance des analgésiques prescrits. À ce sujet, différentes études ont constaté que la

gestion de la douleur n'est pas adéquate pour les patients cancéreux dans une proportion allant de 17 % à 82 % (Anderson et al., 2000; Cleeland, Gonin, Baez, Loehrer & Pandya, 1997; Cleeland et al., 1994; Cohen et al., 2005; De Wit et al., 2001; Di Maio et al., 2004; McNeill, Sherwood, Starck & Nieto, 2001; Okuyama et al., 2004; Uki, Mendoza, Cleeland, Nakamura & Takeda, 1998).

Les recherches ont indiqué l'influence d'autres facteurs sur l'adéquation de la gestion de la douleur, soit des facteurs de nature organisationnelle et des facteurs de nature individuelle. En outre, il a été démontré que des facteurs organisationnels tels que le fait d'être assisté par un médecin spécialiste de la douleur (De Wit et al., 2001) et les habiletés du médecin traitant en ce qui a trait à la gestion de la douleur (Okuyama et al., 2004) avaient des effets sur l'adéquation de la gestion de la douleur des patients. Cette influence a été également démontrée par des facteurs individuels, tels que l'âge du patient (Cleeland et al., 1994; Di Maio et al., 2004; McNeill et al., 2001), le genre (Cleeland et al.), la condition physique (Cleeland et al., 1994; Okuyama et al., 2004) et le stade de la maladie (De Wit et al.; Di Maio et al.; Okuyama et al.). Par ailleurs, Anderson et al. (2000) signalent que l'importance en nombre du personnel constituait l'une des éventuelles variables pouvant avoir de l'influence sur la gestion de la douleur des patients.

*La durée du séjour*

La durée du séjour à l'hôpital est l'un des indicateurs employés pour mesurer l'efficacité des organisations de santé (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002). Selon Freeth et al. (2002), l'on s'attend à une diminution de la durée du séjour du patient à l'hôpital comme conséquence de la prestation de soins plus appropriés et mieux coordonnés, soins résultant de la collaboration entre les professionnels de la santé.

La durée de séjour du patient à l'hôpital est influencée par certains facteurs organisationnels tels que la taille de l'hôpital (nombre de lits) et le type d'hôpital (hôpital public, hôpital à but non lucratif et hôpital à but lucratif) (Clarke & Rosen, 2001; Johnson Lutjens, 1993). La durée du séjour est aussi influencée par des facteurs individuels, tels que la façon dont le patient s'acquitte des frais, la sévérité de l'état du patient et l'âge du patient (Clarke & Rosen; Johnson Lutjens).

### **Les hypothèses de recherche**

Compte tenu de ce qui précède, cette recherche vise à vérifier les hypothèses suivantes :

H1 : L'intensité de la collaboration interprofessionnelle a un effet positif sur la satisfaction des professionnels au travail.

H2 : L'intensité de la collaboration interprofessionnelle a un effet positif sur l'engagement des professionnels envers l'organisation.

H3 : La satisfaction des patients traités par des équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus grande est significativement plus élevée que celle des patients traités par des équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus faible.

H4 : L'incertitude des patients traités par des équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus grande est significativement plus basse que celle des patients traités par des équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus faible.

H5 : La proportion des patients vivant une gestion adéquate de la douleur est significativement plus élevée dans les équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus grande comparativement aux équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus faible.

H6 : La durée du séjour des patients traités par des équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus grande est significativement plus courte que celle des patients traités par des équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus faible.

Ces hypothèses seront vérifiées en tenant compte de l'interaction de l'ensemble des caractéristiques organisationnelles et individuelles relevées dans les écrits, tel que le montre la figure 1.

Le tableau 1 présente un résumé de ces hypothèses.

Tableau 1. Les hypothèses à l'étude

Hypothèse	V. indépendante	Effet	V. dépendante	Chez
H1		↑	Satisfaction au travail	Professionnels
H2		↑	Engagement organisationnel	Professionnels
H3	Intensité de la collaboration interprofessionnelle	↑	Satisfaction	Patients
H4		↓	Incertitude	Patients
H5		↑	Adéquation de la gestion de la douleur	Patients
H6		↓	Durée du séjour	Patients

### *Chapitre 3. Les méthodes*

Dans le présent chapitre, nous abordons les différents éléments méthodologiques de l'étude. Premièrement, nous présentons le devis de la recherche, la définition des variables et les instruments de mesure. Puis, nous précisons l'échantillonnage et le déroulement de l'étude. Finalement, nous présentons le processus d'analyse des données et les considérations éthiques.

### **Le devis de la recherche**

Afin de tester les hypothèses de cette recherche et de répondre au but de l'étude, nous proposons une démarche évaluative à l'aide de deux devis différents, soit un devis corrélationnel prédictif et un devis comparatif (Burns & Grove, 2001; Brink & Wood, 1998).

Pour vérifier les hypothèses concernant les résultats chez les professionnels, le devis de recherche utilisé est un devis corrélationnel prédictif, alors que pour vérifier les hypothèses concernant les résultats chez les patients, un devis comparatif est utilisé. Tout d'abord, le devis corrélationnel consiste à examiner la relation existant entre deux variables ou plus (Burns & Grove, 2001; Brink & Wood, 1998). Il est de caractère prédictif, quand il essaie de vérifier la nature de ces relations c'est-à-dire quand il cherche à prédire la valeur d'une variable à partir de la valeur obtenue pour une ou plusieurs variables (Burns & Grove). Cette étude vise la prédiction de la valeur de deux variables de résultats chez les

professionnels, soit la satisfaction au travail et l'engagement envers l'organisation, à partir de la valeur de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle.

Par ailleurs, le devis comparatif sert à comparer différents groupes qui représentent d'une façon naturelle différentes intensités de la variable indépendante, sans que la manipulation de cette variable soit nécessaire (Brink & Wood, 1998). Dans cette étude, des échantillons de patients traités par quatre équipes interprofessionnelles avec différentes intensités de collaboration sont comparés en ce qui a trait aux quatre variables de résultats chez les patients, soit la satisfaction, l'incertitude, l'adéquation de la gestion de la douleur et la durée du séjour du patient à l'hôpital.

### **Les variables et les méthodes de collecte des données**

Variable indépendante : Intensité de la collaboration interprofessionnelle

*Définition conceptuelle.* L'intensité de la collaboration interprofessionnelle résulte d'un processus de collaboration interprofessionnelle, soit « la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance, à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (D'Amour, 1997, p.104).

*Définition opérationnelle.* L'intensité de la collaboration interprofessionnelle est captée à travers deux dimensions, soit le niveau de coordination entre les professionnels de l'équipe et le niveau de partage des activités cliniques (Sicotte et al., 2002).

*Le questionnaire « Intensité de la collaboration interprofessionnelle » de Sicotte, D'Amour et Moreault (2002).* Ce questionnaire, développé à partir d'une mesure de coordination organisationnelle (Georgopoulos & Mann, 1962; Hetherington, 1991) et d'une mesure de partage d'activités cliniques développée à partir du modèle de Golin et Ducanis (1981), sert à mesurer l'intensité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé. L'instrument comporte 18 items - sept items mesurant la coordination et 11 items mesurant le partage des activités cliniques - évalués selon une échelle Likert avec un gradient de cinq points. Ainsi, le score moyen d'intensité de collaboration interprofessionnelle peut varier du niveau 1, l'intensité de collaboration la plus faible, jusqu'au niveau 5, l'intensité de collaboration la plus élevée.

La qualité métrique de l'instrument a été évaluée à partir des données obtenues auprès de 343 chefs de programme des équipes des Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la province de Québec. L'analyse factorielle exploratoire en axe principal avec rotation Oblimin a mis en lumière l'existence d'une structure bifactorielle qui explique 43,6 % de la variance (Sicotte et al., 2002). Par ailleurs, l'évaluation de la consistance interne a donné comme résultat un  $\alpha$  de Cronbach de 0,82 pour le facteur « coordination » et de 0,87 pour le facteur « partage des activités de soin » (Sicotte et al.).

La permission pour la traduction et l'utilisation de ce questionnaire a été obtenue de l'un des auteurs.

## Variables de résultats chez les professionnels

### *La satisfaction au travail*

*Définition conceptuelle.* La satisfaction au travail est « un état émotionnel agréable ou positif, résultant d'un processus d'évaluation du travail ou des expériences vécues au travail » (traduction libre) (Locke, 1976, p.1300).

*Définition opérationnelle.* La satisfaction au travail est la perception qu'une personne a de son travail en regard: 1) des récompenses - soit la variété d'activités, la responsabilité, les récompenses de nature intrinsèque, le statut, les possibilités de promotion et les relations interpersonnelles - et 2) des pressions - soit les tensions au travail et la surcharge de travail (House, Strecher, Metzner & Robbins, 1986).

Le « *Questionnaire Font Roja* » de Aranaz et Mira (1988). La satisfaction des professionnels au travail a été mesurée à l'aide des 27 items du « *Questionnaire Font Roja* » (Cuestionario Font Roja) d'Aranaz et Mira (1988). Ces auteurs ont traduit et adapté au contexte des professionnels de la santé oeuvrant en milieu hospitalier en Espagne, l'un des questionnaires utilisés dans l'enquête américaine « *Tecumseh Community Health Study* » (House et al., 1986), qui portait sur la satisfaction au travail. Le « *Questionnaire Font Roja* » a été validé et grandement utilisé par des chercheurs espagnols.

La validité de construit a été évaluée à l'aide d'une analyse factorielle, en révélant l'existence de neuf dimensions expliquant 69,12 % de la variance (Aranaz & Mira, 1988). Ces neuf dimensions concernent : 1) la satisfaction quant au poste, 2) le contenu du travail, 3) la surcharge de travail, 4) la tension reliée au travail, 5) la compétence professionnelle, 6) la promotion, 7) l'autonomie professionnelle, 8) les relations interpersonnelles avec les autres professionnels, 9) les relations interpersonnelles avec les supérieurs. La réponse à chaque énoncé est donnée selon une échelle de type Likert qui varie entre 1 et 5. Le score moyen pour chaque sujet peut donc varier entre 1, reflétant un degré de satisfaction au travail minimal, et 5, correspondant au plus haut degré de satisfaction au travail.

La permission d'utilisation de ce questionnaire a été obtenue de l'un des auteurs.

### *L'engagement organisationnel*

*Définition conceptuelle.* L'engagement organisationnel réfère à « la force d'identification et d'implication d'un individu dans une organisation » (traduction libre) (Porter et al., 1974, p. 604),

*Définition opérationnelle.* L'engagement organisationnel comporte les dimensions suivantes : 1) un engagement affectif, soit un attachement émotif envers l'organisation, l'identification à l'organisation et la participation aux activités de l'organisation, 2) un engagement calculé, soit un engagement basé sur la prévision des coûts associés au fait de

quitter l'organisation et 3) un engagement normatif, soit l'engagement basé sur un sens d'obligation envers l'organisation (Allen & Meyer, 1996).

*Le questionnaire « Three-Component Model (TCM) Employee Commitment Survey » de Meyer et Allen (1991, 1997). L'engagement organisationnel des professionnels a été mesuré à l'aide de la version espagnole du questionnaire « TCM Employee Commitment Survey » (Meyer & Allen), traduit et validé par De Frutos (1997). Cette version espagnole (« Cuestionario de compromiso organizacional ») comporte 18 items évaluant trois dimensions de l'engagement : l'engagement affectif, l'engagement calculé et l'engagement normatif. La réponse à chaque item est donnée selon une échelle de type Likert qui varie entre 1, reflétant un degré d'engagement minimal et 7, correspondant au degré le plus élevé d'engagement.*

La version originale anglaise du questionnaire a été soumise à plusieurs analyses factorielles, autant exploratoires que confirmatoires, révélant l'existence de trois facteurs (Allen & Meyer, 1996). La consistance interne a été déterminée à l'aide d'une corrélation alpha de Cronbach, en indiquant des valeurs de 0,85 pour la dimension de l'engagement affectif, 0,79 pour la dimension de l'engagement calculé et 0,73 pour la dimension de l'engagement normatif (Allen & Meyer). Le questionnaire a aussi indiqué une bonne stabilité dans le temps, car les coefficients de corrélation de Pearson, calculés dans plusieurs études, ont oscillé entre 0,61 et 0,94 (Allen & Meyer). La traduction du questionnaire en d'autres langues, dont le coréen et le français, a aussi démontré un bon

degré de fidélité et de validité (Ko, Price, & Muller, 1997; Lee, Allen & Meyer, 2001; Vandenberghe, 1996). En ce qui a trait à la version espagnole du questionnaire, la validité de construit a été déterminée à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire (De Frutos, 1998). Cette version espagnole a fait preuve d'un bon ajustement ( $\chi^2 = p < 0,001$ , GFI = 0,96, AGFI = 0,92, RMRS = 0,08) à la structure conceptuelle proposée par Allen et Meyer pour l'instrument original en anglais.

Les droits d'utilisation de ce questionnaire pour cette étude ont été acquis via le site Internet [www.employeecommitmentresearch.com](http://www.employeecommitmentresearch.com).

## Variables de résultats chez les patients

### *La satisfaction des patients*

*Définition conceptuelle.* La satisfaction du patient résulte de l'évaluation émotionnelle et cognitive de la performance des fournisseurs des soins de santé, basée sur les expériences antérieures (Maciejewski et al., 1997).

*Définition opérationnelle.* La satisfaction du patient est définie comme la perception qu'a celui-ci de la qualité des procédures d'admission, de la chambre, des services d'hôtellerie, des soins infirmiers, des tests et des traitements, de l'attention donnée à la famille, des médecins et des procédures de congé.

*Le questionnaire de satisfaction « Press Ganey Inpatient Survey » de Press Ganey Associates Inc.* La satisfaction des patients a été évaluée à l'aide du questionnaire « Press Ganey Inpatient Survey » de Press Ganey Associates Inc. Ce questionnaire comporte 49 items regroupés sur un ensemble de questions personnelles, un ensemble de questions générales et huit dimensions évaluant la satisfaction à l'égard: 1) des procédures d'admission, 2) de la chambre, 3) des services d'hôtellerie, 4) des soins infirmiers, 5) des tests et des traitements, 6) de l'attention donnée à la famille, 7) des médecins et 8) des procédures de congé (Kaldenberg, Mylod & Drain, 2003). La réponse à chaque item est donnée selon une échelle de type Likert qui varie entre 1 *very poor* et 5 *very good*. Ainsi, le score moyen de satisfaction varie entre 1, le plus bas niveau de satisfaction et 5, le plus haut niveau de satisfaction.

Le questionnaire a été traduit et validé en langue espagnole par Miceli (2004). La validité de construit de cette version espagnole a été évaluée à l'aide d'une analyse factorielle en composantes principales avec rotation oblique, en confirmant la structure conceptuelle de l'instrument en anglais, soit une structure basée sur 9 dimensions (la dimension comportant des questions générales n'a pas été introduite dans l'analyse factorielle). Par ailleurs, en ce qui a trait à la consistance interne, les  $\alpha$  de Cronbach de la version espagnole pour les neuf dimensions varient entre 0,86 et 0,95, alors que pour la totalité de l'instrument il est de 0,98 (Miceli). Finalement, la validité convergente a été également évaluée au moyen du calcul de la corrélation entre chaque item et un item de

caractère général, en trouvant dans tous les cas des corrélations significatives ( $p < 0,01$ ) (Miceli).

Dans la présente étude, trois des dix dimensions de l'instrument n'ont pas été utilisées. Les items concernant la qualité de la chambre et les services d'hôtellerie ont été retirés car ils étaient destinés à évaluer des services de l'hôpital complètement indépendants des activités des professionnels. De plus, les items sur les procédures de congé n'ont pas été utilisés car le patient a rempli le questionnaire avant son congé de l'hôpital. Pour cette raison, le questionnaire utilisé comporte 34 items.

Afin d'utiliser ce questionnaire aux fins de notre étude, nous avons obtenu l'autorisation de Press Ganey Associates.

### *L'incertitude*

*Définition conceptuelle.* L'incertitude du patient réfère à l'absence d'un schéma cognitif qui permettrait au patient d'interpréter les événements reliés à la maladie, au traitement ou à l'hospitalisation (Mishel, 1981, 1988).

*Définition opérationnelle.* L'incertitude apparaît quand les informations que reçoit le patient sont ambiguës, complexes, imprévisibles ou inconsistantes (Mishel, 1988).

*Le questionnaire "Mishel Uncertainty in Illness Scale" (MUIS) de Mishel (1981).* L'incertitude des patients a été mesurée à l'aide du questionnaire MUIS (Mishel, 1981),

dans sa version pour les patients adultes hospitalisés (MUIS-A). Ce questionnaire a été largement utilisé dans des recherches en sciences infirmières (McEwen, 2002) et plus spécifiquement auprès de patients atteints de cancer, de maladies cardiaques et de maladies chroniques (Mishel, 1997b). Le questionnaire MUIS-A a été traduit dans plus de dix langues - dont l'espagnol (Owens, 2004) - et il commence à être utilisé dans des études comparatives entre différentes cultures (Mishel, 1997b).

Le MUIS-A (Mishel, 1981) comporte 29 items. Le questionnaire original (Mishel, 1981) présentait une structure bi-factorielle (facteurs d'ambiguïté et de complexité de l'information) obtenue au moyen d'une analyse factorielle avec rotation Varimax. Ce questionnaire a évolué tout au long des années au point de découvrir, à l'aide d'une analyse factorielle en axes principaux avec rotation Varimax, une structure basée sur quatre facteurs, soit l'ambiguïté, la complexité, l'imprévisibilité et l'incohérence de l'information que le patient reçoit des professionnels (Mishel, 1997b). La validité convergente a été vérifiée à l'aide du questionnaire « Comprehension of Illness Questionnaire » (Patterson, 1981). Par ailleurs, l'alpha de Cronbach pour les patients atteints de cancer est de 0,92, autant pour l'échelle en anglais (Mishel, 1997b) que pour l'échelle en espagnol (Owens, 2004). Les 29 items sont évalués selon une échelle Likert qui varie entre 1 et 5. Le score total moyen peut donc varier entre 1 et 5, de telle façon que plus le score est haut, plus le degré d'incertitude est élevé.

Nous avons acquis les droits d'utilisation de ce questionnaire pour cette étude.

### *L'adéquation de la gestion de la douleur*

*Définition conceptuelle.* La gestion de la douleur est considérée comme adéquate quand il y a congruence entre l'intensité de la douleur que le patient dit ressentir et la puissance des analgésiques prescrits (WHO, 1996).

*Définition opérationnelle.* L'adéquation de la gestion de la douleur est la relation existant entre la plus haute intensité de la douleur du patient pendant son séjour à l'hôpital et le niveau maximal d'analgésiques prescrits durant ce même séjour.

*Le « Pain Management Index » (PMI) de Cleeland et al. (1994).* L'adéquation de la gestion de douleur est évaluée à l'aide du PMI (Cleeland et al.), qui résulte de la différence établie entre le plus haut niveau d'analgésiques prescrits au patient pendant son séjour à l'hôpital, moins la plus haute intensité de la douleur ressentie par le patient pendant ce même séjour.

En ce qui a trait à l'intensité de la douleur, elle a été évaluée à l'aide d'une échelle unidimensionnelle de type « échelle visuelle analogique » (EVA), par laquelle l'infirmière demande au patient de coter sa douleur entre 0 et 10, où 0 correspond à une absence de douleur et 10 à la douleur maximale. Les échelles de type EVA ont indiqué une relation positive avec beaucoup d'autres mesures de la douleur, une sensibilité aux effets du traitement et un haut degré de différenciation avec d'autres composantes subjectives de la douleur (Jensen & Karoly, 1992). De plus, ces échelles ont démontré une bonne consistance

interne lors qu'elles sont utilisées dans différentes cultures, dont les cultures nord-américaine, française, chinoise et philippine. Dans ces cultures, les coefficients alpha de Cronbach varient entre 0,80 et 0,87 (Serlin, Mendoza, Nakamura, Edwards & Cleeland, 1995).

À l'hôpital où la recherche a été menée, l'intensité de la douleur de tous les patients est évaluée à l'aide d'une échelle EVA à toutes les 24 heures (si la douleur est de 0), ou plus fréquemment (tous les 8 heures) si le patient ressent de la douleur. Ces données sont enregistrées par les infirmières dans le dossier informatisé du patient. Ainsi, les informations indiquant quelle a été la plus grande intensité de douleur ressentie par le patient pendant son séjour à l'hôpital ont été extraites du dossier du patient. Cette intensité a été ultérieurement classée selon l'un des quatre niveaux utilisés pour le calcul du PMI (Cleeland et al., 1994), soit un niveau 0 ou « pas de douleur », un niveau 1 ou « douleur légère » (correspondant à une intensité entre 1 et 3 selon l'EVA), un niveau 2 ou « douleur modérée » (correspondant à une intensité entre 4 et 7 selon l'EVA) et un niveau 3 ou « douleur sévère », (correspondant à une intensité entre 8 et 10 selon l'EVA).

En ce qui a trait aux données concernant les analgésiques prescrits au patient, elles proviennent de l'ordonnance médicale électronique rédigée par le médecin et validée par le pharmacien. Ces ordonnances se retrouvent au dossier médical informatisé. Suite à la collecte de cette information, le plus haut niveau d'analgésiques prescrits au patient pendant son séjour à l'hôpital a été déterminé selon les recommandations de Cleeland et al.

(1994), soit une classification basée sur les quatre niveaux d'analgésie établis par l'OMS (WHO, 1996). Ces niveaux sont les suivants : niveau 0 ou « pas d'analgésique », niveau 1 ou « analgésiques non opioïdes » (p. ex. des anti-inflammatoires non stéroïdes), niveau 2 ou « opioïdes douces » (p. ex. codéine) et niveau 3 ou « opioïdes forts » (p. ex. morphine).

Ainsi, le PMI, soit la différence entre le plus haut niveau d'analgésiques moins la plus haute intensité de la douleur peut varier entre -3 et +3. Un PMI égal à 0 ou positif reflète une bonne adéquation de la gestion de la douleur, alors qu'un PMI négatif reflète une mauvaise adéquation de la gestion de la douleur. Cette variable a donc été dichotomisée selon cette perspective de *bonne* et de *mauvaise* adéquation de la gestion de la douleur.

#### *La durée du séjour à l'hôpital*

*Définition conceptuelle.* La durée du séjour est définie comme la période d'hospitalisation du patient, comprise depuis le moment de l'admission du patient jusqu'à son congé de l'hôpital (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 1994).

*Définition opérationnelle.* La durée du séjour du patient correspond à la différence entre la date et l'heure du congé du patient et celles de son admission à l'hôpital.

*La base des données administratives de l'hôpital.* La durée du séjour de chaque patient est calculée par le système d'information de l'hôpital à partir de la date et de l'heure de

l'admission et du congé de chaque patient. Ces informations sont complétées sur place par le personnel administratif de l'unité d'hospitalisation où le patient est admis et où on lui donne son congé.

Le tableau 2 présente un résumé des différentes variables d'intérêt mesurées dans cette étude. Pour chaque variable, nous présentons les méthodes de collecte des données ainsi que le calcul du score final.

Tableau 2. Résumé des variables à l'étude

	VARIABLES	INSTRUMENTS	CALCUL
v. indépendante	<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	« Intensité de la collaboration interprofessionnelle » (Sicotte et al., 2002) 18 items	Moyenne (score total / 18) Étendue 1 - 5
v. dépendantes - professionnels	<b>Satisfaction au travail</b>	Questionnaire « Font Roja » (Aranaz & Mira, 1988) 27 items	Moyenne (score total / 27) Étendue 1 - 5
	<b>Engagement organisationnel</b>	« TCM Employee Commitment Survey » (Meyer & Allen, 1991) 18 items	Moyenne (score total / 18) Étendue 1 - 7
v. dépendantes – patients	<b>Satisfaction</b>	Questionnaire de satisfaction « Press Ganey Inpatient Survey » (Press Ganey Associates Inc.) 34 items	Moyenne (score total / 34) Étendue 1 - 5
	<b>Incertitude</b>	« Mishel Uncertainty in Illness Scale » (Mishel, 1981) 29 items	Moyenne (score total / 29) Étendue 1 - 5
	<b>Adéquation de la gestion de la douleur</b>	- Échelle visuelle analogique pour la douleur - Ordonnance médicale	PMI = niveau plus haut d'analgésiques – niveau plus haut de douleur (Cleeland et al., 1994)
	<b>Durée du séjour</b>	Registre d'admission et registre du congé	Durée du séjour = date et heure du congé – date et heure de l'admission

## Les variables d'interaction

Plusieurs variables d'interaction ont été mesurées et introduites dans les différents tests statistiques afin de mieux comprendre comment elles peuvent changer la relation théoriquement attendue entre la variable indépendante d'intérêt et les différentes variables dépendantes. Ces variables renvoient aux caractéristiques des unités de soins où les équipes travaillent, aux caractéristiques des professionnels et aux caractéristiques des patients.

### *Les variables d'interaction reliées aux unités de soins*

*Le type d'unité de soins.* Cette variable concerne le type d'unité de soins dans laquelle travaille l'équipe, soit une unité de court séjour ouverte du lundi au vendredi, soit une unité d'hospitalisation régulière. Les données sur cette variable ont été collectées auprès des gestionnaires des différentes équipes.

### *Les variables d'interaction reliées aux professionnels*

*L'âge et l'expérience au travail.* L'expérience au travail réfère au nombre total d'années d'exercice professionnel en tant qu'infirmière ou médecin (y compris la période de résidence pour les médecins).

*Le type de professionnel.* Cette variable réfère à l'appartenance professionnelle, soit infirmière, médecin ou résident en médecine.

*Questionnaire sociodémographique.* Un questionnaire sociodémographique a été élaboré afin de recueillir l'information concernant l'âge, les années d'expérience professionnelle et le type de professionnel. Ce questionnaire a fait partie du document de format unique contenant l'ensemble des questionnaires adressés aux professionnels.

### *Les variables d'interaction reliées aux patients*

#### *Le niveau d'éducation, l'état de santé et les hospitalisations actuelles et antérieures*

*Le niveau d'éducation.* Celui-ci se réfère au niveau maximal de formation obtenue. Compte tenu de la structure académique en Espagne, la formation a été classée selon quatre niveaux : sans diplôme, école primaire (jusqu'à 14-16 ans), école secondaire (jusqu'à 18 ans) et niveau universitaire.

*La perception de l'état de santé.* C'est l'évaluation que fait le patient de son état de santé, à savoir : très bon, bon, moyen, mauvais, ou très mauvais, comparativement à une autre personne du même âge.

*Les hospitalisations antérieures.* Cette variable présente deux volets : 1) les hospitalisations antérieures dans des hôpitaux autres que celui où la recherche est réalisée et 2) les hospitalisations antérieures dans le centre hospitalier de la présente étude.

*Le type d'hospitalisation.* Le type d'hospitalisation réfère à la nature de l'hospitalisation du patient, soit une hospitalisation planifiée ou une hospitalisation non planifiée.

*Questionnaire sociodémographique.* Un questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir l'information concernant le niveau de scolarité du patient, la perception de l'état de santé, les hospitalisations antérieures et la nature de la présente hospitalisation.

*L'âge, le genre et l'assistance d'un médecin spécialiste de la douleur*

*L'âge et le genre du patient.*

*L'assistance d'un médecin spécialiste de la douleur.* Cette variable concerne le recours, à n'importe quel moment de l'hospitalisation du patient, à un médecin spécialiste de la douleur.

*Le dossier informatisé du patient.* Les données concernant l'âge, le genre et l'assistance d'un médecin spécialiste de la douleur ont été obtenues à partir du dossier informatisé du patient.

*Le type d'assurance du patient et le type de chambre*

*Le type d'assurance du patient.* Le type d'assurance du patient concerne la façon dont le patient s'acquitte des frais d'hospitalisation, soit grâce à l'assurance publique, à une assurance privée ou à un paiement direct de sa part.

*Le type de chambre.* Le type de chambre réfère aux caractéristiques de la chambre où le patient est demeuré pendant son séjour à l'hôpital, soit en chambre double ou en chambre individuelle.

*La base des données administratives de l'hôpital.* Une consultation à la base des données administratives de l'hôpital a permis d'obtenir les données concernant le statut économique du patient et le type de chambre dans lequel le patient a été hospitalisé.

*Le GHD, le nombre de morbidités et le stade de la maladie*

*Le Groupe Homogène de Diagnostic (GHD).* Le GHD est une classification qui regroupe les patients selon 1) les diagnostics, établis selon « The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems » (ICD-9), 2) les procédures effectuées 3) l'âge, 4) le sexe, et 5) la présence de complications ou de co-morbidités (AHRQ, 1994).

*Le nombre de co-morbidités.* C'est le nombre de diagnostics que présente le patient, autres que le diagnostic principal.

*Le stade de la maladie.* Le stade de la maladie réfère à la présence soit d'une tumeur localisée, soit d'une tumeur avec métastases.

*Le système de classification des patients.* Les données concernant le GHD, le nombre de morbidités et le stade de la maladie ont été obtenues à l'aide d'un logiciel spécialisé. Ce logiciel utilise l'information contenue dans le rapport du congé du patient pour déterminer le GHD auquel appartient le patient, ainsi que le diagnostic principal et les co-morbidités (jusqu'au nombre de 7 co-morbidités) de chaque patient, selon la nomenclature ICD-9.

### **Traduction et validation des instruments en espagnol**

Compte tenu du fait que le questionnaire « Intensité de la collaboration interprofessionnelle » (Sicotte et al., 2002) est un instrument conçu en français, il a fait l'objet d'une traduction en espagnol, puis d'une validation. Pour obtenir plus de détails concernant la traduction et la validation de ce questionnaire, nous référons le lecteur au deuxième des articles formant le corpus de cette thèse, intitulé « Traduction à l'espagnol et validation d'un instrument de mesure de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle en santé ». Les autres instruments de mesure utilisés étaient tous traduits et validés en espagnol.

## L'échantillonnage

Le processus de sélection des participants a été mené à deux niveaux différents : un premier niveau de sélection des professionnels membres des équipes participant à l'étude et un deuxième niveau de sélection des patients traités par ces équipes.

### Population à l'étude et critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude a été menée auprès des professionnels et des patients de cinq équipes<sup>2</sup> de soins en oncologie et hématologie d'un hôpital universitaire espagnol de soins tertiaires, soit un hôpital privé à but non lucratif qui compte 400 lits. Il s'agit plus précisément des équipes appartenant aux programmes suivants : 1) tumeurs gastro-intestinales, 2) tumeurs à la tête, au cou et au poumon, 3) tumeurs au sein et tumeurs d'ordre gynécologique, 4) mélanomes et sarcomes et 5) hémopathies malignes.

En ce qui concerne la population des professionnels, elle est formée de tous les professionnels qui répondent aux critères d'inclusion suivants : 1) avoir une activité professionnelle comme médecin, résident ou infirmière, 2) dans l'une des cinq équipes à l'étude et 3) depuis au moins 6 mois.

---

<sup>2</sup> Suite au constat fait quant au nombre de patients hospitalisés par chaque équipe par mois, l'une des cinq équipes a été écartée de l'étape de collecte des données auprès des patients car on a estimé que le nombre de patients était insuffisant.

Par ailleurs, la population des patients est composée de tous les patients hospitalisés dans le but de recevoir un traitement oncologique, dans l'une des quatre équipes à l'étude. Les patients transférés d'une autre équipe de soins ou transférés à une autre équipe de soins pendant l'hospitalisation, ont été exclus de l'étude.

### Le type d'échantillonnage

En ce qui a trait aux professionnels, l'échantillon a été formé de tous les professionnels qui répondaient aux critères d'inclusion et qui ont accepté de participer à l'étude.

En ce qui a trait à l'échantillon des patients, il s'agit d'un échantillon constitué dans le temps. Ainsi, une fois la période d'observation initiée, tous les patients hospitalisés dans l'une des quatre équipes à l'étude ont été progressivement inclus dans l'échantillon pendant huit mois, soit la période nécessaire pour atteindre la taille désirée. Cette longue période de temps pendant laquelle les sujets ont été recrutés garantit une représentativité de la population à l'étude, car il n'y a pas de raison pour croire que les patients hospitalisés pendant ces huit mois ne sont pas semblables à ceux qui y sont d'habitude hospitalisés. Par ailleurs, la création des quatre échantillons des patients (soit un échantillon pour chaque équipe participant à l'étude) a été effectuée de façon *auto-sélectionnée* (Polit & Beck, 2004), dans le sens où les patients ont fait partie de l'un ou l'autre échantillon parce qu'ils

avaient reçu un diagnostic médical spécifique qui les amenait à recevoir un traitement dans le programme correspondant.

#### La taille de l'échantillon

Nous avons procédé au calcul d'une taille pour chacun des trois échantillons de l'étude. Dans un premier temps, la taille de l'échantillon des professionnels pour la partie de l'étude concernant les résultats chez les professionnels (devis corrélational) a été calculée et dans un deuxième temps, nous avons calculé la taille de l'échantillon des patients ainsi que la taille de l'échantillon des professionnels pour la partie de l'étude concernant les résultats chez les patients (devis comparatif).

#### *La taille de l'échantillon pour le devis corrélational*

En ce qui a trait à l'échantillon des professionnels pour cette partie de l'étude, les calculs ont été faits au moyen de la formule de Hsieh, Bloch et Larsen (1998) pour le calcul de la taille d'échantillon pour une régression linéaire multiple et en utilisant les tables des tailles d'échantillon pour le coefficient de corrélation de Machin, Campbell, Fayers et Pinol (1997). Les calculs ont été faits à partir de la variable de résultat *satisfaction au travail*, compte tenu de l'existence des études préalables sur cette variable. Ainsi, compte tenu du fait que : 1) l'erreur de type I ( $\alpha$ ) a été établie à 0,05, 2) la puissance a été établie à 75 %, 3) l'on estime qu'il existe une corrélation de moyenne intensité (Cohen, 1988) entre les

variables d'intérêt ( $r \cong 0,40$ ) (Adams & Bond, 2000) et 4) selon les résultats obtenus par les méta-analyses, l'on estime que la valeur du coefficient de détermination pour l'ensemble des variables confondantes est près de 0,20, le nombre nécessaire de professionnels est de 40.

### *Taille de l'échantillon pour le devis comparatif*

En ce qui a trait à la taille de l'échantillon des patients elle a été calculée à l'aide du logiciel PASS 2000 et à partir de la détermination d'un *primary outcome*, soit l'adéquation de la gestion de la douleur. Tel que mentionné auparavant, dans cette étude, l'adéquation de la gestion de la douleur est une variable dichotomique, formée par les valeurs *bonne* et *mauvaise* adéquation de la gestion de la douleur. Pour le calcul de la taille de l'échantillon, nous avons établi l'erreur de type I ( $\alpha$ ) à 0,05 et la puissance à 80 % (erreur  $\beta = 0,20$ ). La différence minimale ( $\Delta$ ) d'adéquation de la gestion de la douleur que l'on veut détecter a été établie à 0,15. Compte tenu de toutes ces valeurs, le logiciel PASS 2000 suggère de constituer un échantillon de 300 patients au total.

### **Le déroulement de l'étude**

L'étude a été présentée à la commission de recherche de l'hôpital, afin d'obtenir son approbation et ses commentaires. Suite à cette démarche, les professionnels membres des cinq équipes à l'étude ont tous été contactés personnellement à l'hôpital par la chercheuse,

afin de leur expliquer le but de l'étude, la nature de leur participation et solliciter leur participation. Lors de cette rencontre, les professionnels ont reçu le formulaire de consentement et un questionnaire (voir annexe B) regroupant le questionnaire sociodémographique, les questionnaires de mesure de la collaboration interprofessionnelle et les questionnaires de mesure de la satisfaction au travail et de l'engagement organisationnel. Le questionnaire et le formulaire de consentement ont été distribués dans une enveloppe qui contenait également une enveloppe de retour pré-affranchie et adressée à la chercheuse. Chaque questionnaire comportait un code d'identification du sujet. Au cours des deux mois suivant cette distribution initiale et en appliquant la méthode proposée par Dillman (2000) pour la maximisation du taux de réponse, trois lettres de rappel ont été envoyées par courrier interne à tous les professionnels.

En ce qui a trait à la collecte des données auprès des patients, trois étapes ont été conduites. Dans un premier temps, il s'agissait de sélectionner des patients qui représentaient des sujets potentiels pour l'étude. Ainsi, chaque jour, à partir de la liste des patients qui allaient recevoir leur congé le lendemain, les patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude ont été identifiés. Dans un deuxième temps, chaque patient a été contacté personnellement la veille de son congé et cela, afin de présenter l'étude, expliquer la nature de sa participation et l'inviter à y participer. Les patients qui ont accepté de signer le formulaire de consentement ont reçu, ce même jour, un questionnaire de format unique (voir annexe C), regroupant un questionnaire sociodémographique, le

questionnaire mesurant la satisfaction et le questionnaire mesurant l'incertitude. Ce document a été ramassé le lendemain, soit le jour du congé du patient. Dans un troisième temps, les données provenant du dossier informatisé du patient, de la banque des données administratives de l'hôpital et du système de classification des patients, ont été recueillies auprès du service d'informatique de l'hôpital.

Toutes les activités reliées à l'obtention des données des patients ont été gérées à l'aide du *numéro d'assistance du patient* (soit un numéro qui garantit l'anonymat des données du patient) qui a ultérieurement été converti en un code, lorsque les données se sont retrouvées dans la base des données de la recherche.

Enfin, un journal de bord a été rédigé tout au long de la période de collecte des données et cela afin de détecter des interférences possibles de l'environnement dans l'étude.

### **Le plan d'analyse des données**

Deux plans différents d'analyse des données ont été élaborés, l'un pour l'analyse des données du devis corrélationnel, correspondant à la partie de l'étude concernant les résultats chez les professionnels et l'autre pour l'analyse des données du devis comparatif, correspondant à la partie de l'étude concernant les résultats chez les patients. Toutes ces analyses ont été menées à l'aide du logiciel SPSS 13.0.

Dans les deux cas, une analyse descriptive a été réalisée afin de donner un portrait global des variables à l'étude. La description des variables quantitatives s'est faite à l'aide d'une mesure de tendance centrale, soit la moyenne, et une mesure de dispersion, soit l'écart type, alors que pour les variables qualitatives, des distributions de fréquences ont été utilisées. La consistance interne des instruments de mesure a été établie grâce à la détermination du coefficient alpha de Cronbach.

Dans les prochains paragraphes, une description détaillée des deux plans d'analyse est présentée.

#### L'analyse des données pour le devis corrélational

Dans un premier temps, des analyses de normalité de la distribution des variables ont été réalisées. Ensuite, nous avons procédé à la réalisation des analyses de régression linéaire multiple. Dans le but de détecter le meilleur modèle expliquant chacune des variables dépendantes à l'étude et compte tenu du nombre réduit de variables explicatives, nous avons procédé à la détermination de tous les modèles de régression possibles (Neter et al., 1996). La pertinence de ces modèles a été évaluée à l'aide du coefficient de détermination multiple ( $R^2$ ) ainsi que du coefficient ajusté de détermination multiple ( $R^2_a$ ) (Neter et al.).

Dans un deuxième temps, la qualité d'ajustement des modèles de régression a été évaluée au moyen d'un ensemble d'analyses des résidus (Neter et al., 1996), selon une

approche de combinaison des tests et des graphiques (Verran & Ferketich, 1987). Dans ce but, des analyses d'évaluation de la normalité des résidus ont été tout d'abord menées à l'aide des normogrammes Q-Q et des coefficients de corrélation entre les résidus et leurs valeurs attendues selon la normalité. Ensuite, la présence des sujets *aberrants* (« outliers ») a été déterminée à l'aide des Levers et du test de Bonferroni pour les résidus studentisés externes ( $t_i$ ), alors que leur influence sur le modèle a été déterminée à l'aide des valeurs DFFITS, des valeurs DFBETAS, de la distance de Cook et de l'influence sur l'inférence. Par la suite, la linéarité a été évaluée au moyen des graphiques de dispersion, confrontant les résidus standardisés aux différentes variables indépendantes. Par ailleurs, l'indépendance des résidus, a également été évaluée à l'aide du test de Durbin-Watson, ainsi que l'existence de multicolinéarité entre les variables dépendantes au moyen du coefficient de détermination multiple ( $R^2$ ), du VIF (« variance inflation factor ») et de la tolérance (TOL). Finalement, l'homocédasticité ou égalité des variances a été évaluée au moyen du diagramme de dispersion des résidus standardisés et des valeurs prévues pour la variable dépendante.

#### L'analyse des données pour le devis comparatif

L'analyse des données de la deuxième partie de l'étude comprend deux étapes, développées à deux niveaux d'analyse différents. La première étape a consisté à déterminer, à l'aide d'une analyse de variance (ANOVA) à un facteur, les différences entre les quatre équipes à l'étude en ce qui a trait à l'intensité de la collaboration interprofessionnelle. À

cette étape, la variable dépendante fut l'intensité de la collaboration interprofessionnelle et le niveau d'analyse fut le professionnel. Toutes les comparaisons possibles deux à deux des différents niveaux ont été menées à l'aide de la procédure Tukey-Kramer pour des comparaisons multiples. Cette procédure a été privilégiée compte tenu de l'existence d'effectifs inégaux dans les quatre équipes à l'étude (Neter et al., 1996). Malgré la robustesse du test ANOVA et compte tenu de la petite taille de l'échantillon dans cette première étape de l'analyse, des analyses de normalité et d'homogénéité de variance ont été menées, ainsi que la détermination de l'existence de sujets *aberrants* (« outliers »). L'homogénéité de la variance a été vérifiée à l'aide des graphiques et du test de Levene, alors que la normalité a été analysée au moyen du test de Shapiro-Wilk, de l'asymétrie et de la voussure, des histogrammes et des graphiques de normalité.

La deuxième étape a consisté à analyser l'influence de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle sur les quatre variables de résultats chez les patients, soit la satisfaction, l'incertitude, l'adéquation de la gestion de la douleur et la durée du séjour à l'hôpital. Cette fois-ci, l'unité d'analyse était le patient et l'intensité de la collaboration interprofessionnelle a été examinée en tant que facteur.

Tout d'abord, des modèles ANOVA à deux facteurs et des modèles de covariance (ANCOVA) ont été développés. Le but du développement de ces modèles a été de déterminer l'existence d'un effet causé par les caractéristiques organisationnelles et individuelles sur chaque variable de résultat, soit un effet principal, soit un effet

d'interaction avec le facteur « intensité de la collaboration interprofessionnelle ». Suite à ces analyses, les caractéristiques démontrant un effet significatif au niveau critique 0,05, ont été retenues et introduites dans un modèle ANCOVA ou ANOVA multifactoriel. Ces modèles incorporent chaque variable de résultat en tant que variable dépendante, l'intensité de la collaboration interprofessionnelle en tant que facteur et les caractéristiques organisationnelles et individuelles en tant que co-variables (pour les variables continues) et/ou en tant que facteurs (pour les variables nominales ou ordinales). Toutes ces analyses se sont appuyées sur des modèles ANOVA de type III, car la taille des échantillons parmi les niveaux des différents facteurs n'était pas la même (Neter et al., 1996).

Ensuite, dans les cas où l'existence d'un effet d'interaction a été constatée, l'analyse des effets du facteur *intensité de la collaboration interprofessionnelle* a été réalisée au moyen de la procédure de Bonferroni.

Finalement, l'adéquation des modèles ANOVA a été évaluée à l'aide des tests et des graphiques des résidus (Neter et al., 1996). La présence des sujets aberrants a été déterminée à l'aide d'un ensemble de graphiques des résidus studentisés externes ( $t_i$ ) et du test simultané de Bonferroni, avec un niveau de signification de  $\alpha = 0,10$ . L'homogénéité des variances a été vérifiée à l'aide des graphiques des résidus studentisés et du test de Levene modifié (Neter et al.).

### **Les considérations éthiques**

Tout d'abord, nous avons obtenu le certificat d'éthique du comité d'éthique de l'Université de Montréal ainsi que du comité d'éthique de l'hôpital où la recherche a été menée. De plus, le projet a été présenté au comité de recherche de l'hôpital qui a également consenti à la réalisation de l'étude à l'intérieur de l'hôpital.

Par ailleurs, en ce qui concerne les professionnels et les patients participants, ils ont consenti librement et de façon éclairée à la participation à l'étude en signant un formulaire de consentement (voir annexes D et E) où on les a informés: 1) du contexte et du but de la recherche, 2) de la confidentialité des données recueillies et du fait que celles-ci seraient conservées sous clé pendant sept ans puis détruites par la suite, 3) de la participation volontaire à l'étude ainsi que de l'absence de préjudice s'ils décidaient de ne pas participer et 4) de la possibilité qu'ils avaient de se retirer à tout moment de l'étude et cela, sans aucun préjudice. De plus, la chercheuse s'est rendue disponible tant pour les professionnels que pour les patients afin de clarifier toute interrogation qu'ils pourraient avoir face à l'étude.

## *Chapitre 4. Les articles*

Le présent chapitre expose les quatre articles formant le corpus de cette thèse. Il s'agit de deux articles méthodologiques et de deux articles concernant les résultats issus de la recherche.

Les deux articles de caractère méthodologique portent sur la traduction et sur la validation de deux questionnaires. Ainsi, le premier article présente la traduction en espagnol et la validation du questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » de Baggs (1994), mesurant le niveau de collaboration médecin-infirmière. Ce questionnaire a été utilisé dans le deuxième article pour évaluer la validité convergente du questionnaire « Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle » (Sicotte et al., 2002). Ce premier article a été soumis à la revue espagnole « Psicología del Trabajo y de las Organizaciones ». Le deuxième article présente la traduction en espagnol et la validation du questionnaire « Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle » de Sicotte et al.. Cet article a été accepté pour publication dans la revue espagnole « Enfermería Clínica » (San Martín-Rodríguez, D'Amour & Leduc, sous presse).

Par ailleurs, le troisième et le quatrième article présentent les résultats obtenus des analyses des données des professionnels et des patients. Le troisième article porte sur les effets de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels membres des équipes, en termes de satisfaction au travail et d'engagement envers l'organisation. Cet article a été soumis à la revue « Journal of Nursing Management ». Le

quatrième article porte sur les effets de la collaboration interprofessionnelle chez les patients hospitalisés atteints de cancer, en termes de satisfaction, d'incertitude, d'adéquation de la gestion de la douleur et de durée du séjour à l'hôpital. Il a été soumis à la revue « Cancer Nursing ».

**Article 1. Traduction en espagnol et validation d'un questionnaire mesurant la collaboration médecin-infirmière.**

Leticia San Martín Rodríguez, PhD (cand)

Nicole Leduc, PhD

Danielle D'Amour, inf, PhD

Introduction

Au cours des dernières années, le travail en collaboration interprofessionnelle est devenu une condition *sine qua non* d'une pratique effective au sein des institutions sanitaires. Plusieurs éléments semblent avoir contribué à l'accroissement de cet intérêt pour la collaboration interprofessionnelle, dont une population avec des besoins de plus en plus complexes, une escalade importante au niveau de la spécialisation et de la fragmentation des professions et un contexte sanitaire où la compétitivité est grande et où il y a pénurie des ressources.

À l'heure actuelle, le travail en collaboration interprofessionnelle est considéré comme une façon efficace, effective et satisfaisante d'offrir des soins de santé à la population. Cependant, bien que l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé soit constamment soulignée, peu de recherches s'attardent à évaluer les

effets résultant du développement d'une telle pratique en collaboration (Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein, Reeves & Perrier, 2005). Selon Schmitt (2001), l'une des principales difficultés quand il s'agit de mener ce type d'études, est le manque d'instruments valides permettant de mesurer la collaboration existant entre les professionnels qui font partie des équipes. À cet égard, il faut souligner le fait que le développement de ce type d'instruments est un exercice extrêmement compliqué, car il s'agit de traduire un phénomène multidimensionnel et très complexe, tel que celui de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, Ferrada-Videla, SanMartin-Rodriguez & Beaulieu, 2005), dans un langage très concret et fondé sur des indicateurs empiriques.

De plus, au manque d'instruments mesurant le phénomène de la collaboration interprofessionnelle s'ajoute le fait que, le peu d'instruments existants ont été développés en langue anglaise, tel que le montre la revue systématique menée par Dougherty et Larson (2005). Ces particularités rendent difficile l'utilisation des dits instruments dans des contextes culturels autres que le contexte nord-américain.

Le questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » de Baggs (1994) est l'un des instruments mesurant le niveau de collaboration infirmière-médecin. Le cadre théorique guidant la construction de cet instrument fut le modèle de résolution de conflits de Thomas (1976) et une recension des écrits menée par Baggs et Schmitt (1988) dans le domaine de la médecine, des sciences infirmières et de l'approche de l'équipe interdisciplinaire. À partir du modèle de Thomas et de la recension de Baggs et Schmitt,

Baggs (1994) a identifié six attributs principaux propres à la collaboration, soit 1) la prise en charge de l'avis des autres, 2) l'affirmation de son propre avis, 3) le partage des responsabilités au niveau de la planification, 4) le partage de la prise de décision, 5) la communication ouverte et 6) la coordination.

Le questionnaire au complet comporte neuf items, dont sept items servent à mesurer la collaboration développée entre les infirmières et les médecins lors de la prise de décision face aux soins d'un patient et deux items servent à mesurer la satisfaction quant à cette prise de décision. Ces items sont évalués selon une échelle type Likert avec un gradient de sept points. En ce qui a trait aux sept items mesurant le concept de collaboration – items qui font l'objet de cette étude -, six correspondent aux six principaux attributs identifiés par Baggs (1994), alors que le septième item est un item de caractère général portant sur le degré de collaboration. En 2001, Dechairo-Marino et al. ont légèrement modifié les items originaux proposés par Baggs afin qu'ils mesurent la collaboration par rapport aux décisions face aux soins de tous les patients traités par l'équipe, au lieu que ce soit par rapport aux décisions face aux soins d'un seul patient.

Les sept items de l'instrument « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » (Baggs, 1994) mesurant le niveau de collaboration, ont démontré un bon degré de consistance interne, en rapportant des coefficients alpha de Cronbach de 0,93 à 0,98 (Baggs; Baggs & Schmitt, 1988; Dechairo-Marino et al., 2001). La validité de construit du questionnaire a été déterminée à l'aide d'une analyse factorielle sans rotation et avec

rotation orthogonale et oblique, en indiquant l'existence d'un seul facteur qui explique 75 % de la variance (Baggs). Par ailleurs, la validité reliée à un critère a également été démontrée à l'aide d'un test de corrélation entre le score de l'item de caractère général et le score moyen des autres six items, test qui a donné comme résultat une corrélation de 0,87 (Baggs). La validité reliée à un critère de l'item de caractère général avait été démontrée préalablement par Baggs, Ryan et Phelps (1992) qui ont identifié une corrélation significative entre cet item de caractère général et les « Collaborative Practice Scales » de Weiss et Davis (1985).

Le but de la présente recherche est d'évaluer les caractéristiques psychométriques de la version espagnole du questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » de Baggs (1994).

### Méthodologie

L'étude a comporté une première étape de traduction de l'instrument original en espagnol et une seconde étape d'analyse des caractéristiques psychométriques de la version espagnole de l'instrument.

#### *Étape de traduction*

La première étape a consisté à traduire les items de l'anglais à l'espagnol. Ce processus de traduction de l'instrument consistait à utiliser une combinaison de techniques

de traduction, telle que suggéré dans les écrits (Dunckley, Hughes, Addington-Hall & Higginson, 2003; Hilton & Skrutkowski, 2002; Maneeriwongul & Dixon, 2004; Mason, 2005). Les items de l'instrument ont été exposés à une traduction et retraduction, à une évaluation de la traduction de la part d'un comité bilingue et à un pré-test de la version finale.

Premièrement et en suivant la méthode de traduction inversée proposée par Brislin (1970), les sept items du questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » de Baggs (1994) ont été traduits de l'anglais à l'espagnol par une personne bilingue dont la langue maternelle était l'espagnol. Deuxièmement, afin de déterminer l'équivalence conceptuelle des items des deux questionnaires et leur adéquation au contexte hospitalier espagnol, le questionnaire résultant de cette traduction a été examiné par un comité composé de deux infirmières bilingues. Troisièmement, une autre personne bilingue et indépendante de la première a retraduit la version espagnole de l'espagnol à l'anglais. Les deux versions anglaises – l'originale et celle résultant de cette traduction inversée- ont été comparées afin d'identifier les éventuelles discordances. Finalement, la version espagnole du questionnaire a été soumise à un pré-test auprès de cinq professionnels de la santé afin de déterminer la compréhension des items et le temps consacré à remplir le questionnaire.

### *Étape d'analyse des caractéristiques psychométriques de l'instrument*

La deuxième étape de la démarche a été de déterminer l'homogénéité des items – la consistance interne, la corrélation inter-items et la corrélation corrigée item-score total – et la validité -validité de construit et validité convergente- de la version espagnole du questionnaire.

### *Échantillon*

L'échantillon était composé de 123 infirmières d'un hôpital universitaire espagnol de soins tertiaires. 31,5 % des infirmières appartenaient à des équipes d'unités de soins intensifs, 24,5 % à des équipes de soins chirurgicaux et 44 % à des équipes de soins médicaux. Ces 123 infirmières ont dûment retourné le questionnaire distribué parmi 165 infirmières, ce qui donne un taux de réponse de 74,5 %.

### *Analyse des données*

Tout d'abord, nous avons mené des analyses d'homogénéité des items de l'instrument. Dans ce but, la consistance interne des items a été calculée au moyen du coefficient alpha de Cronbach. Ce coefficient est fondé sur la corrélation moyenne entre les items formant l'instrument (Nunnally, 1978). Le coefficient alpha de Cronbach a été évalué en prenant le niveau 0,70 comme étant un niveau satisfaisant (Nunnally). De plus, l'homogénéité des items a été analysée à l'aide des coefficients de corrélation inter-items et

des coefficients de corrélation corrigée item-score total, soit la corrélation existant entre chaque item et le score total de l'instrument (à l'exception de l'item correspondant). D'un côté, nous avons estimé la matrice des coefficients de corrélation entre les sept items que comportait l'instrument. Des valeurs supérieures à 0,30 ont été considérées comme satisfaisantes. D'un autre côté, les coefficients de corrélation corrigée item-score total ont été également calculés. Pour l'évaluation de ces coefficients, nous nous sommes appuyés sur les critères énoncés par Ebel et Frisbie (1986), qui établissent à 0,30 le niveau satisfaisant pour cette sorte de corrélation. Ces analyses ont été menées au moyen du logiciel SPSS 13.0.

Suite aux analyses d'homogénéité et afin de déterminer la validité de construit de la version espagnole de l'instrument, nous avons procédé à la réalisation d'une analyse factorielle confirmatoire à l'aide du logiciel LISREL 8.51. L'analyse factorielle confirmatoire sert à évaluer, au moyen d'un ensemble d'équations linéaires structurelles, le degré d'ajustement des données à une structure conceptuelle proposée (Jöreskog, 1993). Ainsi, l'analyse a consisté à confronter nos données à la structure fondée sur un seul facteur et obtenue de l'analyse factorielle effectuée sur l'instrument original (Baggs, 1994).

Compte tenu de la nature ordinale des données, les analyses ont été basées sur la matrice de corrélation polychorique et la matrice de variance-covariances asymptotique (Hayduk, 1987; Jöreskog, 1993; 2002; Muthén, 1984). Pour la détermination de l'ajustement du modèle nous avons utilisé la méthode des moindres carrés pondérés

(« weighted least squared »), tel que suggéré par Jöreskog (2002) quand il s'agit des données ordinales. L'évaluation de l'ajustement global de la structure conceptuelle aux données s'est faite à l'aide d'un ensemble d'indices (Aroian & Norris, 2005; Diamantopoulos & Siguaaw, 2000). Les indices utilisés ainsi que les niveaux de signification représentant un bon ajustement sont présentés au tableau 1.

Tableau 1. Indices d'ajustement

Indices d'ajustement (Diamantopoulos & Siguaaw, 2000)		Bon ajustement	Valeurs obtenues
Test du khi-2 de Pearson	$\chi^2$	$p > 0,05$	$p = 0,09$
Carré moyen de l'erreur d'approximation (« Root Mean Square Error of Aproximation »)	RMSEA	$< 0,08$	0,06
Carré moyen des résidus standardisés (« Standardized Root Mean square Residual »)	RMR	$< 0,08$	0,07
Indice d'ajustement de GOF (« Goodness-Of-Fit Index »)	GFI	$> 0,90$	0,99
Indice d'adéquation comparatif (« Comparative Fit Index »)	CFI	$> 0,90$	1,00

Finalement, la validité convergente a été analysée au moyen de la détermination du test de corrélation de Spearman entre le score de l'item de caractère général et le score moyen des autres six items. Ces analyses ont été menées à l'aide du logiciel SPSS 13.0.

## Résultats

Les résultats obtenus sont également présentés selon les deux principales étapes établies dans cette étude.

### *Traduction et adaptation de l'instrument à l'espagnol*

La traduction inversée de l'instrument nous a permis, dans un premier temps, d'obtenir, d'un point de vue linguistique, un instrument en espagnol équivalent à celui en anglais. Dans un deuxième temps, le comité bilingue qui a évalué l'instrument résultant de cette traduction inversée a suggéré de faire une seule modification afin d'atteindre une équivalence conceptuelle entre les items originaux et ceux en espagnol. Cette modification a consisté à éliminer le mot *care* (« cuidado ») qui faisait partie de la plupart des items. La raison motivant cette modification est que dans le contexte espagnol, le mot *care* (« cuidado ») n'est relié qu'à l'activité menée par les infirmières et non pas à l'activité des médecins ou d'autres professionnels de la santé. Ainsi, par exemple, l'item « Physicians and nurses cooperate in making decisions regarding patient care » a été modifié à « Physicians and nurses cooperate in making decisions regarding patient ». Finalement, le pré-test mené auprès de cinq professionnels de la santé n'a pas révélé de problèmes en ce qui a trait à la compréhension des items.

La version finale du questionnaire en espagnol se retrouve en annexe.

*Analyse des caractéristiques psychométriques*

Premièrement, l'évaluation de la consistance interne a donné comme résultat un coefficient alpha de Cronbach pour les sept items de 0,95. Par ailleurs, les coefficients de corrélation inter-items varient de 0,62 à 0,79 et les coefficients de corrélation corrigée item-score total varient de 0,79 à 0,87. Les valeurs résultant de ces analyses sont présentées aux tableaux 2 et 3.

Tableau 2. Matrice des corrélations inter-items

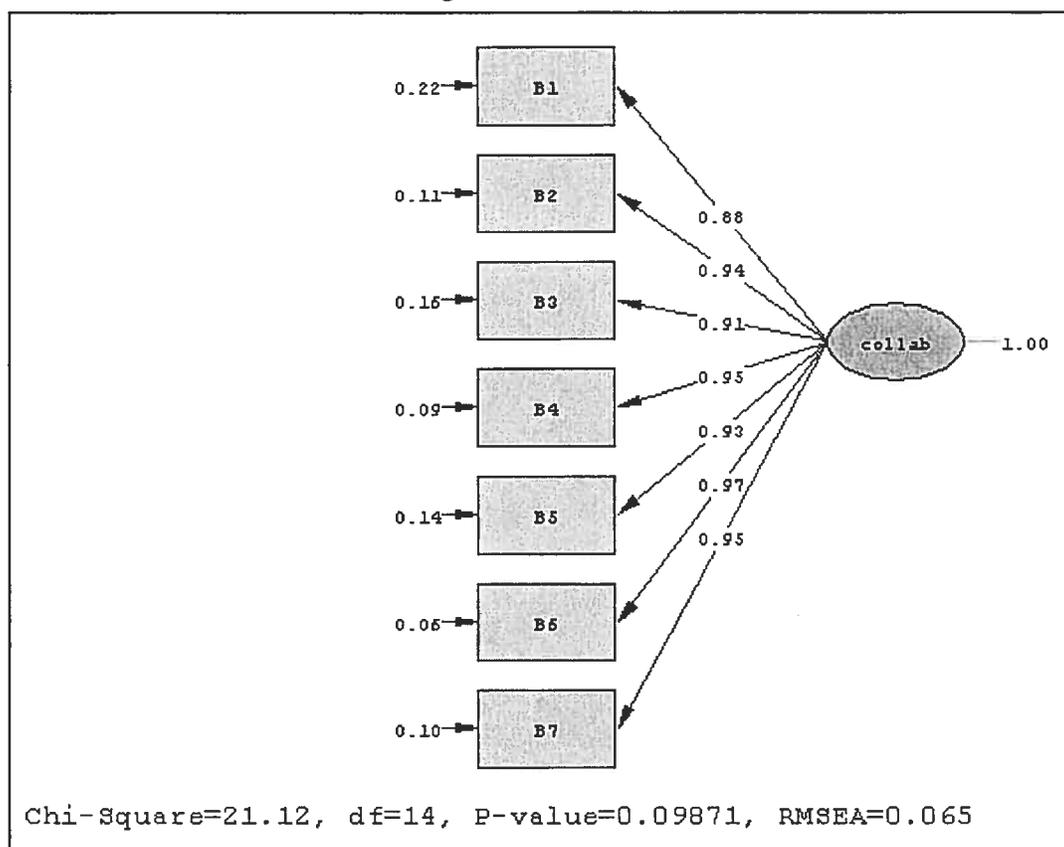
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6
Item 1	1,00	0,76	0,74	0,73	0,61	0,71
Item 2	0,76	1,00	0,75	0,75	0,73	0,78
Item 3	0,74	0,75	1,00	0,79	0,68	0,77
Item 4	0,73	0,75	0,79	1,00	0,70	0,78
Item 5	0,61	0,73	0,68	0,70	1,00	0,79
Item 6	0,71	0,78	0,77	0,78	0,79	1,00

Tableau 3. Coefficients de corrélation item-score total

	Corrected Item-Total Correlation
Item 1	0,79
Item 2	0,85
Item 3	0,84
Item 4	0,86
Item 5	0,80
Item 6	0,87

Deuxièmement, une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée afin de déterminer l'ajustement des données à la structure conceptuelle démontrée par l'analyse factorielle exploratoire de la version originale du questionnaire, soit une structure unifactorielle. L'estimation des paramètres pour cette structure indique des valeurs élevées et très proches, variant entre 0,88 et 0,97. La valeur estimée de ces paramètres ainsi que les erreurs de mesure pour les sept items apparaissent à la figure 1.

Figure 1. Paramètres estimés



B1, ..., B7; items du questionnaire

Par ailleurs, le modèle unifactoriel indique également des coefficients de corrélation multiple au carré ( $R^2$ ) très élevés, variant entre 0,78 et 0,94. Ces coefficients, ainsi que les p-values correspondants sont présentés au tableau 4.

Finalement, les indices d'ajustement obtenus, soit un test du  $\chi^2$  de 21,12 ( $p = 0,098$ ), un RMSEA de 0,06, un RMR de 0,07, un GFI de 0,99 et un CFI de 1,00, indiquent un très bon ajustement des données à la structure conceptuelle proposée. Les résultats de ces indices ont été présentés au tableau 1.

Tableau 4. Paramètres et coefficients de corrélation multiple estimés

	Paramètre	p-value	Erreur	$R^2$
<b>Item 1</b>	0,88	0,026	0,22	0,78
<b>Item 2</b>	0,94	0,027	0,11	0,89
<b>Item 3</b>	0,91	0,029	0,16	0,84
<b>Item 4</b>	0,95	0,014	0,09	0,91
<b>Item 5</b>	0,93	0,020	0,14	0,86
<b>Item 6</b>	0,97	0,015	0,06	0,94
<b>Item 7</b>	0,95	0,015	0,10	0,90

Troisièmement, la valeur du coefficient de corrélation de Spearman entre le score de l'item de caractère général et le score moyen des autres six items a été de 0,86 ( $p < 0,001$ ).

## Discussion

À l'aide d'un ensemble de techniques de traduction nous avons obtenu un instrument en espagnol équivalent à l'instrument original anglais. La complémentarité de ces techniques rend possible l'atteinte non seulement d'une équivalence linguistique des items, mais aussi d'une équivalence conceptuelle. Cette équivalence conceptuelle suppose que les items ont le même sens dans la version originale de l'instrument et dans la version traduite de l'instrument (Maneeriwongul & Dixon, 2004). De cette façon, quand les deux versions possèdent une équivalence conceptuelle, il devient possible de faire des comparaisons quant au concept mesuré – soit dans ce cas-ci la collaboration infirmière-médecin – auprès de différentes cultures (Hui & Triandis, 1985; Hunt, 1986).

Les résultats de l'analyse de la validité de construit menée lors de l'étape de validation de l'instrument confirment cette équivalence conceptuelle. Ainsi, si cette équivalence existe, on espère que l'instrument original et l'instrument traduit possèdent la même structure factorielle (Hui & Triandis, 1985). À cet égard, l'analyse factorielle confirmatoire suggère que la version espagnole de l'instrument conserve la même structure de l'instrument original, soit une structure basée sur un seul facteur. En effet, l'ensemble des indices d'ajustement évalués indique des valeurs très concluantes quant à l'adéquation des données issues de la version espagnole de l'instrument à la structure conceptuelle de l'instrument original. Cette structure conceptuelle indique que la collaboration infirmière-médecin est un concept unidimensionnel possédant six attributs principaux, soit la prise en

compte de l'avis des autres, l'affirmation de son propre avis, le partage des responsabilités au niveau de la planification, le partage de la prise de décision, la communication ouverte et la coordination.

Les paramètres estimés pour les sept items sont statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ) et très élevés (variant entre 0,88 et 0,97), ce qui reflète la forte relation existant entre les items et la dimension « collaboration » formant l'instrument. De plus, les valeurs estimées pour les erreurs de mesure de chaque item sont très basses, en variant de 0,22 à 0,06, ce qui reflète la présence d'un grand degré de fidélité. Par ailleurs, les coefficients de corrélation multiple au carré ( $R^2$ ) pour chaque item sont nettement supérieurs à 0,50, la valeur minimale considérée comme satisfaisante (Bagozzi & Yi, 1988). Ces coefficients représentent le pourcentage de variance systématique de chaque item qui peut être expliqué par le modèle (Bollen, 1989; Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

Compte tenu du fait que l'instrument possède la caractéristique de l'unidimensionnalité, on espère que la forte relation existant entre les items et le facteur (ou variable latente) démontrée à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire soit en correspondance avec l'existence d'une forte relation entre les items eux-mêmes (DeVellis, 1991). En effet, l'existence d'une corrélation élevée entre les items - ou, grand degré d'homogénéité -, signifie que ces items mesurent un même concept d'intérêt, soit dans ce cas-ci, la collaboration infirmière-médecin (Benson & Clark, 1982; DeVellis; Henson,

2001). Plus l'instrument présente un haut degré d'homogénéité, plus son degré de fidélité est bon (Pedhazur & Schmelkin, 1991).

Ainsi, les analyses réalisées dans cette étude indiquent que la version espagnole de l'instrument de Baggs (1994) possède un bon degré d'homogénéité. Les valeurs des coefficients de corrélation corrigée item-score total, représentatifs de la contribution de chaque item à la totalité de l'instrument, sont toujours situées à un niveau très supérieur à 0,30. Concrètement, parmi les six items, cinq présentent une corrélation corrigée item-score total supérieure à 0,80. En ce qui a trait à la matrice des coefficients de corrélation inter-item, celle-ci indique des valeurs variant de 0,62 à 0,79, soit des valeurs qui sont considérées comme satisfaisantes. De plus, ces valeurs sont très proches des valeurs obtenues par Baggs dans son étude de validation de la version anglaise de l'instrument.

Par ailleurs, le résultat du calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach pour l'ensemble des items de l'instrument a été de 0,953. Cette valeur dépasse amplement le niveau 0,70 suggéré par Nunnally (1978) et elle est très près des résultats obtenus dans d'autres études, soit des  $\alpha$  de Cronbach entre 0,93 et 0,98 (Baggs, 1994; Baggs & Schnitt, 1988; Dechairo-Marino et al., 2001). Compte tenu de cette haute corrélation moyenne entre les items, on peut donc assumer que ce concept est mesuré avec un bon degré de fidélité dans notre échantillon (Henson, 2001). Plus concrètement, on peut affirmer que 95,3 % de la variance de l'instrument est systématique c'est-à-dire, que cette variance représente les vraies différences existant entre les individus quant à la perception de la collaboration infirmière-

médecin, alors que 4,7 % de cette variance est dû à l'erreur aléatoire (Benson & Clark, 1982; Pedhazur & Schmelkin, 1991; Polit & Beck, 2004).

À cet égard, quelques auteurs préviennent du fait que les valeurs  $\alpha$  de Cronbach très élevées peuvent ne pas être indicatives d'une grande consistance interne, mais de l'existence d'une redondance inutile dans les items (DeVellis, 1991; Streiner, 2003). Dans ce cas-ci, tel que mentionné auparavant, des sept items composant l'instrument, six représentent différents attributs du concept de collaboration, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de soutenir l'hypothèse de la redondance.

Par ailleurs, la version espagnole de l'instrument de Baggs (1994) a été soumise aussi à une analyse de validité convergente. Ces analyses montrent que le score de l'item de caractère général et le score moyen des autres six items sont corrélés significativement ( $p < 0,001$ ). Ainsi, l'existence d'une corrélation de 0,868 entre ces deux scores, confirme que les sept items de la version espagnole de l'instrument de Baggs mesurent le même concept, soit la collaboration infirmière-médecin. De plus, les résultats obtenus dans cette étude sont très proches de ceux obtenus par Baggs dans son étude de validation de l'instrument en anglais, soit un coefficient de corrélation entre l'item général et le score moyen des autres six items de 0,87.

Finalement, en ce qui a trait à la taille de l'échantillon, il faut souligner le fait que les différents auteurs sur ce sujet n'arrivent pas à établir un consensus quant au nombre de

sujets nécessaires à la validation d'un instrument de mesure. Bien qu'il n'existe pas un consensus sur ce sujet, les auteurs s'entendent cependant pour affirmer que plus l'instrument a d'items, plus la taille de l'échantillon doit être grande (Dixon, 2005; Pett, Lackey & Sullivan, 2003). À cet égard, Nunnally (1978), suggère d'avoir au moins 10 sujets par item faisant partie de l'instrument évalué. Dans notre cas, cette règle nous conseillerait d'avoir une taille d'échantillon de 70 sujets, taille qui est largement dépassée avec les 123 sujets constituant l'échantillon de cette étude.

### Conclusion

Nous présentons comme résultat final de cette étude, un instrument valide de mesure de la collaboration infirmière-médecin en langue espagnole, soit le questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » de Baggs (1994). Les différentes analyses menées indiquent que les sept items traduits en espagnol conservent la structure unifactorielle démontrée par l'instrument original. Ce fait rend possible la comparaison des données en provenance de différents contextes culturels et obtenues à l'aide des deux versions linguistiques de l'instrument, soit la version en anglais et la version en espagnol.

Par ailleurs, les sept items constituant l'instrument ont fait également preuve d'un degré élevé de consistance interne et d'homogénéité. Cependant, il faut aussi souligner le fait que la fidélité d'un instrument n'est pas une propriété de l'instrument, mais la propriété d'un instrument administré à un échantillon spécifique sous certaines conditions (Polit &

Beck, 2004), soit dans ce cas-ci un groupe d'infirmières appartenant à un hôpital tertiaire espagnol.

Nous terminons donc, en suggérant de poursuivre l'évaluation des caractéristiques psychométriques de la version espagnole de l'instrument de Baggs (1994) lors de futures études. Nous suggérons d'abord de soumettre la structure factorielle proposée à des analyses factorielles confirmatoires à l'aide d'autres échantillons dans d'autres études. De plus, pour être en mesure de généraliser les résultats et compte tenu du fait que cette étude a été réalisée avec un échantillon très spécifique, il sera intéressant d'évaluer les caractéristiques psychométriques de l'instrument au moyen d'autres échantillons formés par d'autres groupes de professionnels, dans d'autres milieux de pratique et dans d'autres régions de l'Espagne.

## Références

- Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2005). Confirmatory factor analysis. Dans B. H. Munro (Éd), *Statistical methods for health care research*, (5<sup>ème</sup> éd.), (pp. 351-75). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- Baggs, J. G., Ryan, S. A., & Phelps, C. E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung*, 2, 18-24.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. *IMAGE; Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 145-149.
- Bagozzi, R., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16, 74-94.
- Benson, J., & Clark, F. (1982). A guide for instrument development and validation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 36, 789-800.
- Bollen, K. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 1, 185-216.

- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19* (supp 1), 116-131.
- Dechairo-Marino, A. E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G., & Saulo, M. (2001). Nurse/physician collaboration. Action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration, 31*, 223-232.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development. Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Diamantopoulos, A., & Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL*. London: SAGE Publications.
- Dixon, J. K. (2005). Exploratory factor analysis. Dans B. H. Munro (Éd), *Statistical methods for health care research*, (5<sup>ème</sup> éd.), (pp. 321-350). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dougherty, M. B., & Larson, E. (2005). A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration, 35*, 244-53.
- Dunckley, M., Hughes, R., Addington-Hall, J. M., & Higginson, I. J. (2003). Translating clinical tools in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 44*, 420-426.
- Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of educational measurement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hayduk, L. A. (1987). *Structural equation modeling with LISREL. Essentials and advances*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Henson, R. K. (2001). Understanding internal consistency reliability estimates: A conceptual primer on coefficient alpha. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development, 34*, 177-189.
- Hilton, A., & Skrukowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nursing, 25*, 1-7.
- Hui, C. H., & Triandis, H. C. (1985). Measurement in cross-cultural psychology. A review and comparison of strategies. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 16*, 131-152.
- Hunt, S. M. (1986). Cross-cultural issues in the use of socio-medical indicators. *Health Policy, 6*, 149-158.
- Jöreskog, K. G. (1993). Testing structural equation models. Dans K. A. Bollen & J. S. Long (Éds), *Testing structural equation models*, (pp. 294-312). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Jöreskog, K. G. (2002). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. Scientific Software International.
- Maneeriwongul, W. & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 175-186.
- Mason, T. C. (2005). Cross-cultural instrument translation: Assessment, translation and statistical applications. *American Annals of the Deaf, 150*, 67-72.
- Muthén, B. (1984). A general structural equation model with dichotomous, ordered categorical, and continuous latent variable indicators. *Psychometrika, 49*, 115-132.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*, (2<sup>a</sup> éd.). New York: McGraw-Hill.

- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*, (7<sup>a</sup> éd.). Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 47-66.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103.
- Thomas, K. D. (1976). Conflict and conflict management. Dans M. D. Dunnette (Éd), *Handbook of industrial and organizational psychology*, (pp. 889-935). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Weiss, S. J., & Davis, H. P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research*, 34, 299-305.
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Library*, 4.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., & Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (supp 1): 148-165.

## Annexe

**COLLABORATION AND SATISFACTION ABOUT CARE DECISIONS**

Dechairo-Marino et al., 2001: Adapted from Baggs, 1992

These questions are related to the decision making in your hospital. Please circle the number that best represents your judgment about the process of decision making as it relates to patient populations you case manage at your hospital.

1. Nurses and physicians plan together to make decisions about care for patients.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

2. Open communication between physicians and nurses takes place as decisions are made for patients.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

3. Decision making responsibilities for patient care are shared between nurses and physicians.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

4. Physicians and nurses cooperate in making decisions regarding patient care.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Strongly  
disagree

Strongly  
agree

5. In making decisions about patient care, both nursing and medical concerns are considered.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

6. Decision-making for patients is coordinated between physicians and nurses.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

7. How much collaboration between nurses and physicians occurs in making decisions for patient care?

1	2	3	4	5	6	7
No collaboration						Complete collaboration

### Colaboración en la toma de decisiones para el cuidado de pacientes (Baggs, 1992)

	Completamente en desacuerdo				Completamente de acuerdo		
1 Las enfermeras y médicos se juntan para planificar la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
2 Hay una comunicación abierta entre médicos y enfermeras a la hora de tomar decisiones referentes a los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
3 Las responsabilidades de la toma de decisiones referentes a los pacientes son compartidas entre enfermeras y médicos.	1	2	3	4	5	6	7
4 Los médicos y enfermeras cooperan a la hora de tomar decisiones sobre los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
5 Al tomar decisiones, se tienen en cuenta las preocupaciones tanto de la enfermera como del médico respecto a las necesidades de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
6 Existe coordinación entre los médicos y las enfermeras en la toma de decisiones sobre los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	No hubo colaboración				Total colaboración		
7 ¿Qué grado de colaboración hay entre las enfermeras y los médicos al tomar decisiones referentes a los pacientes?	1	2	3	4	5	6	7

**Article 2. Validation d'un instrument de mesure de l'intensité de la collaboration  
interprofessionnelle en santé, traduit en espagnol.**

Leticia San Martín Rodríguez, PhD (cand)

Danielle D'Amour, inf, PhD

Nicole Leduc, PhD

Introduction

Au cours des dernières décennies, l'utilisation d'équipes pour accomplir le travail clinique a constitué l'un des changements les plus importants jamais vécu par les institutions sanitaires en ce qui concerne l'organisation du travail (D'Aunno, 1996). Déjà en 1970 Ducanis et Golin ont souligné l'existence de trois facteurs qui ont accentué la nécessité du développement de l'approche d'équipe dans les organisations de santé; 1) une conception plus globale du patient et donc une vision des problèmes de santé comme étant plus complexes, 2) les besoins de l'organisation d'assurer une continuité de soins entre des savoirs de plus en plus spécialisés et fragmentés et 3) l'influence des politiques qui favorisent le travail d'équipe comme pierre angulaire des soins de meilleure qualité.

Selon Heinemann (2002) la collaboration est l'élément qui influence le plus le travail d'équipe. La collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé suppose

« la structuration d'une action collective à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (D'Amour, 1997, p.104). Quand les professionnels d'une équipe de santé réussissent à travailler en collaboration, on s'attend à des résultats positifs, autant chez les patients, que chez les professionnels, les organisations et le système (D'Amour & Oandasan, 2005; Sullivan, 1998).

Malgré l'efficacité que l'on attribue à la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé, il y a peu d'études qui ont démontré empiriquement les effets de la collaboration sur la pratique (Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein, Reeves & Perrier, 2005). L'une des difficultés qui peut survenir en menant ce type d'études, c'est le fait de disposer d'instruments capables d'évaluer l'intensité de la collaboration existant entre les professionnels des équipes (Schmitt, 2001). De plus, il faut souligner que ces instruments ont été développés en langue anglaise et la plupart d'entre eux en prenant comme référent le contexte nord-américain, ce qui limite l'utilisation des dits instruments dans d'autres contextes culturels.

L'un des rares instruments mesurant l'intensité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé est le questionnaire « Intensité de la collaboration interprofessionnelle », développé par Sicotte, D'Amour et Moreau (2002). Selon ces auteurs, l'intensité de la collaboration interprofessionnelle dépend directement d'un ensemble d'éléments, tels que les particularités du processus intra-groupe - soit le niveau de conflits entourant la collaboration -, les croyances des professionnels au bénéfice

de la collaboration, la formalisation, l'intégration sociale des équipes de professionnels et l'adhésion aux valeurs positives ou négatives influençant la collaboration (Sicotte, D'Amour, Moreault, Champagne & Contrandiopoulos, 1998). Ces éléments exercent de l'influence sur les deux dimensions composant l'intensité de la collaboration interprofessionnelle; la coordination et le partage d'activités cliniques entre les professionnels membres de l'équipe.

Pour le développement du questionnaire « Intensité de la collaboration interprofessionnelle », les auteurs se sont appuyés sur une perspective organisationnelle de la coordination et sur une perspective clinique du partage des activités. Ainsi, la mesure de la coordination organisationnelle -comportant sept items - a été développée à partir d'une mesure déjà existante, développée par Georgopoulos et Mann (1962) puis reprise par Hetherington (1991). Par ailleurs, la mesure du niveau de partage des activités cliniques - comportant onze items - a été développée à partir du modèle théorique de Golin et Ducanis (1981). Ce modèle conçoit l'existence de quatre activités cliniques développées en équipe; 1) la collecte d'informations et l'identification du problème, 2) la prise de décision et la planification, 3) l'intervention et 4) l'évaluation des résultats. Le questionnaire final évalue donc l'intensité de la collaboration interprofessionnelle au moyen de dix-huit items évalués selon une échelle Likert, avec un gradient de cinq points.

La structure bi-factorielle du questionnaire a été confirmée à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire en axe principal avec rotation Oblimin menée à partir des données

obtenues auprès de 343 chefs de programme des équipes des Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la province de Québec. Selon l'analyse factorielle, ces deux facteurs expliquent 43,6 % de la variance. Par ailleurs, l'évaluation de la consistance interne a donné comme résultat un  $\alpha$  de Cronbach de 0,82 pour le facteur « coordination » et de 0,87 pour le facteur « partage des activités de soin » (Sicotte et al., 2002).

Le but de la présente recherche est d'établir la fidélité et la validité de la version espagnole du questionnaire « Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle » de Sicotte et al. (2002).

## Méthodologie

### *Étape de traduction*

La première étape a consisté à traduire les items de la langue originale à l'espagnol. Afin d'assurer une équivalence conceptuelle dans la traduction des instruments de mesure, les auteurs suggèrent l'utilisation d'une combinaison de différentes techniques de traduction, telles que la traduction inversée, l'approche bilingue, l'approche du comité et le pré-test (Hilton & Skrutkowski, 2002; Maneeriwongul & Dixon, 2004; Mason, 2005). Le processus de traduction de l'instrument a consisté en une traduction et retraduction des items, une évaluation de la traduction de la part d'un comité bilingue et un pré-test de l'instrument.

Tout d'abord, en suivant la méthode proposée par Brislin (1970), les 18 items du questionnaire « Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle » (Sicotte et al., 2002) ont été traduits du français à l'espagnol par une personne bilingue, dont la langue maternelle était l'espagnol. Dans un deuxième temps, le questionnaire résultant de cette traduction a été examiné par un comité composé de quatre infirmières bilingues, afin de déterminer l'équivalence de la signification des items des deux questionnaires ainsi que leur adéquation au contexte hospitalier espagnol. Dans un troisième temps, la version espagnole a été retraduite de l'espagnol au français par une autre personne bilingue et indépendante de la première. Les deux versions ont été ainsi comparées afin d'identifier les éventuelles discordances. Finalement, la version espagnole du questionnaire a été soumise à un pré-test auprès de cinq professionnels de la santé afin de déterminer la compréhension des items et le temps consacré à remplir le questionnaire.

#### *Étape de validation*

La deuxième étape de la démarche a été de déterminer la validité de construit, la validité convergente et la consistance interne de l'instrument.

#### *Échantillon*

L'étude a été réalisée dans un hôpital universitaire espagnol de soins tertiaires qui compte 400 lits. L'échantillon a été formé par 123 infirmières qui travaillaient les quarts de jour et de soir, dans les unités d'hospitalisation et dans les unités de soins intensifs. Ces 123

infirmières ont dûment retourné le questionnaire, parmi les 165 questionnaires initialement distribués, ce qui donne un taux de réponse de 74,5 %. Parmi ces 123 infirmières, 31,5 % appartenaient à des équipes d'unités de soins intensifs, 24,5 % à des équipes de soins chirurgicaux et 44 % à des équipes de soins médicaux.

#### *Déroulement de l'étude*

Un document contenant la version espagnole du questionnaire « Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle » et la version espagnole du questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » (Baggs, 1994), a été distribué aux participants. La version espagnole du questionnaire de Baggs (1994), mesure le niveau de collaboration infirmière-médecin à l'aide de sept items, dont la validité et la fidélité ont été démontrées dans une étude antérieure (San Martin-Rodriguez, Leduc & D'Amour, 2006). Selon les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire réalisée dans cette étude, la version espagnole du questionnaire de Baggs conserve la structure mono-factorielle de l'instrument original et l'analyse de la consistance interne indique un  $\alpha$  de Cronbach de 0,95.

#### *Analyse des données*

Tout d'abord, afin de déterminer la validité de construit de la version espagnole de l'instrument, nous avons procédé à la réalisation d'une analyse factorielle exploratoire (AFE). Elle a été réalisée selon la méthode des composantes principales pour l'extraction des facteurs et une rotation oblique de type Promax. La rotation oblique a été privilégiée

car, d'un point de vue théorique, on attend une corrélation entre les différents facteurs. À cet égard et selon Pedhazur et Schmelkin (1991), pour les phénomènes sociaux et comportementaux une rotation oblique est plus réaliste qu'une rotation orthogonale. Le nombre de facteurs a été déterminé selon deux critères; 1) de valeurs propres supérieures à 1 et 2) un pourcentage de variance expliquée supérieur à 5 % (Pett, Lackey & Sullivan, 2003; Thomson, 2004; Pedhazur & Schmelkin, 1991). Les items ayant une contribution à la totalité de l'instrument inférieure à 0,40 ou les items dont la saturation dans tous les facteurs était inférieure à |0,40| ont été éliminés de l'analyse (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995). De plus, suite à la rotation des facteurs, les items dont la différence de saturation avec d'autres facteurs est inférieure à |0,10| ont été éliminés. Suite à cette analyse factorielle, une analyse de redondance des facteurs a été menée selon l'approche suggérée par Singh (1991). Dans ce but, les  $\chi^2$  des différents modèles ont été calculés à l'aide d'un ensemble d'équations linéaires structurelles (Jöreskog, 1993) à l'aide du logiciel LISREL 8.51.

Dans un deuxième temps, la validité convergente a été analysée au moyen de la détermination de la corrélation existant entre l'instrument à l'étude et l'instrument de Baggs (1994) « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions ». Dans ce but, des analyses d'évaluation de normalité des scores finaux (moyenne des scores des items) des deux instruments ont été menées.

Troisièmement, la fidélité de l'instrument a été évaluée à l'aide d'une analyse de la consistance interne des items. Dans ce but, le coefficient  $\alpha$  de Cronbach a été déterminé pour l'ensemble des items comportant chaque facteur et pour la totalité des items de l'instrument.

Toutes ces analyses ont été menées à l'aide du logiciel SPSS 13.0.

#### *Les considérations éthiques*

La chercheuse principale a informé verbalement les participants : 1) de la nature de l'étude, 2) du caractère volontaire de la participation et 3) du caractère anonyme des données. Pour assurer cet anonymat, il a été mis à la disposition des participants un casier pour le dépôt des questionnaires, de façon à éviter le contact direct avec les chercheurs au moment du retour des questionnaires.

### Résultats

Nous présentons les résultats selon deux étapes, soit une première étape de traduction et d'adaptation de l'instrument et une deuxième étape de validation.

#### *Traduction et adaptation de l'instrument à l'espagnol*

La traduction inversée de l'instrument nous a permis d'obtenir un instrument en espagnol équivalent à celui en français, d'un point de vue linguistique. L'instrument produit

à la suite de cette traduction a ensuite été soumis à l'évaluation du comité bilingue qui nous a suggéré de faire quelques modifications des items afin d'atteindre une équivalence quant au sens des items du questionnaire français et du questionnaire espagnol.

D'un côté, la traduction littérale de certains mots français en espagnol a amené des problèmes, soit parce que le mot en espagnol et le mot en français ne possèdent pas le même sens, soit parce que le mot en espagnol possède le même sens, mais il n'est pas souvent utilisé dans le contexte hospitalier espagnol. Nous avons donc procédé à la substitution de ces mots espagnols par d'autres mots connexes. Ainsi, par exemple, le mot *interventor* (« intervenant ») a été remplacé par le mot *profesional* (« professionnel »). D'un autre côté, nous avons jugé nécessaire, soit de remplacer certaines expressions par d'autres équivalentes, soit d'ajouter quelques exemples explicatifs à la fin de certains items. Ainsi, l'expression *zonas grises* (« zones grises »), a été remplacée par « actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente » (« activités dont la responsabilité n'est pas clairement définie »).

Finalement, nous avons effectué un autre changement par rapport au questionnaire original. Le gradient de l'échelle likert a été inversé, en accordant la ponctuation minimale (1 point) à la réponse *pas bien du tout* et la ponctuation maximale (5 points) à la réponse *parfaitement bien*. Ce changement a été fait en suivant la logique d'accorder moins de ponctuation aux réponses de caractère *négatif* et plus de ponctuation aux réponses de caractère *positif*.

Le questionnaire final en espagnol se retrouve en annexe.

### *Validité et fidélité de l'instrument*

Premièrement, une AFE en composantes principales avec rotation Promax a été réalisée. Préalablement, le test de sphéricité de Bartlett ( $p$ -value < 0,001) et le test d'adéquation de l'échantillon de Kaiser-Meyer-Olkin (0,89) nous ont confirmé que les données sont adéquates pour la réalisation d'une AFE. Les résultats de l'AFE suggèrent l'existence de 4 facteurs (valeurs propres > 1 et pourcentage de variance expliquée > 5 %) expliquant 61,47 % de la variance totale.

Tous les items de l'instrument ont été conservés pour la rotation, car leur contribution à la totalité de l'instrument, ainsi que leur saturation dans au moins un des quatre facteurs, étaient supérieures à |0,40| dans tous les cas (Hair et al., 1995). Suite à la rotation des facteurs, deux items –soit les items 2 et 18- ont été éliminés parce que la différence des saturations dans deux facteurs était inférieure à |0,10|. La solution finale extraite de l'analyse de la rotation (voir tableau 1) suggère un facteur composé des items 1, 3 et 10 que nous avons appelé « appréciation globale », un deuxième facteur composé des items 4, 6, 7, 8 et 9 dénommé « coordination », un troisième facteur composé des items 5 et 17 et appelé « avis sur la perception des patients » et un dernier facteur composé des items 11, 12, 13, 14, 15 et 16, dénommé « partage des activités cliniques ».

Tableau 1. Résultats de l'analyse factorielle exploratoire

	Component			
	1 Partage des activités	2 Coordination	3 Appréciation globale	4 Perception des patients
item 1	- 0,31	- 0,06	<b>0,95</b>	0,15
item 3	0,19	0,28	<b>0,43</b>	0,10
item 10	0,30	- 0,05	<b>0,57</b>	- 0,06
item 4	- 0,14	<b>0,70</b>	- 0,06	0,21
item 6	0,15	<b>0,43</b>	0,31	- 0,04
item 7	0,13	<b>0,83</b>	- 0,14	- 0,09
item 8	0,08	<b>0,78</b>	- 0,03	- 0,01
item 9	- 0,04	<b>0,60</b>	0,28	0,08
item 5	- 0,10	0,44	0,00	<b>0,67</b>
item 17	0,22	- 0,16	0,05	<b>0,77</b>
item 11	<b>0,60</b>	- 0,09	0,37	- 0,19
item 12	<b>0,61</b>	0,12	- 0,02	- 0,03
item 13	<b>0,61</b>	0,35	- 0,10	- 0,14
item 14	<b>0,77</b>	- 0,10	0,01	0,22
item 15	<b>0,86</b>	- 0,01	- 0,19	0,24
item 16	<b>0,87</b>	0,04	- 0,10	0,12
item 2	0,17	0,30	0,31	- 0,20
item 18	0,30	- 0,08	0,31	0,39

Par ailleurs, le tableau 2 indique les coefficients de la corrélation existant entre les quatre facteurs. Parmi les six coefficients de corrélation, trois dépassent la valeur de 0,50. Il s'agit, plus concrètement, des coefficients impliquant trois des quatre facteurs, soit le facteur « partage des activités cliniques », « coordination » et « appréciation globale ».

Tableau 2. Corrélation entre les quatre facteurs

<b>Component</b>	<b>Partage des activités</b>	<b>Coordination</b>	<b>Appréciation globale</b>	<b>Perception des patients</b>
Partage des activités	1,00	0,58	0,56	0,27
Coordination	0,58	1,00	0,54	0,17
Appréciation globale	0,56	0,54	1,00	0,18
Perception des patients	0,27	0,17	0,18	1,00

Afin d'évaluer la possible redondance de ces trois facteurs, nous avons procédé à la réalisation d'un test de redondance (Singh, 1991). Dans ce but, un modèle basé sur les trois facteurs a été comparé à un modèle basé sur un seul facteur, en calculant la différence des  $\chi^2$  de ces deux modèles. Le résultat obtenu, soit un  $\chi^2$  de 50,74 (394,71, soit le  $\chi^2$  du modèle basé sur un facteur – 343,97, soit le  $\chi^2$  du modèle basé sur trois facteurs) avec 3 degrés de liberté, correspond à une p-value < 0,05 et il indique donc une absence de redondance entre les trois facteurs. En effet, il existe une différence significative entre l'ajustement du modèle basé sur un facteur et l'ajustement du modèle basé sur trois facteurs, ce dernier présentant un  $\chi^2$  mineur et donc, un meilleur niveau d'ajustement.

Deuxièmement, en ce qui a trait à la validité convergente, le coefficient de corrélation de Pearson entre l'instrument à l'étude et celui de Baggs (1994) « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » est de 0,71. Ce coefficient a été calculé à la suite de la vérification de la normalité des scores finaux pour les deux instruments: 1) p-value pour l'asymétrie et la voussure > 0,05 dans les deux cas, 2) p-value du test de Kolmogorov-

Smirnov  $> 0,05$  pour les scores de l'instrument à l'étude et  $< 0,05$  pour les scores de l'instrument de Baggs et 3) la normalité graphique dans l'analyse des histogrammes et des graphiques Q-Q.

Troisièmement, les tests d'homogénéité des items ont été menés sur les items de chaque facteur et sur la totalité des items. Ainsi, les coefficients  $\alpha$  de Cronbach ont été respectivement de 0,66, 0,80, 0,61 et 0,86 pour les facteurs « appréciation globale », « coordination », « avis sur la perception du patient » et « partage des activités cliniques ». Par ailleurs, l' $\alpha$  de Cronbach pour l'ensemble des items de l'instrument est de 0,90.

### Discussion

Pour cette étude, l'échantillon était constitué de 123 sujets. Dans les écrits, les auteurs s'entendent à dire que, plus l'instrument a d'items, plus la taille de l'échantillon doit être grande (Dixon, 2005; Pett et al., 2003). Nunnaly (1978) suggère d'avoir au moins 10 sujets par item, règle qui, dans notre cas, nous incite à avoir une taille d'échantillon de 180 sujets. Cependant, selon Dixon, compte tenu du fait que les analyses de validité et de fidélité sont basées sur la corrélation, une taille d'échantillon située entre 100 et 200 sujets peut être suffisante. Ainsi, en ce qui concerne cette étude, nous considérons que 123 sujets est une taille d'échantillon satisfaisante, compte tenu du fait que nous avons distribué le questionnaire parmi toute la population accessible et que nous avons obtenu un bon taux de réponse (74,5 %).

Par rapport à l'étape de traduction de l'instrument du français vers l'espagnol, celle-ci vise essentiellement l'atteinte d'une équivalence conceptuelle ou fonctionnelle des items (Hui & Triandis, 1985). Dans ce but, nous avons eu recours à trois approches différentes, soit une traduction inversée, un comité bilingue et un pré-test. Selon Mason (2005), l'équivalence linguistique n'assure pas une équivalence conceptuelle, car certaines formes grammaticales peuvent ne pas convenir à la population actuelle. Dans notre cas, certains mots ayant une équivalence linguistique (p. ex. intervenant, programme, zones grises, etc.) ont dû être remplacés car, dans le contexte hospitalier espagnol, ils n'avaient pas leur équivalence au niveau conceptuel.

Par ailleurs, dans un deuxième temps, nous avons procédé à l'évaluation de la validité et de la fidélité de la version espagnole de l'instrument. La validité concerne le degré selon lequel l'instrument mesure ce qu'il est destiné à mesurer (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 2003; Waltz, Strickland & Lenz, 1991; Woods, 1988), alors que la fidélité concerne le degré selon lequel l'instrument mesure ce phénomène de façon constante (Nunnally; Waltz et al.).

Dans cette deuxième étape, nous avons évalué, tout d'abord, la validité de construit de l'instrument, c'est-à-dire que nous avons testé un ensemble d'hypothèses théoriques concernant le construit mesuré (Nunnally, 1978). Les analyses factorielles menées à cet égard suggèrent que la version espagnole de l'instrument ne conserve pas la structure bifactorielle de l'instrument original, mais une structure basée sur quatre facteurs.

Néanmoins, le fait d'extraire quatre facteurs ne suppose pas qu'il faille démanteler complètement la conception d'une structure bi-factorielle, car ces quatre facteurs découlent de la dissociation de la dimension originale « coordination » en deux facteurs, ainsi que de la dissociation de la dimension originale « partage des activités cliniques » en deux autres facteurs.

En ce qui a trait à la dimension originale « coordination », elle s'est dissociée en deux facteurs dans la version espagnole de l'instrument, soit un premier facteur comportant les items 4, 6, 7, 8 et 9 et dénommé aussi « coordination » et un deuxième facteur comportant les items 5 et 17, dénommé « avis sur la perception des patients ». Selon Hetherington (1991), la coordination entre les professionnels dépend principalement de deux éléments; 1) une structuration des activités et 2) un effort individuel visant l'ajustement des différentes activités. Les cinq items comportant la dimension « coordination » reflètent cette conception. L'item 4 réfère à l'effort des professionnels pour éviter de créer des conflits quant au partage de tâches et des responsabilités, les items 6, 7 et 8 concernent la structuration des activités quotidiennes et des routines et l'item 9 est un item global concernant la coordination. Par ailleurs, les deux items comportant la dimension « avis sur la perception des patients » sont différents des autres du fait qu'ils demandent l'avis sur la perception des patients en débutant par « D'après vous, les usagers considèrent-ils...? » et « D'après vous, comment les usagers qualifient-ils...? ». Cette dimension peut être possiblement expliquée par le fait que les patients perçoivent peu le

travail d'équipe réalisé par les professionnels de la santé. Selon Safran (2003), la plupart des patients expérimentent ce qu'elle appelle des *équipes invisibles*. Ces patients ne repèrent pas ou peu l'existence des professionnels, autres que le médecin, qui collaborent à leurs soins (Safran). Il est donc raisonnable de s'attendre à un écart entre la perception des patients et des professionnels quant aux dynamiques de l'équipe, ce qui peut justifier l'extraction de ce facteur.

En ce qui a trait à la dimension « partage des activités cliniques », les analyses factorielles indiquent également que, dans la version espagnole de l'instrument, il existe une dissociation de cette dimension en deux facteurs. Les items 11, 12, 13, 14, 15 et 16 forment l'un des facteurs pour lequel nous avons maintenu l'appellation « partage des activités cliniques ». Le contenu de ces items reflète l'essence du partage des activités cliniques tel que conçu par Golin et Ducanis (1981). D'après ces auteurs, les activités cliniques peuvent être divisées selon quatre grands groupes de tâches à accomplir par l'équipe, soit la collecte d'informations et l'identification du problème; la prise de décision et la planification; l'intervention; et l'évaluation des résultats. Ainsi les items 11, 13, 14, 15 et 16 concernent des activités reliées à l'échange d'informations et d'opinions entre les intervenants, à l'élaboration d'un plan commun d'intervention et au suivi des patients et l'item 12 concerne l'approche globale ou holistique.

Par ailleurs, les items 1, 3 et 10 forment l'autre facteur que nous avons appelé « appréciation globale », car ils abordent des questions de nature générale. Tout d'abord,

l'item 3 est une question au sujet du degré global de collaboration existant au sein de l'équipe. Ensuite, l'item 1 réfère aux rapports d'autorité entre les différents professionnels membres de l'équipe. Finalement, l'item 10 concerne la prise en charge, de la part de l'équipe, des domaines spécifiques aux différents groupes des professionnels qui la forment.

Cette différence quant à la structure conceptuelle de la version espagnole par rapport à l'instrument original peut être expliquée par les différences culturelles existant entre les deux contextes de validation des instruments; des chefs de programme des CLSC de la province de Québec et des infirmières soignantes d'un hôpital tertiaire espagnol. Il est connu que la perception et le comportement des individus dépendent de la socialisation dans un contexte culturel donné (Hofstede, 1984). Ainsi, des divergences quant à la perception de certains phénomènes ont été attribuées à des différences culturelles, telle que la présence des valeurs individualistes versus des valeurs collectives, à des styles d'attention holistiques versus des styles analytiques ou à la fréquence d'utilisation du construit évalué (Berry, Poortinga, Segall & Dasen, 1992; Hong, Benet-Martinez, Chiu & Morris, 2003; Nisbett, Peng, Choi, & Norenzayan, 2001; Triandis, 1995). Les différences culturelles entre les deux contextes de validation des instruments ne se limitent pas aux différences entre les cultures de deux pays, mais aussi aux différences entre les cultures de deux milieux organisationnels très différents - le milieu des CLSC et le milieu hospitalier-

et aux différences entre les sous-cultures propres aux chefs de programme et aux infirmières soignantes.

L'influence de ces différences culturelles a été mise en évidence dans quelques études qui indiquent des divergences par rapport à la perception du phénomène de la collaboration entre les professionnels de la santé de différents pays (Hojat, Nasca, Cohen et al., 2001), ainsi qu'entre les différents professionnels de la santé appartenant à une même équipe (Larson, 1999; Liedtka & Whitten, 1998; Prescott & Bowen, 1985). Il est probable donc, que des différences quant à la perception de la collaboration interprofessionnelle entre les chefs de programme des CLSC au Québec et les infirmières espagnoles soient responsables de la variation trouvée au niveau de la structure conceptuelle de l'instrument.

Dans un troisième temps, l'évaluation de la validité de l'instrument a été complétée par l'analyse de la validité convergente. La validité convergente est basée sur la corrélation existant entre la variable d'intérêt mesurée par l'instrument à l'étude et la variable d'intérêt mesurée à l'aide d'un autre instrument déjà existant (Nunnally, 1978). Dans notre cas, les scores obtenus à l'aide de la version espagnole de l'instrument ont été corrélés avec les scores obtenus à l'aide du questionnaire « Collaboration and Satisfaction About Care Decisions » (Baggs, 1994). Les résultats indiquent l'existence d'une bonne corrélation entre les deux scores (0,71), ce qui reflète le fait, qu'en grande partie, les deux instruments mesurent le même concept.

Nous avons procédé aussi à l'évaluation de la fidélité de l'instrument à l'aide de la détermination de la consistance interne de ses items. La consistance interne est basée sur la corrélation existant entre les différents items formant l'instrument (Nunnally, 1978). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach pour la totalité des items de l'instrument a été de 0,90, ce qui nous indique qu'un très grand pourcentage de la variance de l'instrument, soit 90,7 %, est systématique (Pedhazur & Schmelkin, 1991). Nous avons aussi calculé le coefficient  $\alpha$  de Cronbach pour chacun des quatre facteurs composant l'instrument, en retrouvant des valeurs oscillant entre 0,61 et 0,86. À cet égard, Nunnally suggère de considérer le niveau  $\alpha$  de Cronbach 0,7 comme satisfaisant. Les facteurs « coordination » et « partage des activités cliniques » dépassent ce niveau avec des valeurs  $\alpha$  de Cronbach de 0,80 et 0,86 respectivement, alors que les  $\alpha$  de Cronbach des facteurs « perception globale » et « avis sur la perception des patients » sont un peu inférieurs, mais restent très proches du niveau 0,70. Ces deux derniers facteurs sont formés de deux et trois items respectivement, ce qui constitue une importante limite à l'atteinte d'un bon degré de consistance interne. En effet, la consistance interne est basée sur la corrélation moyenne entre les items mais aussi sur le nombre d'items (Nunnally), c'est-à-dire que plus les facteurs sont composés d'un grand nombre d'items, plus la consistance interne sera élevée (Carmines & Zeller, 1979; Pedhazur & Schmelkin).

Finalement, il faut également souligner que nous avons trouvé des indices quant à la capacité de discrimination de l'instrument, propriété qui bonifie la validité et la fidélité

démontrées par l'instrument. En effet, quelques différences significatives ont été retrouvées entre les niveaux de collaboration interprofessionnelle des différentes équipes (des équipes de soins intensifs, des équipes de soins pédiatriques, des équipes des soins médicaux et des équipes des soins chirurgicaux) composant notre échantillon. Ces résultats suggèrent que l'instrument possède la capacité de discriminer entre différents niveaux de collaboration (Nunnally, 1978).

### Conclusion

À travers cette étude, nous avons mené une évaluation des caractéristiques psychométriques de la version espagnole de l'instrument « Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle » de Sicotte et al. (2002). Le résultat de cette évaluation indique que l'instrument à l'étude peut être considéré comme un instrument valide et fidèle pour mesurer l'intensité de la collaboration interprofessionnelle en santé, en langue espagnole.

Bien que les résultats de cette évaluation soient positifs, il serait intéressant de réaliser d'autres études afin d'améliorer, si possible, le degré de validité et de fidélité de l'instrument. Tout d'abord, nous suggérons de soumettre la structure factorielle proposée à des analyses factorielles confirmatoires à l'aide d'autres échantillons. À cet égard, il s'avèrerait intéressant de faire la comparaison entre un modèle de quatre facteurs interreliés et un modèle de ces mêmes quatre facteurs, plus deux facteurs de deuxième ordre, conformément à la structure originale de l'instrument. Par ailleurs, une étape de

développement et d'ajouts d'items pertinents aux dimensions « appréciation globale » et « avis sur la perception des patients » devra aussi être considérée, dans le but d'enrichir l'instrument. Ces deux dimensions comportent actuellement trois et deux items respectivement et présentent des valeurs  $\alpha$  de Cronbach améliorables. Ainsi, le fait d'augmenter le nombre d'items, toujours en assurant la cohérence de ces items d'un point de vue théorique, aura une répercussion positive au niveau de la consistance interne, dans les deux dimensions.

Finalement, nous tenons à souligner le fait que cette étude a été réalisée avec un échantillon d'infirmières appartenant à un milieu spécifique, dans une région déterminée. Alors, afin d'être en mesure de généraliser les résultats, il sera important de réaliser d'autres études avec des échantillons formés par d'autres groupes de professionnels – des médecins, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, etc. – appartenant à d'autres milieux de pratique – centres de première ligne, hôpitaux ruraux, etc. – et dans d'autres régions de l'Espagne. La répétition des analyses factorielles avec d'autres échantillons aidera aussi à corriger la limite concernant la taille de l'échantillon dans cette étude.

## Références

- Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. New York; Cambridge University Press.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 1, 185-216.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- 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., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional education and interprofessional practice: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (supp 1), 8-20.
- D'Aunno, T. (1996). Bussines as Usual? Changes in health care's workforce and organisation of work. *Hospital & Health Services Administration*, 41, 3-18.
- Dixon, J. K. (2005). Exploratory factor analysis. Dans B. H. Munro (Éd), *Statistical methods for health care research*, (5<sup>ème</sup> éd.), (pp. 321-350). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ducanis, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team. A handbook*. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Georgopoulos, B. S., & Mann, F. C. (1962). *The community general hospital*. New York: The Macmillan Company.

- Golin, A. K., & Ducanis, A. J. (1981). *The interdisciplinary team. A handbook for the education of exceptional children*. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate data analysis with readings*, (4<sup>ème</sup> éd.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Heinemann, G. D. (2002). Teams in health care settings. Dans G. D. Heinemann, & A. M. Zeiss (Éds), *Team performance in health care*, (pp. 3-18). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hetherington, R. W. (1991). The effects of formalization on departments of a multihospital system. *Journal of Management Studies*, 28, 103-141.
- Hilton, A., & Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nursing*, 25, 1-7.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work related values*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., et al. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration; A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50, 123-128.
- Hong, Y. Y., Benet-Martinez, V., Chiu, C. Y., & Morris, M. W. (2003). Boundaries of cultural influence. Construct activation as a mechanism for cultural differences in social perception. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 453-464.
- Hui, C. H., & Triandis, H. C. (1985). Measurement in cross-cultural psychology. A review and comparison of strategies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16, 131-152.
- Jöreskog, K. G. (1993). Testing structural equation models. Dans K. A. Bollen & J. S. Long (Éds), *Testing structural equation models*, (pp. 294-312). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holistic Nursing Practice*, 13(2), 38-46.

- Liedtka, J. M., & Whitten, E. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. *Journal of Healthcare Management, 43*, 185-205.
- Maneeriwongul, W. & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 175-186.
- Mason, T. C. (2005). Cross-cultural instrument translation: Assessment, translation and statistical applications. *American Annals of the Deaf, 150*, 67-72.
- Nisbett, R. E., Peng, K., Choi, I., & Norenzayan, A. (2001). Culture and systems of thought: Holistic versus analytic cognition. *Psychological Review, 108*, 291-310.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*, (2<sup>ème</sup> éd.). New York: McGraw-Hill.
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Prescott, P. A., & Bowen, S. A. (1985). Physician-Nurse relationships. *Annals of Internal Medicine, 103*, 127-133.
- Safran, D. G. (2003). Defining the future of primary Care: What can learn from patients?. *Annals of Internal Medicine, 138*, 176-182.
- San Martín-Rodríguez, L., Leduc, N., & D'Amour, D. (2006). Traducción al español y validación de una escala de medida del grado de colaboración entre médicos y enfermeras. Manuscrit soumis pour publication.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care, 15*, 47-66.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine, 55*, 991-1003.

- Sicotte, C., D'Amour, D., Moreault, M. P., Champagne, F., & Contandriopoulos, A. P. (1998). L'organisation du travail interprofessionnel dans les CLSC du Québec (Projet PRNDS #6605-4339-301). Montréal, Québec; Université de Montréal, Département d'administration de la santé.
- Singh, J. (1991). Redundancy in constructs: Problem, assessment and illustrative example. *Journal of Business Research*, 22, 255-280.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*, (3<sup>ème</sup> éd.). Oxford: Oxford University Press.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration. A health care imperative*. New York; McGraw-Hill.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis. Essentials and advances*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in nursing research*, (2<sup>ème</sup> éd.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Woods, N. F. (1988). Assessing nursing research measures; Reliability and validity. Dans N. F. Woods, & M. Catanzano (Éds), *Nursing reasearch. Theory and practice*, (pp. 246-259). St Louis, MO: Mosby Company
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Library*, 4.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., & Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (supp. 1): 148-165.

## Annexe

**Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle**

(Sicotte, D'amour &amp; Moreault, 2002)

Encerclez le chiffre approprié :

1. Indiquez dans quelle mesure les relations de travail entre les intervenantes sont très hiérarchisées ou très égalitaires.	très hiérarchisées				Très égalitaires
		1	2	3	4 5
2. Indiquez quel est le genre de collaboration que les intervenantes ont dans leur travail quotidien.	partage de tâches communes				échange restreint d'information
		1	2	3	4 5
3. Indiquez le degré de collaboration qui existe entre les intervenantes	élevé				faible
		1	2	3	4 5
4. Dans quelle mesure les différents groupes d'intervenantes font des efforts pour éviter de créer des conflits concernant le partage des tâches et de responsabilités?	très large mesure				très faible mesure
		1	2	3	4 5
5. D'après vous, comment les usagers qualifient-ils la collaboration entre les différentes intervenantes auprès d'eux?	très harmonieuse				pas harmonieuse du tout
		1	2	3	4 5
6. Comment le partage de responsabilités entre les intervenantes qui doivent travailler ensemble est-il établi?	parfaitement bien				pas bien du tout
		1	2	3	4 5
7. En général, comment les routines des différents groupes d'intervenantes qui doivent travailler ensemble sont-elles établies?	parfaitement bien				pas bien du tout
		1	2	3	4 5

8. Dans quelle mesure les activités quotidiennes de collaboration interprofessionnelle s'insèrent-elles dans le fonctionnement quotidien du programme?	parfaitement bien					pas bien du tout
		1	2	3	4	5
9. Comment les diverses activités réalisées par différents groupes d'intervenantes auprès d'un même usager sont-elle coordonnées?	parfaitement bien					pas bien du tout
		1	2	3	4	5
10. Les professionnels prennent en considération l'ensemble de besoins de la clientèle, c'est-à-dire les besoins physiques, psychologiques, sociaux...	tout à fait					Pas du tout
		1	2	3	4	5
11. Les professionnels tiennent compte des collectes de données réalisées par les intervenantes d'autres groupes.	tout à fait					pas du tout
		1	2	3	4	5
12. Les professionnels tolèrent facilement l'existence de zones grises dans le partage de responsabilités professionnelles	tout à fait					pas du tout
		1	2	3	4	5
13. Les professionnels collaborent avec les intervenantes d'autres groupes à l'élaboration d'un plan d'intervention commun.	tout à fait					pas du tout
		1	2	3	4	5
14. Les professionnels vont chercher, lorsque nécessaire, du support professionnel (conseil, avis) auprès d'autres groupes d'intervenantes.	tout à fait					pas du tout
		1	2	3	4	5
15. Les professionnels échangent avec les intervenantes d'autres groupes l'information concernant un client commun.	tout à fait					pas du tout
		1	2	3	4	5
16. Les professionnels coopèrent avec les intervenantes d'autres groupes pour assurer le suivi d'un usager commun.	tout à fait					pas du tout
		1	2	3	4	5

17. D'après vous, les usagers considèrent-ils que les différents groupes d'intervenantes qui doivent travailler auprès d'eux font leur travail adéquatement sans se nuire mutuellement?	tout à fait		pas du tout
	1	2 3	4 5
18. Les intervenantes de disciplines différentes se consultent fréquemment de façon informelle?	tout à fait		pas du tout
	1	2 3	4 5

## Intensidad de la colaboración interprofesional (Sicotte, D'Amour &amp; Moreault, 2002)

1. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas.	Muy jerarquizadas	Muy igualadas	1	2	3	4	5
2. Indique el grado de colaboración que existe entre los profesionales del equipo.	Escaso	Alto	1	2	3	4	5
3. ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?	Poco	Mucho	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?	Muy mala	Muy buena	1	2	3	4	5
5. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?	Muy mal	Muy bien	1	2	3	4	5
6. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?	Muy mal	Muy bien	1	2	3	4	5
7. En el funcionamiento diario del equipo ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo?	Muy mal	Muy bien	1	2	3	4	5

8. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
9. Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.	1	2	3	4	5
10. Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales	1	2	3	4	5
11. Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no esta definida claramente.	1	2	3	4	5
12. Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención.	1	2	3	4	5
13. Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos	1	2	3	4	5
14. Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente.	1	2	3	4	5
15. Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente.	1	2	3	4	5
16. ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?	1	2	3	4	5

**Article 3. Effects of interprofessional collaboration on job satisfaction and professional commitment on hospital care teams**

Leticia San Martín Rodríguez, PhD (cand)

Nicole Leduc, PhD

Danielle D'Amour, inf, PhD

Introduction

Over the last few years, Western health systems have made a priority of interprofessional collaboration the organization of work. Interprofessional collaboration in healthcare teams implies “the structuring of collective action through information sharing and decision making in clinical processes” (D'Amour 1997, p. 104).

As a result, over the last few years healthcare professionals have been asked to invest considerable energy in developing collaborative practices, and organizational structures have been created that would provide greater intensity of interprofessional collaboration. Structures built around programs or integrated care networks are obvious examples of efforts to replace the traditional care model with an approach based on interprofessional collaboration (Hurst 1996, Lutz et al. 2000, Provan et al. 2002).

The development of interprofessional collaboration in healthcare organizations is expected to yield positive results for all the parties involved in the process: patients, professionals, organizations and health systems (D'Amour et al. 2005, Sullivan 1998).

### Background

The results of interprofessional collaboration have already been examined in studies that have demonstrated, more or less conclusively, the existence of specific benefits for the different parties involved (West et al. 1996, Zwarenstein et al. 2000, Zwarenstein et al. 2005). As for the impact on healthcare professionals, systematic reviews of the literature support the notion that interprofessional collaboration leads to higher levels of motivation and improved mental health in the workplace (West et al. 1996, Borrill et al. 2001), as well as higher rates of job satisfaction among professionals (West et al. 1996, Sullivan 1998, Zwarenstein et al. 2000, Borrill et al. 2001).

Job satisfaction, which can be defined as “a pleasurable or positive emotional state resulting from the appraisal of one’s job or job experiences” (Locke 1976, p.1300), is influenced by many factors. These factors fall into two large groups: personal factors and factors related to the workplace (Muchinsky 1993, Spector 1997). The latter group comprises, among other things, specific aspects of the required work (Loher et al. 1985). Among these particularities, studies have revealed that interpersonal interaction factors (i.e. the type of relationship and communication – whether formal or informal – established with

other professionals) are strongly linked to levels of job satisfaction reported by healthcare professionals (Blegen 1993, Kendall-Sengin 2003, Lu et al. 2005). These interaction factors are essential elements of the healthcare professionals' collaborative process (D'Amour 1997, D'Amour et al. 1999). This suggests that working in a setting that features interprofessional collaboration will have positive effects on the job satisfaction experienced by professionals.

Other environmental variables have been linked to the job satisfaction of healthcare professionals. For example, work conditions – such as staffing, workload, schedules and the physical environment (Kendall-Sengin 2003, Lu et al. 2005) – and management style (Irvine et al. 1995, McNeese-Smith 1996, 1997, Morrison et al. 1997, Song et al. 1997, Adadevoh 2003, Mariatou 2003) have been shown to be related to job satisfaction. Furthermore, some individual variables, such as age and years of work experience (Agho 1993, Blegen 1993, Irvine et al. 1995, Ingresoll et al. 2002), have also been linked to the job satisfaction reported by healthcare professionals. However, according to meta-analyses conducted by Blegen (1993) and Irvine & Evans (1995), any correlations between these individual variables and satisfaction are weak.

Organizational commitment is another variable that has been receiving more attention in the organizational literature. As in the case of work satisfaction, this focus on commitment stems from its ability to predict attitudes and behaviors in the workplace, such as absenteeism and staff turnover (Mowday et al. 1982, Meyer et al. 2002). Organizational

commitment, or “the strength of an individual’s identification with and involvement in a particular organization” (Porter et al. 1974, p. 604), can also be linked to collaborative work in teams, since work experiences and characteristics – which include collaboration (Welch et al. 1981) – influence an individual’s level of organizational commitment (Mowday et al. 1982, Mathieu et al. 1990, Meyer et al. 2002). This relationship is presumably based on the influence that a series of elements inherent to the collaborative process can have on organizational commitment: 1) participation in decision making, 2) interaction and social participation, 3) perception of task interdependence, and 4) frequency of feedback (Steers 1977, Welch et al. 1981, Mowday et al. 1982, Pfefferkorn et al. 1988, Bishop et al. 2000).

As with job satisfaction, degree of organizational commitment is influenced by a series of variables. Investigations conducted in healthcare organizations have demonstrated the existence of a relationship between level of organizational commitment and type of organizational culture (Ingersoll et al. 2000) as well as style of leadership (Froelich 1995, McNeese-Smith 1996, 1997, Mariatou 2003). According to a meta-analysis performed by Meyer et al. (2002), variables such as age and education are also related, albeit weakly, to organizational commitment. These results have been confirmed by other studies conducted in healthcare organizations (Steers 1977, Brief et al. 1980, Ingersoll et al. 2002).

The relationship between interprofessional collaboration and job satisfaction in healthcare teams has been the subject of several studies, yet, to our knowledge, none have examined organizational commitment and its relationship with interprofessional

collaboration in health services. Among the studies that explored the relationship between interprofessional collaboration and job satisfaction among professionals, some have put more emphasis on a single dimension of job satisfaction: satisfaction with the decision-making process (Baggs et al. 1992, Moore-Smithson 2005), satisfaction with relationships with other professionals, or satisfaction with professional independence (Lichtenstein et al. 2004). Furthermore, the studies that used a comprehensive “job satisfaction” variable have produced conflicting results. In an experimental study by Curley et al. (1998), greater levels of interprofessional collaboration in healthcare teams increased job satisfaction, while a quasi-experimental study of the same subject by Ling (1996) found no significant differences in levels of job satisfaction. It should be noted that in the study by Curley et al. (1998), satisfaction was measured with an instrument that had not been validated. Finally, a study by Adams and Bond (2000) on a sample of nurses found that the intensity of their collaboration with physicians had a positive and significant influence on their job satisfaction.

In the preceding paragraphs we pointed out how, in recent years, the emphasis has been placed on developing collaboration among healthcare professionals. We then argued that few studies have evaluated the effects of interprofessional collaboration on healthcare professionals and that the results of these studies were conflicting. Finally, we suggested that there has been a growing interest in understanding the factors underlying job satisfaction and organizational commitment.

### Aim

In light of all the above, the aim of this study is to determine the effect of interprofessional collaboration on job satisfaction and organizational commitment among professionals working in care teams in a tertiary care hospital.

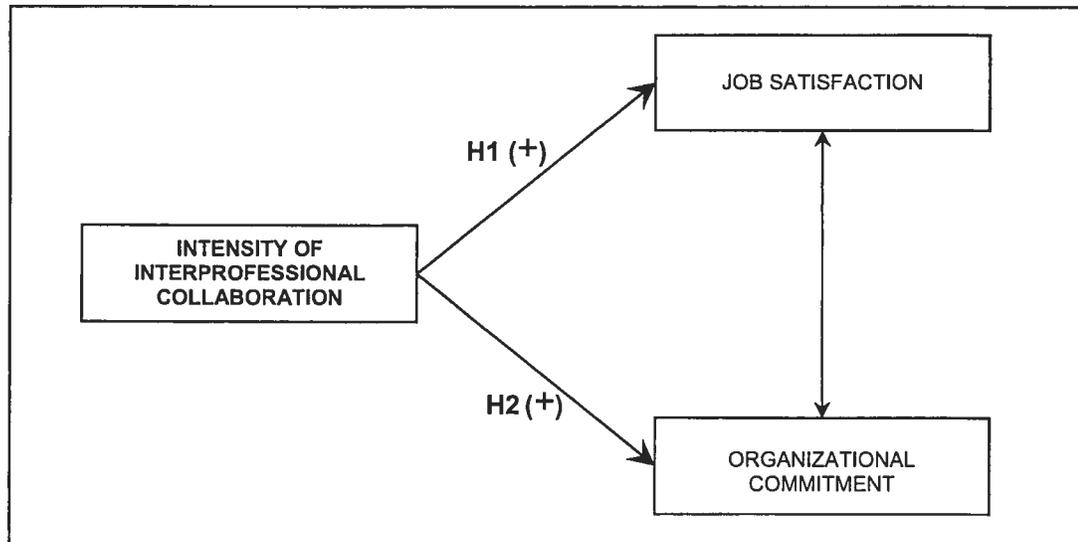
The study's hypotheses are:

H1: The intensity of interprofessional collaboration has a positive effect on professionals' job satisfaction.

H2: The intensity of interprofessional collaboration has a positive effect on professionals' organizational commitment.

These hypotheses will be tested while controlling for a series of confounding variables: the professional's age and years of work experience, the type of profession practiced and the type of care unit. The study's hypotheses are presented in Figure 1.

Figure 1. Study Hypotheses



### Methodology

The study's hypotheses have been tested under a correlational predictive design (Burns et al. 2001).

### *Participants*

The data was collected from October 2005 until January 2006 from nurses, physicians and residents in five care teams working in oncology and haematology at a Spanish tertiary-care university hospital (a private non-profit hospital) of approximately 400 beds. More specifically, the teams were in the following programs: 1) gastrointestinal tumours, 2) lung, head and neck cancers, 3) breast and gynecological cancers, 4)

melanomas and sarcomas, and 5) hematological malignancies. Of the 51 professionals working in the five teams, 41 accepted to participate in the study and responded to our questionnaires, a response rate of 80.39 %. Seven nurses and three physicians in three of the five teams chose not to participate.

Given that: 1) a correlation of medium intensity (Cohen 1988) exists between the variables of interest ( $r \cong 0.40$ ) (Adams et al. 2000); 2) according to the findings of meta-analyses, the value of the coefficient of determination for all confounding variables should be small (Cohen 1988) (close to 0.20); and 3) we have established the probability of making a type I error ( $\alpha$ ) at 0.05, these 41 subjects give the study a power of 75 % ( $\beta$  error = 0.25). We used a formula proposed by Hsieh et al. (1998) to calculate the sample size for multiple linear regressions and used the sample size tables for coefficient of correlation proposed by Machin et al. (1997).

#### *Data collection*

Each of the professionals participating in the study was personally handed a stamped envelope addressed to the first author. The envelope contained a consent form and the study document that included the three questionnaires as well as a series of socio-demographic questions. Applying the method suggested by Dillman (2000) to maximize response rate, we mailed out three reminder letters in the two months following the initial distribution of the envelopes.

The socio-demographic questions surveyed age, years of professional experience, type of professional (whether nurse, physician or resident) and type of care unit (short-stay units or regular units). The three questionnaires used to measure the variables of interest were:

1) Intensity of Interprofessional Collaboration (Sicotte et al. 2002). This questionnaire measures the intensity with which different healthcare professionals on the same healthcare team, work collaboratively. It was developed from a pre-existing measure of coordination (Georgopoulos et al. 1962, Hetherington 1991) and a theoretical model that focuses on care sharing activities (Golin et al. 1981). The questionnaire was translated into Spanish and its validity and reliability were analyzed (San Martin-Rodriguez et al. in press). The Spanish version of the questionnaire measures the intensity of interprofessional collaboration with 16 items evaluated on a five-point Likert scale. A principal components factor analysis with Promax rotation demonstrated the existence of four factors that explained 61.47 % of the variance: a factor measuring coordination, another evaluating opinion of patient perceptions, a factor on the sharing of clinical activities and, finally, a factor based on an overall assessment of the collaboration. The Spanish version of the instrument demonstrated good psychometric properties in terms of internal consistency (Chronbach's  $\alpha$  of 0.907) and convergent validity ( $r = 0.718$ ).

2) The Font Roja questionnaire (Aranaz et al. 1988). This questionnaire employs 27 items to measure the job satisfaction of healthcare professionals. It was translated and

adapted from one of the questionnaires used in the Tecumseh Community Health Study (House et al. 1986) for application in the context of healthcare professionals working in Spanish hospitals. Exploratory factor analyses revealed the existence of nine dimensions of job satisfaction that explained 69.12 % of the variance (Aranaz et al. 1988). These dimensions covered satisfaction with: 1) one's current position, 2) the content of the work, 3) work overloads, 4) work-related stress, 5) professional competence, 6) professional advancement, 7) professional independence, 8) interpersonal relations with other professionals, and 9) interpersonal relations with superiors. Answers to each statement were reported on a Likert scale where 1 represented minimal satisfaction and 5 corresponded to a high level of satisfaction.

3) The Three-Component Model (TCM) Employee Commitment Survey (Meyer et al. 1991, 1997). This questionnaire measures organizational commitment. It was translated into Spanish and validated by De Frutos in 1997. The Spanish version comprises 18 items, with answers reported on a Likert scale where 1 represented minimal organizational commitment and 7 represented a high level of organizational commitment. This version was subjected to confirmatory factor analysis (De Frutos 1998) and was shown to be well adjusted ( $\chi^2 = p < 0.001$ , GFI = 0.961, AGFI = 0.923, RMRS = 0.081) to the conceptual structure proposed by Meyer and Allen (1997) for the original instrument in English. Under this structure, the questionnaire featured three dimensions measuring: 1) affective commitment, or commitment based on desire, 2) normative commitment, or

commitment based on feelings of obligation, and 3) continuance commitment, or commitment based on an analysis of costs (Meyer et al. 1997).

#### *Ethical considerations*

This study received approvals from the Ethics Committee of the University of Montreal as well as the ethics committee at the hospital where the research was conducted. Participants gave free and informed consent to their participation by signing a consent form.

#### *Data analysis*

First, the normality of variable distributions was analyzed with the Shapiro-Wilk test, through asymmetry and kurtosis analysis and through an analysis of histograms and normal probability plots.

Second, we performed multiple linear regression analysis. In order to find the best model for explaining the independent variables – job satisfaction and organizational commitment –, and given the limited number of confounding variables, we identified all possible linear regression models (Neter et al. 1996). The relevance of these models was tested by determining the multiple coefficient of determination ( $R^2$ ) as well as the adjusted multiple coefficient of determination ( $R^2_a$ ) (Neter et al. 1996).

Following these analyses, we evaluated the quality of adjustment of the regression models by performing a series of residual analyses (Neter et al. 1996) following an approach that combines tests and graphs (Verran et al. 1987). To this end, we first tested the normality of residuals with Q-Q normograms and coefficients of correlation between residuals and their expected values according to their normality. Then we determined the presence of outliers using levers and the Bonferroni test for sternally studentized residuals ( $t_i$ ), determining their influence on the model with DFFITS values, DFBETAS values, Cook's distance and the influence on inferences. We then evaluated linearity using plots of residuals against the predictor variables. Furthermore, we evaluated independence among the residuals by applying the Durbin-Watson test as well as determining the existence of multicollinearity between independent variables with the multiple coefficient of determination ( $R^2$ ), the VIF (variance inflation factor) and tolerance (TOL). Finally, homoscedasticity, or the equality of variances, was evaluated using the diagram of dispersion of standardized residuals and predicted values for the dependent variable.

Finally, the internal consistency of the measures was evaluated by calculating Cronbach's alpha coefficient. All these analyses were performed on the SPSS 13.0 software package.

## Results

### *Internal consistency of measures*

The Chronbach's alpha coefficients obtained were: 1) 0.844 for the questionnaire Intensity of Interprofessional Collaboration (Sicotte et al. 2002), 2) 0.799 for the *Font Roja* questionnaire on job satisfaction (Aranaz et al. 1988), and 3) 0.840 for the TCM Employee Commitment Survey (Meyer et al. 1991, 1997).

### *Description of study variables*

We begin with a summary of the main descriptive characteristics of the study's variables. Table 1 shows the means and standard deviations of the three variables of interest as well as the participants' age and professional experience. Table 2 provides the means and standard deviations of the three variables of interest by type of professional and care unit.

Table 1. Means and Standard Deviations of Study Variables (n = 41)

Variables	$\bar{x}$	S	Range	
			min	max
Intensity of the interprofessional collaboration	3.28	0.46	2.5	4.4
Job satisfaction	4.14	0.45	3.2	5.0
Organizational commitment	4.19	0.85	2.5	6.2
Age	31	7.09	21	50
Years experience	9.12	6.89	0.50	28

Table 2. Variables of Interest by Type of Professional and Unit

		<b>Interprofessional Collaboration</b>	<b>Job Satisfaction</b>	<b>Organizational Commitment</b>
<b>Type of professional</b>	Nurse	3.20 ± 0.41	4.18 ± 0.44	4.13 ± 0.89
	Physician / resident	3.60 ± 0.55	3.93 ± 0.45	4.40 ± 0.70
<b>Type of unit</b>	short-stay unit	3.28 ± 0.40	4.05 ± 0.50	4.11 ± 0.77
	Regular unit	3.27 ± 0.52	4.25 ± 0.38	4.25 ± 0.93

Table 3 presents the results of Pearson and Spearman correlation tests and the Mann-Whitney comparison test, performed to reveal links between the socio-demographic variables and the study's variables of interest. With a level of significance of 0.05, a significant relationship was found between the intensity of interprofessional collaboration and job satisfaction ( $p = 0.005$ ), and between job satisfaction and organizational commitment ( $p = 0.032$ ).

Table 3. Bivariate Test Results

	Test	Interprofessional Collaboration	Job Satisfaction	Organizational Commitment
Age	Pearson	r = - 0.13 p = 0.391	r = - 0.21 p = 0.176	r = - 0.15 p = 0.349
Years of experience	Spearman	r = - 0.23 p = 0.154	r = - 0.27 p = 0.084	r = - 0.16 p = 0.322
Type of professional	Mann- Whitney	U = 78.5 p = 0.078	U = 94 p = 0.204	U = 103 p = 0.340
Unit type	Mann- Whitney	U = 208.5 p = 0.969	U = 153 p = 0.131	U = 187 p = 0.548
Job satisfaction	Pearson*	r = 0.396 p = 0.005	---	---
Organizational commitment	Pearson*	r = 0.205 p = 0.099	r = 0.292 p = 0.032	---

\* On-tailed test

As for the normality of distributions, the Shapiro-Wilk tests and the tests of asymmetry, kurtosis, and the various graphs confirm the null hypothesis of a normal distribution for all the variables, with the exception of “professional experience” ( $p = 0.023$ ). We therefore transformed this variable by calculating its square root, which rendered its distribution normal ( $p = 0.192$ ) and allowed the variable to be re-introduced into the regression analyses.

*Multiple linear regression analyses*

We established two models for the multiple linear regression analyses, one for each of the study's dependent variables: job satisfaction and organizational commitment.

The first model takes job satisfaction as the dependent variable, the intensity of interprofessional collaboration as the independent variable and, as confounding variables, professional experience, type of professional (coded 0 for physicians and residents, and 1 for nurses) and type of care unit (coded 0 for week hospital and 1 for regular units). Age was not entered in the model as it is highly correlated with professional experience ( $r = 0.958$ ;  $p < 0.001$ ). Table 4 presents the results of the multiple linear regression; the final model explained 54 % of the variance in job satisfaction.

Table 4. General Linear Regression Model. Dependent Variable: Job Satisfaction

Predictors	Change in R <sup>2</sup>	B	Standard Deviation for B	t	Sig.	95% CI for B
Constant	---	2.23	0.44	5.12	< 0.001	1.35 to 3.12
Interprofessional collaboration	0.34	0.57	0.11	5.32	< 0.001	0.35 to 0.79
Type of professional	0.14	0.39	0.13	3.11	0.004	0.14 to 0.65
Years of experience	0.06	-0.08	0.04	- 2.16	0.037	-0.16 to -0.005
F-test = 13.69   Sig.= 0.000   R = 0.73   R squared = 0.54   Adjusted R squared = 0.50						

This model suggests that three variables – intensity of interprofessional collaboration ( $p < 0.001$ ), type of professional ( $p = 0.004$ ), and work experience ( $p = 0.037$ )

– contribute significantly to explaining the variance in job satisfaction. The professionals' mean job satisfaction increased by 0.572 (CI 95 % 0.354 to 0.791) per single unit increase in intensity of interprofessional collaboration while holding work experience and type of professional constant. The intensity of interprofessional collaboration is the main predictor of job satisfaction, explaining 33.9 % of the variance. Furthermore, holding intensity of collaboration and professional experience constant, mean satisfaction for the nurses was 0.392 greater (CI 95 % 0.136 to 0.648) than that for the physicians. The variable for type of professional explains 13.9 % of the variance in job satisfaction. Finally, for the same type of professional, mean job satisfaction falls 0.082 (CI 95 % -0.158 to -0.005) when work experience increases 3.5 months (the square root of 12 months) and intensity of collaboration is held constant. Work experience explains 6.2 % of the variance in job satisfaction.

This model was obtained by eliminating two outliers (with Cook distances of 0.326 and 0.305). Furthermore, we verified the presence of linearity, independent residuals and homoscedasticity as well as the absence of multicollinearity. The value given by the Durbin-Watson test was 1.968, VIF values varied from 1.046 to 1.195, TOL varied from 0.832 to 0.956, and the graphs confirmed the normality, linearity, and homoscedasticity of the residuals.

The second model takes organizational commitment as the dependent variable. None of the models analyzed provided a statistically significant explanation of the variance

in organizational commitment. We present the results of the model including all the study's variables. The value of the global F test was 1.250 ( $p = 0.311$ ), and the p-values from the significance tests of each variable were 0.105 for intensity of interprofessional collaboration, 0.959 for type of professional, 0.576 for professional experience, and 0.173 for type of care unit. Table 5 presents the results of the multiple linear regression.

Table 5. General Linear Regression Model. Dependent Variable: Organizational Commitment

Predictors	B	Standard Deviation of B	t	Sig.	95 % CI for B
Constant	1.92	1.48	1.30	0.205	- 1.10 to 4.94
Interprofessional collaboration	0.58	0.35	1.67	0.105	- 0.13 to 1.30
Type of professional	- 0.02	0.35	- 0.05	0.959	- 0.72 to 0.69
Years of experience	0.07	0.12	0.57	0.576	- 0.18 to 0.33
Type of unit	0.39	0.28	1.40	0.173	- 0.18 to 0.97

F-test = 1.25 Sig.= 0.311 R = 0.37 R squared = 0.14 Adjusted R squared = 0.03

These results were obtained after eliminating five outliers that gave absolute values for DFFITS and DFBETAS of 0.381 to 1.046.

## Discussion

First, we would like to draw attention to the fact that the internal consistency of the instruments in our sample exceeded 0.70, the level considered appropriate (Nunnally 1978).

Measures obtained for the study's three variables therefore represent accurate measures of our focal constructs: the intensity of interprofessional collaboration, job satisfaction, and organizational commitment. It must also be mentioned that the three instruments had already demonstrated good levels of reliability and validity in prior studies.

Results from the multiple linear regression analyses corroborate one of the study's hypotheses: the intensity of interprofessional collaboration developed in healthcare teams has a positive effect on the job satisfaction of professionals (H1). The results did not however, confirm the second hypothesis (H2), the existence of a positive effect from the intensity of interprofessional collaboration on the organizational commitment of professionals.

With respect to the first hypothesis, the final model suggests that intensity of interprofessional collaboration is the variable that most influences the job satisfaction of professionals. A one-point increase in intensity of collaboration (on a scale of 1 to 5) produces an increase in the satisfaction of professional team members of more than half a point (0.572) (also on a scale of 1 to 5).

The positive impact of interprofessional collaboration on job satisfaction may be due to the important role played by different aspects of interpersonal interactions in the job satisfaction of healthcare professionals. Indeed, according to systematic reviews of the literature and meta-analyses, in a context of interprofessional collaboration certain

characteristics of work in healthcare teams are strongly associated with job satisfaction, notably those related to the type of relationship and the communication developed between the professionals (Blegen 1993, Kendall-Sengin 2003, Lu et al. 2005).

Furthermore, two of the three confounding variables introduced into the model also had an effect – albeit small – on job satisfaction. First, the model indicates that, holding intensity of interprofessional collaboration constant, nurses reported higher levels of satisfaction than physicians ( $b = 0.392$ ). In effect, collaboration implies a collegial relationship between equals, and this runs counter to the medical profession's desire to dominate (Freidson 1986). Therefore we can presume that, faced with the same intensity of interprofessional collaboration, nurses will be more satisfied than physicians. Second, the years of experience accumulated by professionals also has an influence on satisfaction such that, the more experience a professional has, the less satisfied they are with their work ( $b = -0.082$ ). On this point it must be acknowledged that Blegen's (1993) meta-analysis of the job satisfaction of nurses did not find a significant relationship between professional experience and job satisfaction. Third, the type of care unit in which the professional works – either short-stay units or regular hospital units – does not influence job satisfaction either. Even though the professionals in our sample were working in different care units, these units were nevertheless part of the same healthcare organization, so it is possible that the work environments of the units were not distinct enough to produce significant differences.

Glisson and Durick (1988) suggest that making a contribution to our understanding of job satisfaction variables in service organizations – including hospitals – is particularly important, given the much lower levels of satisfaction observed in these organizations as compared with other organizations. Indeed, problems related to lack of job satisfaction have been observed among healthcare professionals and particularly among nurses, where turnover rates are high (Jones, 1990). In addition, specific fields such as oncology appear to be more vulnerable to this type of phenomenon (Ponte et al. 2005). It must be added that both job satisfaction and organizational commitment have observable effects on professionals' attitudes and behaviors in the workplace (Mowday et al. 1982, Meyer et al. 2002). Job satisfaction and organizational commitment have both been shown to have significant impacts on level of performance, intention to leave a current position, desire to stay in an organization, absenteeism, professional turnover rates and the psychological well-being of workers (Locke 1976, Steers 1977, Mowday et al. 1982, Muchinsky 1993, Irvine et al. 1995, Spector 1997, Meyer et al. 2002, Faragher et al. 2005).

As for the second hypothesis ( $H_2$ ), this study has shown that, at a critical level of 5 %, intensity of interprofessional collaboration does not explain the variance in professionals' organizational commitment ( $p = 0.105$ ). There are two possible explanations for this result.

First, despite the theoretical assumption, it is possible that this relationship simply did not exist in the population studied. As compared with job satisfaction, a local

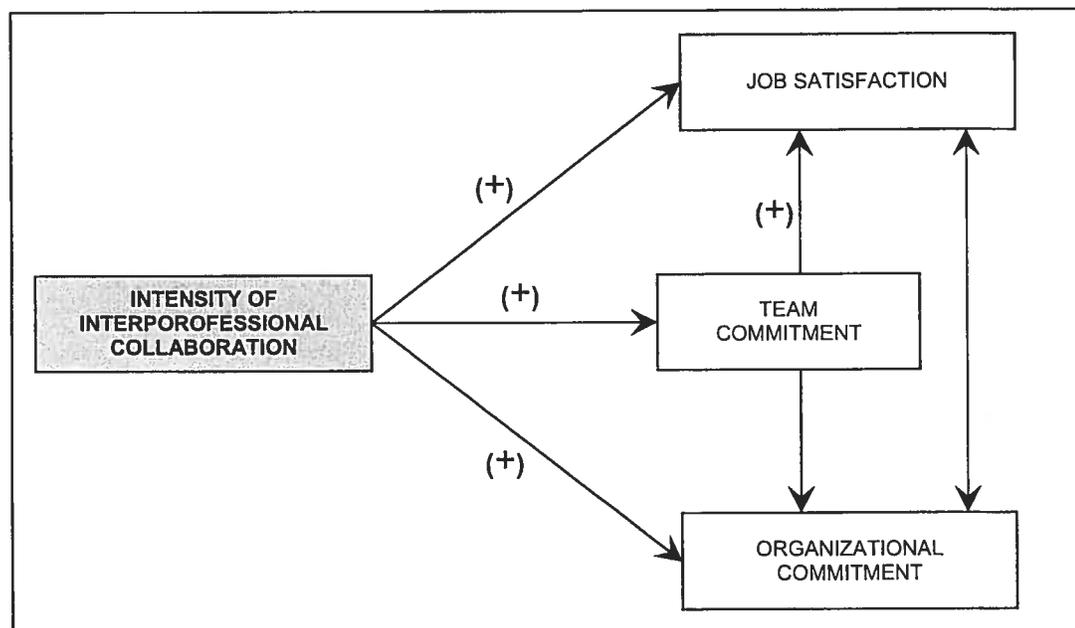
phenomenon that depends on a specific work environment, organizational commitment is a more general phenomenon of attachment, one related more directly to organizational characteristics than to specific aspects of local work (Porter et al. 1974, Mowday et al. 1979, Glisson et al. 1988). Given the fact that the intensity of interprofessional collaboration developed in teams is a rather local phenomenon, it may also be more closely related to local response variables. Several forms of commitment are found in the workplace (Meyer et al. 2001). For example, team commitment is more local in nature than organizational commitment and can be more directly related to interprofessional collaboration in a team. Team commitment is defined in terms of the individual's belief in and acceptance of the goals and values of his or her work team and the desire to continue being a member of the team (Bishop et al. 2000). According to some authors, team commitment (as compared to organizational commitment) is more closely related to team-level variables (Zaccaro et al. 1989, Bishop et al. 2000, Riketta et al. 2005), variables that are closer to collaboration, such as satisfaction with work partners (Brief et al. 1980, Bishop et al. 2000), perception of the team climate, and satisfaction with the work team (Riketta et al. 2005).

However, despite the fact that organizational commitment is more closely related to organizational elements, local variables have also revealed the existence of a link with this type of commitment. These included satisfaction with the work team (Riketta et al. 2005), perception of interdependence in the task required (Bishop et al., 2000), the sharing of

decision-making (Welch et al. 1981, Mowday et al. 1982), social interaction and participation, and opportunities for feedback (Steers 1977). Thus we cannot entirely rule out the existence of a relationship between the intensity of interprofessional collaboration and organizational commitment, even though such a relationship is probably weaker than that of team commitment. There could also be a second explanation for the absence of a relationship between the intensity of interprofessional collaboration and organizational commitment in our sample: a lack of power due to the sample size. A sample of 36 subjects with an intensity of correlation between two variables such as that shown in this study ( $r = 0.20$ ) renders a power of 50 % (consistently maintaining the confounding variables' coefficient of determination at 0.20 and the type I error  $[\alpha]$  at 0.05) (Machin et al. 1997, Hsieh et al. 1998). The probability of wrongly concluding that the intensity of interprofessional collaboration does not have a positive effect on professionals' commitment to their organization therefore exceeds 50 %.

Given all of the above, we propose a new diagram of hypotheses to explain the existing relationship between the intensity of interprofessional collaboration, job satisfaction and organizational commitment. This diagram includes team commitment as a variable that links interprofessional collaboration to organizational commitment, yet a direct relationship has been maintained between these two variables (since this relationship is fully supported theoretically, as explained above). This new conceptual diagram is presented in Figure 2.

Figure 2. Proposal for a New Explanatory Diagram



### Conclusions

The data collected from nurses, physicians and residents came from five care teams in onco-hematology in a tertiary care hospital have enabled us to confirm one of the study's two hypotheses. We can conclude that the intensity of interprofessional collaboration has a positive effect on professionals' job satisfaction. Probably as a result of the nature of their interaction within the team's collaborative process, they find their work more attractive, and are therefore more satisfied.

Moreover, we could not confirm the hypothesis that the intensity of interprofessional collaboration has a positive effect on professionals' organizational commitment. This may be the result of a certain lack of power in the study stemming from the sample size, or it could simply be due to the absence of such a relationship between the two variables. In either case, we are convinced that the phenomenon of team commitment plays a significant role. We suggest that this phenomenon should be investigated in future research, and have presented new research hypotheses in Figure 3.

Finally, we would like to acknowledge the importance of understanding the relationship between these variables in the current context of health organizations, an understanding that we sought to develop in this study. Even though professionals are asked to make a significant effort in developing collaborative practices, and organizational structures have been created to foster collaboration, the actual results of creating collaborative practice are not well understood. On the other hand, variables such as job satisfaction and commitment have become extremely important in the workplace, due to the very negative impact that low satisfaction and commitment levels can have on patients as well as the professionals working in healthcare organizations.

#### Acknowledgements

We thank all the professionals who cooperated in the research. We also would like to thank the "Departamento de Salud del Gobierno de Navarra" (Spain) and the GETOS

Chair (University of Montreal) for the financial support received. We also thank FERASI Center (Faculty of Nursing, University of Montreal) for the financial support to translation of this manuscript.

## List of References

- Adadevoh, E. 2003, 'The relationship between transformational and transactional leadership behaviors of nursing managers and job satisfaction and organizational commitment among hospital nursing staff,' PhD Thesis, Nova Southeastern University, Florida.
- Adams, A. & Bond, S. 2000, 'Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics,' *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 32, pp. 536-543.
- Agho, A. O. 1993, 'The moderating effects of dispositional affectivity on relationships between job characteristics and nurses' job satisfaction,' *Research in Nursing & Health*, Vol. 16, pp. 451-458.
- Aranaz, J. & Mira, J. 1988, 'Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario,' *Todo Hospital*, Vol. 52, pp. 63-66.
- Baggs, J. G., Ryan, S. A. & Phelps, C. E. 1992, 'The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit,' *Heart Lung*, Vol. 2, pp. 18-24.
- Bishop, J. W., Scott, K. D. & Burroughs, S. M. 2000, 'Support, commitment, and employee outcomes in a team environment,' *Journal of Management*, Vol. 26, pp. 1113-1132.
- Blegen, M. A. 1993, 'Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables,' *Nursing Research*, Vol. 42, No. 1, pp. 36-41.
- Borrill, C. S., Carletta, J., Carter, A. J., Dawson, J. F., Garrod, S., Rees, A., Richards, A., Shapiro, D., & West, M. A. 2001, 'The effectiveness of health care teams in the National Health Service,' *National Health Service*, London.
- Brief, A. P. & Aldag, R. 1980, 'Antecedents of organisational commitment among hospital nurses,' *Sociology of Work and occupations*, Vol. 7, pp. 210-221.

- Burns, N. & Grove, S. K. 2001, 'The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization,' 4th edn, W. B. Saunders, Philadelphia.
- Cohen, J. 1988, 'Statistical power analysis for the behavioural sciences', 2nd edn, Cambridge University Press, Cambridge.
- Curley, C., McEachern, J. E. & Speroff, T. 1998, 'A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards,' *Medical Care*, Vol. 36, Suppl. 8, pp. AS4-AS12.
- D'Amour, D. 1997, 'Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec,' PhD thesis, Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. 2005, 'Interprofessionality as the field of interprofessional education and interprofessional practice: An emerging concept,' *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19, Suppl. 1, pp. 8-20.
- 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*, Vol. 17, No. 3, pp. 67-94.
- De Frutos, B. 1997, 'El constructor del compromiso con la organización como predictor del abandono: Un modelo causal,' PhD thesis, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- De Frutos, B. 1998, 'Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones del compromiso con la organización,' *Psicológica*, Vol. 19, pp. 345-366.
- Dillman, D. A. 2000, 'Mail and internet surveys: The tailored design method', 2nd edn, Wiley, New York.
- Faragher, E. B., Cass, M. & Cooper, C. L. 2005, 'The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis,' *Occupational Environmental Medicine*, Vol. 62, pp. 105-112.

- Freidson, E. 1986, 'Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge,' University of Chicago Press, Chicago.
- Froelich, S. D. 1995, 'The impact of transformational leadership behaviors on nurses' job satisfaction, and organizational commitment,' PhD thesis, Madonna University, Michigan.
- Georgopoulos, B. S. & Mann, F. C. 1962, 'The community general hospital,' The Macmillan Company, New York.
- Glisson, C. & Durick, M. 1988, 'Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations,' *Administrative Quarterly*, Vol. 33, pp. 61-81.
- Golin, A. K. & Ducanis, A. J. 1981, 'The interdisciplinary team. A handbook for the education of exceptional children,' Aspen Systems Corporation, Germantown.
- Hetherington, R. W. 1991, 'The effects of formalization on departments of a multihospital system,' *Journal of Management Studies*, Vol. 28, No. 2, pp. 103-141.
- House, J. S., Strecher, V., Metzner, H.L. & Robbins, C. A. 1986, 'Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study,' *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 27, pp. 62-77.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A. & Larsen, M. D. 1998, 'A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression,' *Statistics in Medicine*, Vol. 17, pp. 1623-1634.
- Hurst, K. 1996, 'The managerial and clinical implications of patient-focused care,' *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10, No. 3, pp. 59-77.
- Ingersoll, G. L., Kirsch, J. C., Merk, S. E. & Lightfoot, J. 2000, 'Relationship of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the organization,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 30, pp. 11-20.

- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C. & Davies, J. 2002, 'Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 32, pp. 250-263.
- Irvine, D. M. & Evans, M. G. 1995, 'Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies,' *Nursing Research*, Vol. 44, No. 4, pp. 246-253.
- Jones, C. B. 1990, 'Staff nurse turnover costs: Part II, measurements and results,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 20, No. 5, pp. 27-32.
- Kendall Sengin, K. 2003, 'Work-related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 33, pp. 317-320.
- Lichtenstein, R., Alexander, J. A., McCarthy, J. F. & Wells, R. 2004, 'Status differences in cross-functional teams: Effects on individual member participation, job satisfaction and intent to quit,' *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45, No. 3, pp. 322-335.
- Ling, C. 1996, 'Performance of a Self-Directed Work Team in a Home Healthcare Agency,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 26, No. 9, pp. 36-40.
- Locke, E. A. 1976, 'The nature and causes of job satisfaction' in *Handbook of industrial and organizational psychology*, ed. M. D. Dunnette, Rand McNally College Publishing Company, Chicago.
- Loher, B. T., Noe, R. A., Moeller, N. L. & Fitzgerald, M. P. 1985, 'A meta-analysis of the relation of job characteristics to job satisfaction,' *Journal of Applied Psychology*, Vol. 70, No. 2, pp. 280-89.
- Lu, H., While, A. E. & Barribal, K. L. 2005, 'Job satisfaction among nurses: A literature review,' *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, pp. 211-227

- Lutz, B. J. & Bowers, B. J. 2000, 'Patient-centered care: Understanding its interpretation and implementation in health care,' *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 14, No. 2, pp. 165-182.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P. & Pinol, A. 1997, 'Sample sizes tables for clinical studies,' 2nd edn, Blackwell, Oxford.
- Mariatou, J. 2003, 'The relationships among perceptions of healthcare quality culture, job satisfaction and organizational commitment among teaching hospital nurses,' MSc thesis, University of Toronto, Toronto.
- Mathieu, J. E. & Zajac, D. 1990, 'A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment,' *Psychological Bulletin*, Vol. 108, pp. 171-194.
- McNeese-Smith, D. 1996, 'Increasing employee productivity, job satisfaction, and organizational commitment,' *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 41, pp. 190-175.
- McNeese-Smith, D. 1997, 'The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 27, No. 9, pp. 47-55.
- Meyer, J. P. & Allen, N. J. 1991, 'A three-component conceptualization of organizational commitment,' *Human Resource Management Review*, Vol. 1, pp. 61-89.
- Meyer, J. P. & Allen, N. J. 1997, 'Commitment in the workplace: Theory, research, and application,' Sage: Newbury Park, CA.
- Meyer, J. P. & Herscovitch, L. 2001, 'Commitment in the workplace: Toward a general model,' *Human Resource Management Review*, Vol. 11, pp. 299-326.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. 2002, 'Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of

antecedents, correlates and consequences,' *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 62, pp. 20-52.

Moore-Smithson, J. 2005, 'The association between nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in the ambulatory care setting,' PhD Thesis, D'Youville College, Cleveland.

Morrison, R. S., Jones, L. & Fuller, B. 1997, 'The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses,' *Journal of Nursing Administration*, Vol. 27, No. 5, pp. 27-34.

Mowday, R. T., Porter, L. W. & Steers, R. M. 1982, 'Employee-organization linkages. The psychology of commitment, absenteeism, and turnover,' Academic Press, New York.

Mowday, R. T., Steers, R. M. & Porter, L. W. 1979, 'The measurement of organizational commitment,' *Journal of Vocational Behaviour*, Vol. 14, pp. 224-247.

Muchinsky, P. M. 1993, 'Psychology applied to work,' 4th edn, Books/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California.

Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J. & Wasserman, W. 1996, 'Applied linear statistical models,' 4th edn, McGraw-Hill, New York.

Nunnally, J. C. 1978, 'Psychometric theory,' 2nd edn, McGraw-Hill, New York.

Pfefferkorn, M. G. & Haddock, C. C. 1988, 'Organizational commitment: A special kind of incentive,' *Hospital Topics*, Vol. 66, No. 3, pp. 10-13.

Ponte, P. R., Hayes, C., Coakley, A., Stanghellini, E., Gross, A., Perryman, Hanley, D., et al. 2005, 'Partnering with schools of nursing: An effective recruitment strategy,' *Oncology Nursing Forum*, Vol. 32, pp. 901-903.

- Porter, L. W., Richard, M. S., Mowday, R. T. & Boulian, P. V. 1974, 'Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians,' *Journal of Applied Psychology*, Vol. 59, pp. 603-609.
- Provan, K. G., Milward, H. B., & Isett, K. R. 2002. 'Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system', *Health Care Management Review*, Vo. 27, pp. 21-32.
- Riketta, M. & Van Dick, R. 2005, 'Foci of attachment in organizations: A meta-analytic comparison of the strength and correlates of workgroup versus organizational identification and commitment,' *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 67, pp. 490-510.
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D. & Leduc, N. in press, 'Validación de un instrumento de medida de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español', *Enfermería Clínica*.
- Sicotte, C., D'Amour, D. & Moreault, M. 2002, 'Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers,' *Social Science & Medicine*, Vol. 55, pp. 991-1003.
- Song, R., Daly, B. J., Rudy, E. B., Douglas, S. & Dyer, M. A. 1997, 'Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model,' *Research in Nursing & Health*, Vol. 20, pp. 443-452.
- Spector, P. E. 1997, 'Job satisfaction. Application, assessment, causes, and consequences,' SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Steers, R. M. 1977, 'Antecedents and outcomes of organizational commitment,' *Administrative Science Quarterly*, Vol. 22, pp. 46-56.
- Sullivan, T. J. 1998, 'Collaboration. A health care imperative,' McGraw-Hill, New York.

- Verran, J. A. & Ferketich, S. L. 1987, 'Testing linear model assumptions: Residual analysis,' *Nursing Research*, Vol. 36, pp. 127-129.
- Welch, H. P. & La Van, H. 1981, 'Inter-relationship between organizational commitment and job characteristics, job satisfaction, professional behavior, and organizational climate,' *Human Relations*, Vol. 34, pp. 1079-1089.
- West, M. A. & Slater, J. 1996, 'Teamworking in primary health care: A review of its effectiveness,' Health Education Authority, London.
- Zaccaro, S. J. & Dobbins, G. H. 1989, 'Contrasting group and organizational commitment: Evidence for differences among multilevel attachments,' *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 10, pp. 267-273.
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. 2000, 'Interventions to promote collaboration between nurses and doctors,' *The Cochrane Library*, no. 4.
- Zwarenstein, M., Reeves, S. & Perrier, L. 2005, 'Effectiveness of prelicensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions,' *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19, Supp. 1, pp. 148-165.

#### **Article 4. Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients**

Leticia San Martín Rodríguez, PhD (cand)

Danielle D'Amour, inf, PhD

Nicole Leduc, PhD

##### Statement of the problem

Raising the level of interdependence of health professionals has been considered one of the best strategies in response to calls for greater comprehensiveness, continuity and efficiency in our health care systems (D'Aunno 1996). Interprofessional collaboration would also appear to be indispensable in the current environment, which is characterized by constant restructuring, an emphasis on improving performance, growing use of technology and ever greater complexity (Heinemann 2002).

Once an approach to interprofessional collaboration has been established in health organizations, one of the expected results is improved patient outcomes (West and Slater 1996; Sullivan 1998; Schofield and Amodeo 1999; Borrill et al. 2001; Schmitt 2001; Freeth et al. 2002; Zwarenstein, Reeves, and Perrier 2005). This improvement can be explained by two aspects of interprofessional work that determine the intensity of collaboration: the

degree of coordination between professionals and the degree to which clinical activities are shared (Sicotte, D'Amour, and Moreault 2002).

On the one hand, a team that collaborates has the ability to create links, in space and time, between the many specialized but interdependent activities of its various professionals (Haimann and Scott 1974; Georgopoulos 1975), thereby maximizing the convergence of various types of contributions and minimizing process interferences or breakdowns (Georgopoulos and Mann 1962; Steiner 1972). Some studies have found relationships between the level of coordination and patient outcomes, such as the length of stay (Zimmerman, Rousseau, and Duffy 1993; Gittel et al. 2000), patient satisfaction (Georgopoulos 1986), quality of care (Georgopoulos 1986; Gittel et al. 2000), unexpected death rate (Knaus et al. 1986) and post-operative pain (Gittel et al. 2000). On the other hand, in theory the sharing of clinical activities – in the form of information sharing and shared decision making – makes it possible for interventions to be more holistic (Golin and Ducanis 1981; Schmitt, Farrell and Heinemann 1988) and better focused on patient needs (Cook, Gerrish, and Clarke 2001). In addition, when clinical decision-making is shared, all of the team's professionals commit to team decisions (Heinemann 2002).

On the basis of these mechanisms for coordinating and sharing clinical activities, interprofessional collaboration is assumed to generate positive outcomes for patients. The goal of this study is therefore to determine the effects of intensity of interprofessional collaboration on four patient outcomes: level of satisfaction with the care and services

received during hospitalization, degree of uncertainty with respect to the information received, adequacy of pain management and length of hospital stay.

### Background

With regard to the outcome variable “patient satisfaction” outcome, some reviews of the literature have noted that interventions that sought to implement a higher level of collaboration between the professional members of a team produced higher levels of patient satisfaction (Sullivan 1998; Borrill et al. 2001; Freeth et al. 2002). Patient satisfaction, or the emotional and cognitive evaluation of the performance of health care providers based on prior experience (Maciejewski, Kawiecki, and Rockwood 1997), is one of the desired outcomes of care (Donabedian 1988).

According to the literature, satisfaction is determined by patient characteristics and expectations, which in turn depend essentially on prior knowledge and experience (Maciejewski, Kawiecki, and Rockwood 1997; Sitzia and Wood 1997). Studies have therefore demonstrated a link between the satisfaction expressed by the patient and his or her age (Hall and Doran 1990; Sitzia and Wood 1997; Rahmqvist 2001), education level (Hall and Doran 1990; Sitzia and Wood 1997) and state of health (Cohen 1996; Hargraves et al. 2001; Rahmqvist 2001; Nguyen Thi et al. 2002; Westaway et al. 2003) as well as the intensity of his or her pain (Cohen 1996; Rahmqvist 2001). Organizational characteristics also play a role: the type of hospital (teaching or non-teaching hospital) (Hargraves et al.

2001) and the type of room (the number of beds in the room) (Nguyen Thi et al. 2002) have also been associated with patient satisfaction.

Another finding that may result from the coordination and sharing of clinical decisions inherent in the process of collaboration – in particular, the information provided to patients and their education - is a reduction in the level of uncertainty experienced by patients. Uncertainty, or “the inability to structure meaning” (Mishel 1988, p. 225), occurs when the patient cannot draw on a cognitive framework in the interpretation of events related to their illness, treatment or hospitalization (Mishel 1988).

Studies have shown that the element exercising the greatest influence over the uncertainty experienced by a patient is the health professionals who interact with the patient (Mishel and Braden 1988; Mishel 1997a). Professionals are therefore in a position to reduce or even prevent patient uncertainty by how they structure the information they provide and by working to reinforce patients’ trust in their clinical judgment (Mishel 1988). Studies have also shown that patient uncertainty is influenced by individual patient characteristics such as education level (Mishel 1997b), the severity of the illness, the patient’s specific diagnosis and his or her social support (Mishel 1997a). It has also been observed that other individual characteristics, such as the patient’s gender and age, have no effect on the level of uncertainty experienced (Mishel 1997b).

The interprofessional team approach also plays a key role in managing the patient's pain (Main and Spanswick 2000). Pain is the result of a complex interaction between physiological, psychological, social and other factors (Zaza and Baine 2002), which is why different professionals' perspectives on evaluating and treating pain are required for pain management to be adequate (Main and Spanswick 2000). Adequate pain management assumes that the strength of the prescribed analgesics is matched to the intensity of the pain reported by the patient (WHO 1996). At this point in time, pain management is considered an indispensable part of the quality of care offered in hospitals, given the large percentage of hospitalized patients who experience pain (JCAHO 2000). On this point, various studies have found that the pain management provided is inadequate to the task in 17 % to 82 % of cancer patients (Cleeland et al. 1994; Cleeland et al. 1997; Uki et al. 1998; Anderson et al. 2000; De Wit et al. 2001; McNeill et al. 2001; Di Maio et al. 2004; Okuyama et al. 2004; Cohen et al. 2005).

Studies have shown that whether or not pain management is adequate is influenced by factors such as the patient's age (Cleeland et al. 1994; McNeill et al. 2001; Di Maio et al. 2004), gender (Cleeland et al. 1994), physical condition (Cleeland et al. 1994; Okuyama et al. 2004) and disease phase (De Wit et al. 2001; Di Maio et al. 2004; Okuyama et al. 2004) as well as the physician's ability to manage cancer-related pain (Okuyama et al. 2004) and whether or not the patient were treated by a pain physician during the hospital stay (De Wit et al. 2001).

Another indicator often used in the research on interprofessional collaboration is length of hospital stay, since it is presumed that providing more appropriate and better-coordinated care will reduce the length of a hospital stay (Freeth et al. 2002). However, the empirical evidence on this point is still very limited (Zwarenstein and Bryant 2000). As with our other outcome variables, length of stay is influenced by organizational and patient characteristics. It has been shown that factors such as hospital size, hospital type (for profit, nonprofit or government), the use of discharge planning, the severity of the patient's state of health and patient age influence length of stay (Johnson Lutjens 1993; Clarke and Rosen 2001).

The effect of intensity of interprofessional collaboration on these four patient outcomes can be illustrated by the Quality Health Outcomes Model proposed by Mitchell, Ferketich and Jennings (1998). This model, inspired by Donabedian's (1966) model of quality of care, presents patient outcomes as the result of a clinical intervention (a process), a relationship influenced by patient characteristics and the structural characteristics of organizations. As shown in Figure 1, intensity of interprofessional collaboration is expected to have an effect on satisfaction, uncertainty, pain management and length of hospital stay, in interaction with organizational characteristics and individual patient characteristics.

### Hypothesis

On this basis, our research hypotheses are:

H1: Patients treated by teams featuring a high intensity of interprofessional collaboration will be significantly more satisfied than patients treated by teams featuring a low intensity of interprofessional collaboration.

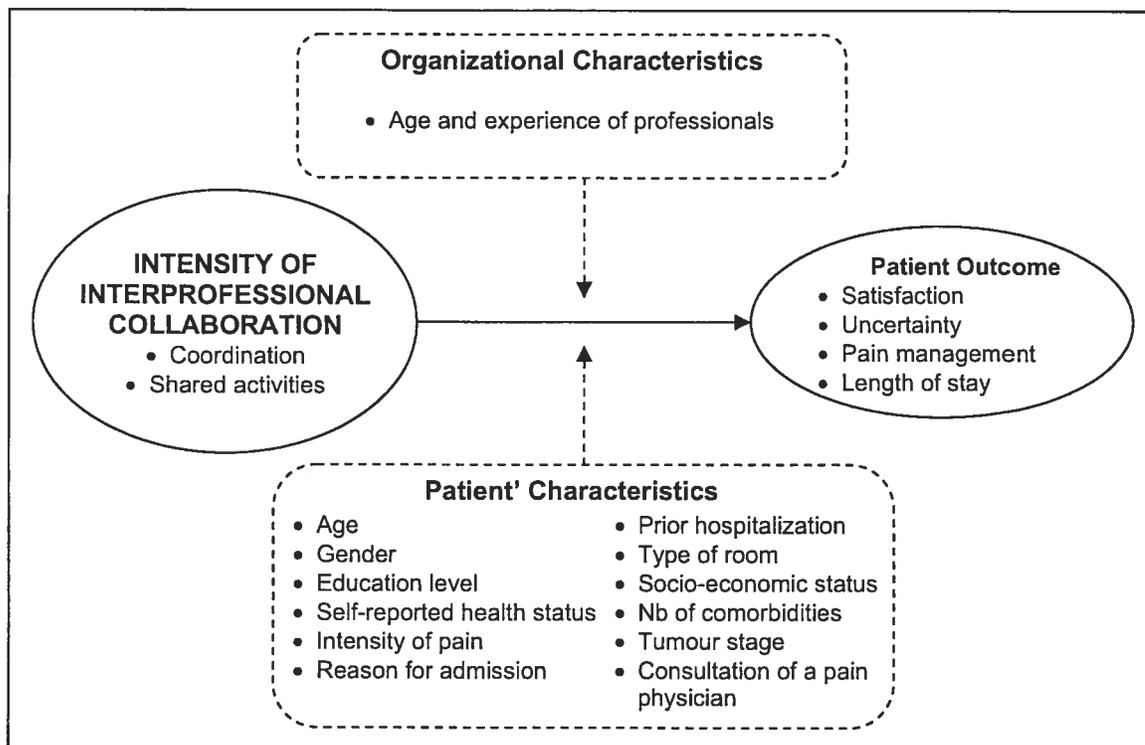
H2: Patients treated by teams featuring a high intensity of interprofessional collaboration will report significantly less uncertainty than patients treated by teams featuring a low intensity of interprofessional collaboration.

H3: A significantly larger proportion of patients treated by teams featuring a high intensity of interprofessional collaboration had their pain managed adequately than patients treated by teams featuring a low intensity of interprofessional collaboration.

H4: Patients treated by teams featuring a high intensity of interprofessional collaboration will have significantly shorter hospital stays than patients treated by teams featuring a low intensity of interprofessional collaboration.

As shown in Figure 1, these four hypotheses will be verified by taking into account the interaction of all the organizational and patient characteristics discussed in the literature.

Figure 1. Application of the Quality Health Outcomes Model (Mitchell et al., 1998)



## Method

### *Study design*

These hypotheses were tested using a comparative design (Brink and Wood 1998; Burns and Grove 2001) to compare the patient outcome variables of four healthcare teams.

### *Participants*

The study was conducted in a Spanish university hospital that provides tertiary care. It is a privately run, non-profit hospital of 400 beds.

#### *The professionals*

The sample of professionals comprised 34 physicians, residents and nurses (a response rate of 82.9 %) working in four oncology and hematology teams in the following programs: 1) gastro-intestinal tumours; 2) head, neck and lung tumours; 3) melanomas and sarcomas; and 4) malignant blood diseases.

#### *The patients*

The sample of patients consisted of the 312 patients who agreed to participate in the study from a population of 380 patients approached over an 8-month period (response rate of 82.1 %). The 312 patients covered the sample size calculated by PASS 2000 software ( $\alpha = 0.05$ ;  $\Delta = 0.15$ ; power = 80 %).

### *Measurements*

We began by measuring the intensity of interprofessional collaboration among the professional members of the teams using the Spanish version of the Intensity of Interprofessional Collaboration questionnaire (Sicotte, D'Amour, and Moreault 2002). The

questionnaire consists of 16 statements assessed on a 5-point Likert scale (where 1 indicates minimal intensity of collaboration and 5 indicates the greatest intensity of collaboration). The psychometric characteristics of this questionnaire were evaluated in a prior study (San Martin-Rodriguez, D'Amour, and Leduc 2007).

Patient satisfaction was then measured on seven of the ten dimensions in the Press Ganey Inpatient Survey questionnaire. The 34 statements in this questionnaire are assessed on a 5-point Likert scale, where 1 indicates the lowest level of satisfaction and 5 indicates the highest (Kaldenberg, Mylod, and Drain 2003). The questionnaire was translated into Spanish and the translation validated by Miceli (2004). Uncertainty on the part of patients was assessed with the Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adults questionnaire (MUIS-A) by Mishel (1981). This questionnaire has 29 statements assessed on a 5-point Likert scale, where 1 indicates the lowest level of uncertainty and 5 indicates the highest. This questionnaire was translated into Spanish and the translation validated in a prior study (Owens 2004).

The adequacy of pain management was assessed using the Pain Management Index (PMI) (Cleeland et al. 1994), which represents the difference between the highest level of analgesics prescribed to the patient during the hospital stay and the greatest intensity of pain felt by the patient during this same period. The PMI can vary between +3 and -3. A PMI greater than or equal to zero indicates adequate pain management, while a negative PMI reflects inadequate pain management. Data on pain intensity and prescribed analgesics

were obtained from the patient's electronic record. Data on length of hospital stay were obtained from the hospital's administrative database.

Finally, the data on organizational and patient characteristics presented in Figure 1 and introduced into the analyses as influential variables were obtained from socio-demographic questionnaires, the patient's electronic record and the hospital's administrative database. In concrete terms, these data concerned the age and experience of team members and the patient's age, gender, education level, self-reported health status and intensity of pain, as well as the consultation of a pain physician, the existence of prior hospitalizations, type of room, socio-economic status, reason for hospital admission, tumour stage and number of co-morbidities.

#### *Data analysis*

The data was analyzed using analysis of variance (ANOVA) models and analysis of covariance (ANCOVA) models. Given the unequal sample sizes, the analyses were based on ANOVA Type III models (Neter et al. 1996). The analyses were performed on SPSS 13.0 statistical software.

#### *Ethical considerations*

This study received approvals from the Ethic Committee of the University of Montreal as well as the ethic committee at the hospital where the research was conducted.

## Results

The results are presented according to the two stages of analysis. The first stage, in which the unit of analysis was the professional, involved assessing differences in the intensity of interprofessional collaboration on the four teams. The second stage, which used the patient as the unit of analysis, consisted of assessing the effects of intensity of collaboration on the four patient outcomes variables.

### *Intensity of interprofessional collaboration*

Table 1 presents a description of the four teams studied. The ANOVA models demonstrated that the four teams were homogeneous in terms of the professionals' age ( $p = 0.235$ ) and experience ( $p = 0.313$ ), which is why these variables will not be used in subsequent analyses.

Table 1. Characteristics of the teams

Team	Number of Professionals	Experience	Age	Intensity of Interprofessional Collaboration
A	9	8.56 ( $\pm$ 6.75)	30.56 ( $\pm$ 6.22)	3.46 ( $\pm$ 0.45)
B	8	10.93 ( $\pm$ 7.69)	33.25 ( $\pm$ 7.92)	3.02 ( $\pm$ 0.28)
C	9	8.02 ( $\pm$ 7.89)	29.82 ( $\pm$ 8.36)	3.46 ( $\pm$ 0.26)
D	8	14.51 ( $\pm$ 5.20)	37.00 ( $\pm$ 4.60)	3.04 ( $\pm$ 0.38)

With respect to our variable of interest, intensity of interprofessional collaboration, Teams “A” and “C” presented similar results, as did teams “B” and “D”, so we created a “high intensity of collaboration” group and a “low intensity of collaboration” group and then performed a t-test to assess differences in intensity of professional collaboration. The t-test revealed statistically significant differences between the two groups ( $t = 3.711$ ;  $p = 0.001$ ).

Analyses of the normality and homogeneity of variance confirmed that the data were normally distributed and that the variances of the two groups were equal.

#### *Patient outcomes*

Table 2 presents patient characteristics for the study’s two groups, and Table 3 provides a description of the study’s four outcome variables.

Table 2. Patient characteristics

Patient Characteristics	Low Collaboration		High Collaboration		Total	
	n	%	n	%	n	%
Age (years)	53.24	±12.54	58.73	±10.61	56.5	±11.7
Gender						
• Male	97	78.9 %	140	74.5 %	237	76.2 %
• Female	26	21.1 %	48	25.5 %	74	23.8 %
Education level						
• No degree	15	12.3 %	12	6.5 %	27	8.8 %
• Elementary (14-16 years)	23	18.9 %	60	32.3 %	83	26.9 %
• High school (18 years)	48	39.3 %	60	32.3 %	108	35.1 %
• University	36	29.5 %	54	29 %	90	29.2 %
Reason for hospital admission						
• Chemotherapy/radiotherapy	96	78 %	132	69.8 %	228	73.1 %
• Other	27	22 %	57	30.2 %	84	26.9 %
Number of co-morbidities	3.28	1.71	2.99	1.51	3.1	± 0.1
Tumour stage						
• Local	34	28.1 %	52	27.7 %	86	27.8 %
• Metastases	87	71.9 %	136	72.3 %	223	72.2 %
Self-reported health status						
• Fair, poor or very poor	78	63.4 %	108	57.4 %	186	59.8 %
• Good or very good	45	36.6 %	80	42.6 %	125	40.2 %
Intensity of pain						
• None	83	70.3 %	119	66.5 %	202	68 %
• Mild	18	15.3 %	32	17.9 %	50	16.8 %
• Moderate	14	11.9 %	23	12.8 %	37	12.5 %
• Severe	3	2.5 %	5	2.8 %	8	2.7 %
Consultation of a pain physician	3	2.4 %	20	10.6 %	23	7.4 %
Prior hospitalization in the hospital	103	83.7 %	155	82 %	258	82.7 %
Socio-economic status						
• Insurance	44	35.8 %	89	47.1 %	133	42.6 %
• Private	79	64.2 %	100	52.9 %	179	57.4 %
Type of room						
• Single	91	74 %	148	78.3 %	239	76.6 %
• Double	32	26 %	41	21.7 %	73	23.4 %

Table 3. Outcome variables

Outcome Variables	Low Collaboration		High Collaboration		Total	
	n Mean	% SD	n Mean	% SD	n Mean	% SD
Satisfaction	4.50	± 0.41	4.54	± 0.39	4.53	±0.39
Uncertainty	2.18	± 0.58	2.06	± 0.58	2.11	±0.58
Adequacy of pain management	104	88.1 %	165	93.2 %	269	91.2 %
Length of stay (in days)	1.48	± 0.61	1.59	± 0.66	1.61	±0.75

### *Hypothesis 1*

In testing the first hypothesis, we developed two-factor ANOVA models and ANCOVA models to determine the existence of an effect – either a main effect or an interacting effect with the “intensity of interprofessional collaboration” factor – of each interaction variable (age, gender, education level, self-reported health status, pain intensity, length of stay, prior hospitalizations, room type and socio-economic status) on patient satisfaction at a critical level of 0.05. The findings suggest that patient self-reported health status ( $F_{(4, 301)} = 6.579$ ;  $p < 0.001$ ) have a main effect on mean patient satisfaction, while the patient’s level of education has an interaction effect with intensity of interprofessional collaboration ( $F_{(3, 300)} = 4.543$ ;  $p = 0.004$ ).

On the basis of these results, the data were used in a three-factor ANOVA 2 (intensity of collaboration) x 4 (education level) x 2 (self-reported health status) model. The final model suggested the existence of a triple interaction ( $F_{(3, 291)} = 4.699$ ;  $p = 0.003$ ). In

order to interpret this triple interaction, we broke it down into two single first-order effects that we tested with a two-factor ANOVA 2 (intensity of collaboration) x 4 (education level) model conditioned by self-reported health status. The results suggest a statistically significant double interaction effect in the group of patients reporting a fair, poor or very poor state of health ( $F_{(3, 174)} = 7.622$ ;  $p < 0.001$ ), while the interaction effect was not found to be statistically significant ( $F_{(3, 117)} = 0.462$ ;  $p = 0.709$ ) in the group reporting a good or very good state of health.

For patients reporting fair, poor or very poor health, comparisons made with the Bonferroni procedure revealed statistically significant differences only in the group of patients with university degrees ( $p < 0.001$ ). In this group, the difference in mean satisfaction between those cared for by a “high intensity of collaboration” team and those cared for by a “low intensity of collaboration” team was 0.501 (CI 95 %: 0.286 - 0.715).

### *Hypothesis 2*

As for the “uncertainty” variable, results from the ANOVA and ANCOVA analyses indicate that among the interaction variables studied (age, educational level, reason for hospital admission, number of co-morbidities and tumour stage), only “reason for hospital admission” (either hospitalization to receive a programmed cycle of chemotherapy/radiotherapy or hospitalization for reasons other than the administration of chemotherapy or a first hospitalization) had a main effect on the patient’s reported level of

uncertainty ( $F_{(1, 302)} = 12.481$ ;  $p < 0.001$ ). According to the results of the two-factor ANOVA 2 (intensity of collaboration) x 2 (reason for hospital admission) model, controlling for the variable “reasons for hospital admission,” patients cared for by a team with a high intensity of interprofessional collaboration presented a mean uncertainty of 0.138 (CI 95 %: 0.002 - 0.275) points less than those cared for by teams with a low intensity of interprofessional collaboration ( $F_{(1, 302)} = 3.985$ ;  $p = 0.047$ ).

### *Hypothesis 3*

Results from the two-factor ANOVA and the ANCOVA models of the hypothesis on “adequacy of pain management” as a dependent variable suggest that, of the interaction variables studied (age, sex, self-reported health status, tumour stage, number of comorbidities and consultation with a pain physician), only the variable for the patient’s sex ( $F_{(1, 291)} = 6.246$ ;  $p = 0.013$ ) had a statistically significant main effect on adequacy of pain management. The two-factor ANOVA 2 (intensity of collaboration) x 2 (gender) model suggests that the intensity of interprofessional collaboration also has a statistically significant main effect ( $F_{(1, 291)} = 5.912$ ;  $p = 0.016$ ) on the adequacy of pain management. The teams featuring a high intensity of collaboration were able to manage pain well for 92.6 % of their patients (CI 95 %: 87.9% - 97.3 %); this figure falls to 82.7 % (CI 95 %: 76.3 % - 89.2 %) when intensity of interprofessional collaboration is low.

*Hypothesis 4*

At this stage, only the patients hospitalized to receive chemotherapy - Diagnosis-Related Group (DRG) 410 – were introduced into the analyses, a total of 218 subjects. Given that the dependent variable is length of stay, the selection of patients with the same DRG would guarantee, as much as possible, the homogeneity of the two groups being compared. Results of the two-factor ANOVA and the ANCOVA models reveal that none of the variables (age, gender, number of co-morbidities, intensity of pain or socio-economic status) had an effect on the patient's length of hospital stay. Given this absence of any effect, the difference in length of stay for the “high intensity of collaboration” group versus the “low intensity of collaboration” group was then calculated with a t-test, which also showed no statistically significant difference ( $t = 1.535$ ;  $p = 0.217$ ).

Finally, the evaluation of externally studentized residual ( $t_i$ ) plots and the Bonferroni simultaneous test with a family significance level of  $\alpha = 0.10$ , carried out for each ANOVA and ANCOVA model, did not reveal outliers, and plots of studentized residuals against fitted values and the modified Levene test always confirmed the presence of homogeneous variances (Neter et al. 1996). It should also be mentioned that the measures demonstrated good internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.815 for the measure of intensity of collaboration, 0.995 for the measure of satisfaction and 0.787 for the measure of uncertainty.

## Discussion

Results for the study's first hypothesis confirm that intensity of interprofessional collaboration has an effect on patient satisfaction. This significant effect was found among a specific group of patients rather than all patients. The results suggest that patients who have a high level of education and perceive their state of health as fair, poor or very poor are more satisfied when they are treated by a team with a high intensity of interprofessional collaboration than they would be if they were treated by a team with a low intensity of interprofessional collaboration.

This suggests that a difference in the intensity of collaboration, such as that existing between the two groups of this study, will only be perceived by a more highly educated and more ill group of patients. A greater difference in intensity of collaboration would probably have produced statistically significant results in other groups of patients. Our ability to observe a difference in the satisfaction level of the more educated and more ill patients may be explained using aspects of the main theoretical models of satisfaction, which conceptualize this phenomenon as the result of patient values, perceptions and expectations (Pascoe 1983; Sitzia and Wood 1997; Newsome and Wright 1999). We can therefore presume that the values, perceptions and expectations of this group of patients are different from those of other patients. This implies that the intensity of interprofessional collaboration plays a critical role when this group of patients evaluate the care received during a hospital stay.

It has often been shown that both the patient's education level and state of health are associated with changes in the level of satisfaction expressed by patients (Hall and Doran 1990; Cohen 1996; Sitzia and Wood 1997; Hargraves et al. 2001). Studies have suggested that patients in poor health are often less satisfied with the information they receive from health professionals than patients who are in good health (Patrick, Scrivens, and Charlton 1983). This dissatisfaction with the information received may be reduced by the intensity of collaboration between the professionals through greater detection of individual needs for information. The decision by professionals to organize their interventions around patient needs is one of the main characteristics of teams of collaborating professionals (D'Amour and Oandasan 2005).

Indeed, the fact that more educated patients have greater expectations of their health care and services has been discussed as a possible explanation for reported differences in levels of satisfaction among groups of varying levels of education (Hall and Doran 1990). More highly educated patients have knowledge that allows them to apply more rigorous criteria to evaluations of care (Da Costa et al. 1999). These criteria can take into account the added value that a healthcare team working in collaboration brings to their work: better coordination (Sicotte, D'Amour, and Moreault 2002), a more comprehensive plan of care (Golin and Ducanis 1981; Schmitt, Farrell, and Heinemann 1988), a cohesive attitude among the professionals with respect to shared goals (Stichler 1995; Lindeke and Block 1998; D'Amour, Sicotte, and Lévy 1999) or even greater patient participation in decision

making (D'Amour et al. 2005). In this respect, better-educated patients probably realize that they are able to assume a larger role in any decision making related to their treatment, so when they are faced with a poor state of health, they want to fulfil this role.

With respect to the second hypothesis, the findings show that the patients treated by teams with a high intensity of collaboration experienced slightly less uncertainty than those treated by the teams with a less intensity of collaboration. Patient uncertainty refers to a patient being unable to interpret events related to their illness, treatment or hospitalization. This occurs when the patient receives ambiguous, complex, unpredicted or incoherent stimuli (Mishel 1988).

The difference in levels of uncertainty between the two groups was obtained by controlling for the reason for hospitalization, the only characteristic found to have an impact on patient uncertainty. According to Mishel (1988), when a patient is hospitalized for the first time or is hospitalized to commence treatment – chemotherapy or radiotherapy, for example – the newness and complexity of the experience creates high levels of uncertainty. In contrast, when the treatment is routine and regular – such as the repetitive cycles of chemotherapy treatment – the events are familiar to the patient and are associated with lower levels of uncertainty (Mishel 1981). Our findings support this conclusion, as patients admitted to hospital to receive a programmed cycle of chemotherapy or radiotherapy experienced less uncertainty than patients experiencing their first

hospitalization, an unplanned hospitalization or a hospitalization for reasons other than the administration of chemotherapy (for example, complications related to their illness).

Health professionals also exercise significant influence over the uncertainty experienced by patients receiving a cancer treatment, particularly when transmitting information (Neville 2003). It has been observed that, for cancer patients, health professionals become the main source of information and education (Rutten et al. 2005). However, studies have also suggested that the information given to these patients is not always adequate because: they would like more information (Fallowfield, Ford, and Lewis 1994; Meredith et al. 1996; Jones et al. 1999; Jenkins, Fallowfield, and Saul 2001), the information cannot always be understood (Gray et al. 1998), or the patients and their health professionals disagree on the importance of different types of information (Golberg et al. 1990). One possible explanation for our finding that patients cared for by teams working at higher intensity of interprofessional collaboration report lower levels of uncertainty is that these teams may be able to better determine a patient's specific information and education needs. Teams that collaborate are more focused on patient needs (Golin and Ducanis 1981; Cook, Gerrish, and Clarke 2001), and clinical activities, such as assessments of patients' needs for information and education, are shared among all professional team members, effectively giving a more holistic and hence more complete view of the problem (Golin and Ducanis 1981; Ivey et al. 1987; Baggs and Smith 1988; Stichler 1995).

Collaboration between healthcare team professionals can also prove essential for avoiding inconsistencies in the information provided to patients, one form of patient uncertainty (Mishel 1988). Information is inconsistent when the information a patient receives changes often or does not agree with information received earlier (Mishel 1997b). As a result of the information sharing (Ivey et al. 1987; D'Amour 1997) and coordination (Sicotte, D'Amour, and Moreault 2002) that is typical in healthcare teams working in collaboration, it is probable that all members of teams that collaborate more closely are able to provide to patient with consistent and coherent information.

As for the third hypothesis, our findings suggest a significantly larger proportion of patients treated by teams with a high intensity of interprofessional collaboration had their pain managed adequately than patients treated by teams with a low intensity of interprofessional collaboration. For each group of 100 hospitalized cancer patients, the teams exercising greater collaboration managed pain well for 10 more patients than the teams that collaborated less. Given the importance currently given to controlling pain in hospitalized patients, this finding is very important.

This finding was obtained controlling for the sex of the patient, the only organizational or personal characteristic in our sample that had an impact on adequacy of pain management. According to these findings, pain is controlled well in a significantly larger proportion of the male patients than female patients. Other studies that have used PMI to evaluate the adequacy of pain management in cancer patients were also able to

identify gender as a variable with an impact on this indicator (Cleeland et al. 1994; Uki et al. 1998; Anderson et al. 2000), with the pain of women being generally less well controlled than that of men. This can be explained by the observation that there is a gap between the physician's and the patient's estimates of the severity of pain (Cleeland et al. 1994; Anderson et al. 2000; Yun et al. 2003), and this gap can be more marked when patients do not have the same age, are not the same gender or do not have the same ethnic background as their physicians (Cleeland et al. 1994, 1997; Anderson et al. 2000).

When there is less interprofessional collaboration and decision making becomes progressively less shared, the physician's tendency to underestimate the severity of pain can become more evident. This means that as the intensity of collaboration between professionals increases, pain management becomes more holistic and more based on the points of view and the expertise of the various professionals on the team, and this is indispensable for adequate pain management (Main and Spanswick 2000; Haigh 2001; Miaskowski 2004). It is recognized that inadequate pain assessments are one of the main obstacles to good pain management in patients (Anderson et al. 2000; Cleeland et al. 1994). In healthcare teams that collaborate less, deficiencies in communication between professionals result in less adequate pain management, probably because of an improper reading of the problem, a duplication of activities or a fragmented assessment approach (Main and Spanswick 2000). This can explain the differences observed in the adequacy of

pain management provided by the two teams in the “high intensity collaboration” group versus the two teams in the “low intensity collaboration” group.

Finally, findings from our analyses did not confirm the fourth hypothesis on length of hospital stay. They showed no difference in length of hospital stay between the patients in the “high intensity of collaboration” group as compared to the patients in the “low intensity of collaboration” group. Despite the fact that there was no clear evidence of the effects of interprofessional collaboration on length of stay (Zwarenstein and Bryant 2000), theoretically, length of stay should have fallen with the provision of more appropriate and better-coordinated care, characteristics of collaborative work (Freeth et al. 2002). Our study has not been able to confirm this hypothesis.

There are several possible explanations for the similarity in length of hospital stay between the two groups. It is possible that the difference in intensity of collaboration between the two groups was not large enough to produce a significant effect on length of hospital stay for this type of hospital patient. In fact, we tested this hypothesis on a sample comprised only of patients hospitalized for chemotherapy (DRG 410). We believe that differences in intensity of collaboration must be very large before a significant change will be detected in the length of very short and very systematic hospital stays, such as those represented by the sub-sample used. In this respect, it must be emphasized that, as a consequence of using teams working in programs tailored to each tumour location, we could not effectively test the influence of the patient diagnosis variable. We believe that

this represents a limitation in the evaluation of the effect of intensity collaboration on length of stay, since different chemotherapy protocols for the specific location of the tumour determined the length of the patient's hospital stay.

This study's findings can be generalized to different patient populations in different places of treatment. Through the same mechanisms by which intensity of interprofessional collaboration acted on satisfaction, uncertainty and pain management in this study, other types of hospitalized patients, such as patients in hospital for surgery, can also benefit from professionals collaborating. These findings can also appear in other settings of oncology treatment, such as rural hospitals or outpatient clinics where interprofessional collaboration also becomes a key aspect of the quality of health care offered to patients.

Finally, we would underscore the fact that the gap in intensity of interprofessional collaboration between the two teams in the "high intensity of collaboration" group versus the two teams in the "low intensity of collaboration" group does not constitute a very large difference (0.5 point on a scale of 1 to 5). This suggests that even small differences in intensity of interprofessional collaboration have a concrete effect on observable patient results, and this alone constitutes a major finding for this study. This finding carries a strong message for clinical practice: even a small improvement in the intensity of interprofessional collaboration can have a significant impact on variables as important as pain management.

## Conclusion

This study has shed light on a complex area of research: the outcomes of interprofessional collaboration in health. One of the consequences of this complexity is that very few studies have examined the effects of interprofessional collaboration on patients. This study's findings offer substantial evidence that the intensity of collaboration developed on interprofessional oncology and hematology teams has an impact on patient outcomes in terms of satisfaction, uncertainty and pain management. There have been repeated calls for evidence such as this, particularly in contexts such as hospital care, which is characterized by complex clinical processes that make interprofessional collaboration indispensable.

## Acknowledgements

We would like to acknowledge the contribution made by the anonymous patients who cooperated in this study. We would also like to thank the *Departamento de Salud del Gobierno de Navarra* (Spain) and the GETOS Chair (University of Montreal) for its financial support. We also thank FERASI Center (Faculty of Nursing, University of Montreal) for the financial support it provided to have this manuscript translated.

## References

- Anderson, K. O., T. R. Mendoza, V. Valero, S. P. Richman, C. Russell, J. Hurley et al. 2000. "Minority cancer patients and their providers. Pain management attitudes and practice". *Cancer* 88: 1929-38.
- Baggs, J. G., and M. H. Schmitt. 1988. "Collaboration between nurses and physicians". *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 203: 145-49.
- Borrill, C. S., J. Carletta, A. J. Carter, J. F. Dawson, S. Garrod, A. Rees, A. Richards, D. Shapiro, and M. A. West. 2001. *"The effectiveness of health care teams in the National Health Service"*. London: NHS.
- Brink, P. J., and M. J. Wood. 1998. *"Advanced design in nursing research"*, 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Burns, N., and S. K. Grove. 2001. *"The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization"*, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Clarke, A., and R. Rosen. 2001. "Length of stay. How short should hospital care be?" *European Journal of Public Health* 11: 166-70.
- Cleeland, C. S., R. Gonin, L. Baez, P. Loehrer, and K. J. Pandya. 1997. "Pain and treatment of pain in minority patients with cancer: The Eastern cooperative oncology group minority outpatient pain study". *Annals of Internal Medicine* 127: 813-6.
- Cleeland, C. S., R. Gonin, A. K. Hatfield, J. H. Edmonson, R. H. Blum, J. A. Stewart, and K. J. Pandya. 1994. "Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer". *The New England Journal of Medicine* 330: 592-6.
- Cohen, G. 1996. "Age and health status in a patient satisfaction survey". *Social Science and Medicine* 42: 1085-93.

- Cohen, M. Z., C. F. Musgrave, D. B. McGuire, N. E. Strumpf, M. F. Munsell, T. R. Mendoza, and M. Gips. 2005. "The cancer pain experience of Israeli adults 65 years and older: The influence of pain interference, symptom severity, and knowledge and attitudes on pain and pain control". *Support Care Cancer* 13: 708-14.
- Cook, G., K. Gerrish, and C. Clarke. 2001. "Decision-making in teams: Issues arising from two UK evaluations". *Journal of Interprofessional Care* 15: 141-51.
- D'Amour, D. 1997, « *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* », PhD thesis. Montréal : Université de Montréal.
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L. San Martín-Rodríguez, and M. D. Beaulieu. 2005. "Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks". *Journal of Interprofessional Care* 19 (Supp. 1): 116-31.
- D'Amour, D., and I. Oandasan. 2005. "Interprofessionality as the field of interprofessional education and interprofessional practice: An emerging concept". *Journal of Interprofessional Care* 19 (supp 1): 8-20.
- D'Amour, D., C. Sicotte, and R. Lévy. 1999. « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé ». *Sciences Sociales et Santé* 173 : 67-94.
- D'Aunno, T. 1996. "Business as usual? Changes in health care's workforce and organisation of work". *Hospital & Health Services Administration* 41: 3-18.
- Da Costa, D., A. E. Clarke, P. L. Dobkin, J. L. Senecal, P. L. Fortin, D. S. Danoff et al. 1999. "The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus". *International Journal for Quality in Health Care* 11: 201-7.
- De Wit, R., F. Van Dam, S. Loonstra, L. Zandbelt, A. Van Buurner, K. Van der Heijden, G. Leenhouts, and Abu-Saad, H. H. 2001. "The Amsterdam Pain Management Index

compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain". *Pain* 91: 339-49.

Di Maio, M., C. Gridelli, C. Gallo, L. Manzione, L. Brancaccio, S. Barbera et al. 2004. "Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer". *British Journal of Cancer* 90: 2288-96.

Donabedian, A. 1966. "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 166-206.

Donabedian, A. 1988. "The quality of care. How can it be assessed?" *JAMA* 260: 1743-8.

Fallowfield, L., S. Ford, and S. Lewis. 1994. "Information preferences of patients with cancer". *The Lancet* 344: 1576.

Freeth, D., M. Hammick, I. Koppel, S. Reeves, and H. Barr. 2002. "*A critical review of evaluations of education*". London: LTSN.

Georgopoulos, B. S. 1975. "*Hospital organization research*". Philadelphia: WB Saunders.

Georgopoulos, B. S. 1986. "*Organizational structure, problem solving and effectiveness*". San Francisco: Jossey-Bass.

Georgopoulos, B. S., and F. C. Mann. 1962. "*The community general hospital*". New York: The Macmillan Company.

Gittell, J. H., K. M. Fairfield, B. Bierbaum, W. Head, R. Jackson, M. Kelly et al., 2000. "Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients". *Medical Care* 38: 807-19.

- Golberg, R., E. Guadagnoli, R. A. Silliman, and A. Glicksman. 1990. "Cancer patients' concerns: Congruence between patients and primary care physicians". *Journal of Cancer Education* 5: 193-9.
- Golin, A. K., and A. J. Ducanis. 1981. *The interdisciplinary team. A handbook for the education of exceptional children*. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Gray, R. E., M. Fitch, M. Greenberg, A. Hampson, M. Doherty, and M. Labrecque. 1998. "The information needs of well, longer-term survivors of breast cancer". *Patient Education and Counseling* 33: 245-55.
- Haigh, C. 2001. "Contribution of multidisciplinary team to pain management". *British Journal of Nursing* 10: 370-4.
- Haimann, T., and W. G. Scott. 1974. *Management in the modern organization*, 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hall, J. A., and M. C. Doran. 1990. "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis". *Social Science and Medicine* 30: 811-18.
- Hargraves, J. L., I. B. Wilson, A. Zaslavsky, C. James, J. D. Walker, G. Rogers et al. 2001. "Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care". *Medical Care* 39: 635-41.
- Heinemann, G. D. 2002. "Teams in health care settings". In *Team performance in health care*, edited by G. D. Heinemann, and A. M. Zeiss, pp. 3-18. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ivey, S., K. S. Brown, Y. Teste, and D. Silverman. 1987. "A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings". *Journal of Allied Health* 17: 189-95.

- Jenkins, V., L. Fallowfield, and J. Saul. 2001. "Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres". *British Journal of Cancer* 84: 48-51.
- Johnson Lutjens, L. R. 1993. "Determinants of hospital length of stay". *Journal of Nursing Administration* 23(4): 14-23.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). 2000. "*Pain assessment and management. An organizational approach*". Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Jones, R., J. Pearson, S. McGregor, W. H. Gilmour, J. M. Atkinson, A. Barrett et al. 1999. "Cross sectional survey of patients, satisfaction with information about cancer". *British Medical Journal* 319: 1247-8.
- Kaldenberg, D., D. Mylod, and M. Drain. 2003. "Patient-derived information: Satisfaction with care in acute and post-acute care environments". In *Measuring and managing health care quality*, edited by N. Goldfield, M. Pine, and J. Pine, pp. 469-489. New York: Aspen Publishers
- Lindeke, L. L., and D. E. Block. 1998. "Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration". *Nursing Outlook* 46: 213-8.
- Maciejewski, M., J. Kawiecki, and T. Rockwood. 1997. "Satisfaction". In *Understanding health care outcomes research*, edited by R. L. Kane, pp. 67-89. Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- Main, C. J., and C. C. Spanswick. 2000. "*Pain management. An interdisciplinary approach*". London: Hartcourt Publishers.
- McNeill, J. A., G. D. Sherwood, P. L. Starck, and B. Nieto, 2001. "Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients". *Pain Management Nursing* 2: 25-33.

- Meredith, C., P. Symonds, L. Webster, D. Lamont, E. Pyper, C. R. Gillis et al. 1996. "Information needs of cancer patients in West Scotland: Cross sectional survey of patients' views". *BMJ* 313: 724-6.
- Miaskowski, C. 2004. "Improving pain management through leadership and interdisciplinary collaboration". *Pain Management Nursing* 5(2): 51-2.
- Miceli, P. J. 2004. "Validating a patient satisfaction survey translated into Spanish". *Journal for Healthcare Quality* 264: 4-13.
- Mishel, M. H. 1981. "The measurement of uncertainty in illness". *Nursing Research* 30: 258-63.
- Mishel, M. H. 1988. "Uncertainty in illness". *Image: Journal of Nursing Scholarship* 204: 225-32.
- Mishel, M. H. 1997a. "Uncertainty in acute illness". *Annual Review of Nursing Research* 15: 57-80.
- Mishel, M. H. 1997b. "*Uncertainty in illness manual*". Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Mishel, M. H., and C. J. Braden 1988. "Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness". *Nursing Research* 37: 98-103.
- Mitchell, P. H., S. Ferketich, , and B. M. Jennings. 1998. "Quality health care outcomes model". *Image: Journal of Nursing Scholarship* 30: 43-6.
- Neter, J., M. H. Kutner, C. J. Nachtsheim, and W. Wasserman.1996. "*Applied linear statistical models*", 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Neville, K. L. 2003. "Uncertainty in illness. An integrative review". *Orthopaedic Nursing* 22: 206-14.

- Newsome, P. R. H., and G. H. Wright. 1999. "A review of patient satisfaction: Concepts of satisfaction". *British Dental Journal* 186: 161-5.
- Nguyen Thi, P. L., S. Briançon, F. Empereur, and F. Guillemin. 2002. "Factors determining inpatient satisfaction with care". *Social Science and Medicine* 54: 493-504.
- Okuyama, T., X. S. Wang, T. Akechi, T. R. Mendoza, T. Hosaka, C. S. Cleeland, and Uchitomi, Y. 2004. "Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital". *Japanese Journal of Clinical Oncology* 34: 37-42.
- Owens, B. L. 2004. "Complementary and alternative therapy use among Hispanic women during treatment for breast cancer", Doctoral thesis. Texas: University of San Antonio.
- Pascoe, G. C. 1983. "Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis". *Evaluation and Program Planning* 6: 185-210.
- Patrick, D. L., E. Scrivens, and J. R. H. Charlton. 1983. "Disability and patient satisfaction with medical care". *Medical Care* 21: 1062-75.
- Rahmqvist, M. 2001. "Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparison of care units". *International Journal for Quality in Health Care* 13: 385-90.
- Rutten, L. J. F., N. K. Arora, A. D. Bakos, N. Aziz, and J. Rowland. 2005. "Information needs and sources of information among cancer patients: A systematic review of research 1980-2003". *Patient Education and Counselling* 57: 250-61.
- San Martin-Rodriguez, L., D. D'Amour, and N. Leduc. 2007. "Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español". *Enfermería Clínica* 17: 24-33.

- Schmitt, M. H. 2001. "Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research". *Journal of Interprofessional Care* 15: 47-66.
- Schmitt, M. H., M. P. Farrell, and G. D. Heinemann. 1988. "Conceptual and methodological problems in studying the effects of interdisciplinary geriatric teams". *The Gerontological Society of America* 286: 753-64.
- Schofield, F.R. and M. Amodeo. 1999. "Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective?" *Health & Social Work* 243: 203-19.
- Sicotte, C., D. D'Amour, and M. Moreault. 2002. "Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres". *Social Science and Medicine* 55: 991-1003.
- Sitzia, J., and N. Wood. 1997. "Patients satisfaction: A review of issues and concepts". *Social Science and Medicine* 45: 1829-43.
- Steiner, I. D. 1972. "*Group process and productivity*". New York: Academic Press.
- Stichler, J. F. 1995. "Professional interdependence: the art of collaboration". *Advanced Practice Nursing Quarterly* 11: 53-61.
- Sullivan, T. J. 1998. "*Collaboration: A health care imperative*". New York: McGraw-Hill.
- Uki, J., T. Mendoza, C. S. Cleeland, Y. Nakamura, and F. Takeda. 1998. "A brief cancer pain assessment tool in Japanese: The utility of the Japanese Brief Pain Inventory – BPI-J". *Journal of Pain and Symptom Management* 16: 364-73
- West, M. A. and J. Slater. 1996 "*Teamworking in primary health care: A review of its effectiveness*". London: Health Education Authority.

- Westaway, M., P. Rheeder, D. G. Van Zyl, and J. R. Seager. 2003. "Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: The moderating effects of health status". *International Journal for Quality in Health Care* 15: 337-44.
- World Health Organization (WHO). 1996. "*Cancer pain relief: A guide to opioid availability*". Geneva: WHO.
- Yun, Y. H., D. S. Heo, I. G. Lee, H. S. Jeong, H. J. Kim, S. Kim et al. 2003. "Multicenter study of pain and its management in patients with advanced cancer in Korea". *Journal of Pain and Symptom Management* 25: 430-7.
- Zaza, C., and N. Baine. 2002. "Cancer pain and psychological factors: A critical review of the literature". *Journal of Pain and Symptom Management* 24: 526-42.
- Zimmerman, J., S. Shortell, D. Rousseau, J. Duffy, R. Gillies, W. Knaus et al. 1993. "Improving intensive care: Observations based on organizational case studies in nine ICUs: A prospective multicenter study". *Critical Care Medicine* 21:1443-51
- Zwarenstein, M., and W. Bryant. 2000. "Interventions to promote collaboration between nurses and doctors". *The Cochrane Library* 4.
- Zwarenstein, M., S. Reeves, and L. Perrier. 2005. "Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions". *Journal of Interprofessional Care* 19 (Supp. 1): 148-65.

*Chapitre 5. Analyses additionnelles*

Ce chapitre présente en détail les résultats des analyses des données concernant le devis comparatif de cette étude, soit le devis utilisé pour l'évaluation des résultats de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle chez les patients. Ces analyses font l'objet du quatrième article de cette thèse, mais compte tenu de la limite de l'article quant au nombre de mots, nous exposons les résultats d'une façon plus détaillée dans les paragraphes qui suivent. Dans un premier temps, nous présentons les résultats des analyses concernant la différence d'intensité de collaboration interprofessionnelle entre les quatre équipes à l'étude. À cette étape, l'unité d'analyse est le professionnel. Dans un deuxième temps, nous présentons les résultats des analyses concernant les variables de résultats chez les patients, le patient étant, cette fois-ci, l'unité d'analyse.

### **L'intensité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes**

Tout d'abord, nous présentons une description des quatre équipes à l'étude. Trois équipes, soit les équipes appartenant aux programmes des tumeurs gastro-intestinales, des tumeurs à la tête, au cou et au poumon et des mélanomes et sarcomes, oeuvrent à l'intérieur de la même unité de soins, soit une unité d'environ 37 lits de courte durée ouverte lundi au vendredi. Chacune de ces équipes est composée d'un médecin, d'un résident en médecine et d'environ sept infirmières qui couvrent les trois quarts de travail ce qui donne un ratio infirmière/patient d'environ une infirmière pour sept à huit patients. Par ailleurs, la quatrième équipe, celle du programme d'hémopathies malignes œuvre dans une unité

régulière d'environ 20 lits. Cette équipe est formée d'un médecin, d'un résident en médecine et de douze infirmières qui couvrent les trois quarts de travail et les remplacements, ce qui donne un ratio d'une infirmière pour environ six ou sept patients. Parmi les quatre équipes, on retrouve des infirmières à temps complet et à temps partiel.

Les quatre équipes à l'étude ont été identifiées par des pseudonymes d'« équipe A », « équipe B », « équipe C » et « équipe D ». Neuf professionnels de l'équipe A et neuf de l'équipe B ont participé à l'étude, soit un médecin, un résident et sept infirmières. Par ailleurs, parmi l'équipe B et de l'équipe D huit professionnels ont participé, soit un médecin, un résident et six infirmières dans l'équipe B et un médecin et sept infirmières dans l'équipe D. En ce qui a trait à l'âge et à l'expérience et selon les résultats des analyses ANOVA, les quatre équipes peuvent être considérées comme étant homogènes ( $p= 0,235$  et  $p= 0,313$ , respectivement).

Le tableau 3 indique la moyenne et l'écart type de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle.

Tableau 3. Intensité de la collaboration interprofessionnelle

Équipe	Intensité de la collaboration interprofessionnelle
A	3,46 ( $\pm 0,45$ )
B	3,02 ( $\pm 0,28$ )
C	3,46 ( $\pm 0,26$ )
D	3,04 ( $\pm 0,38$ )

Les résultats de l'analyse ANOVA en ce qui a trait à la variable d'intérêt, soit l'intensité de la collaboration interprofessionnelle, montrent l'existence de différences significatives entre les quatre équipes ( $F_{(3, 30)} = 4,295$ ;  $p = 0,013$ ). Cependant, à cause de la taille de l'échantillon, la procédure de la comparaison multiple de Tukey-Kramer est incapable de déterminer, au niveau critique 0,05, où se situe la différence entre les équipes. Ces résultats sont présentés au tableau 4.

Tableau 4. Résultats de la procédure de Tukey-Kramer

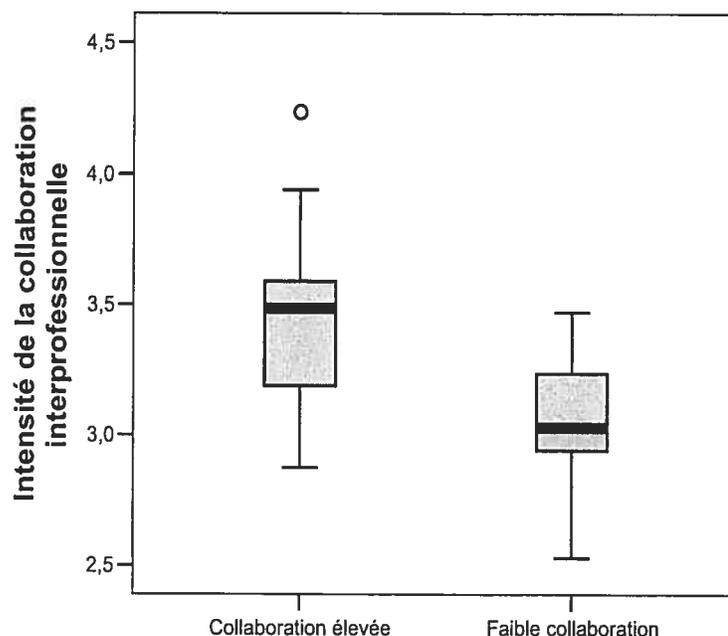
Équipes		Différence moyenne	Écart Type	p
A	B	0,444	0,164	0,053
A	C	0,001	0,159	1,000
A	D	0,417	0,178	0,112
B	C	- 0,443	0,164	0,054
B	D	- 0,026	0,182	0,999
C	D	0,416	0,178	0,114

Une analyse des équipes impliquées dans les p-values proches de 0,05 ainsi que dans les p-values proches de 1, nous oriente vers le regroupement des équipes en deux groupes, soit le groupe « collaboration élevée » formé des équipes A et C et le groupe « faible collaboration » formé des équipes B et D.

Afin de comparer ces deux groupes, un t-test a été réalisé en obtenant comme résultat une p-value de 0,001 ( $t = 3,711$ ), ce qui indique l'existence de différences significatives entre les deux groupes.

La figure 2 présente un « box-plot » qui décrit ces deux groupes.

Figure 2. « Box-plot » : « collaboration élevée» et « faible collaboration »



Les analyses de normalité et d'homogénéité de variance ont corroboré le fait que les données suivent une loi normale et que les variances des différentes équipes étaient équivalentes.

## Les résultats chez les patients

Les cas qui comportaient des données manquantes ont été éliminés, car ils représentent environ 1 % de l'ensemble des données.

### Hypothèse 1

En ce qui concerne la variable de résultat *satisfaction du patient*, le tableau 5 présente les résultats des analyses ANCOVA et ANOVA à deux facteurs où la satisfaction est entrée comme variable dépendante, l'intensité de la collaboration interprofessionnelle (« collaboration élevée » et « faible collaboration ») comme facteur et séparément, les dix caractéristiques individuelles.

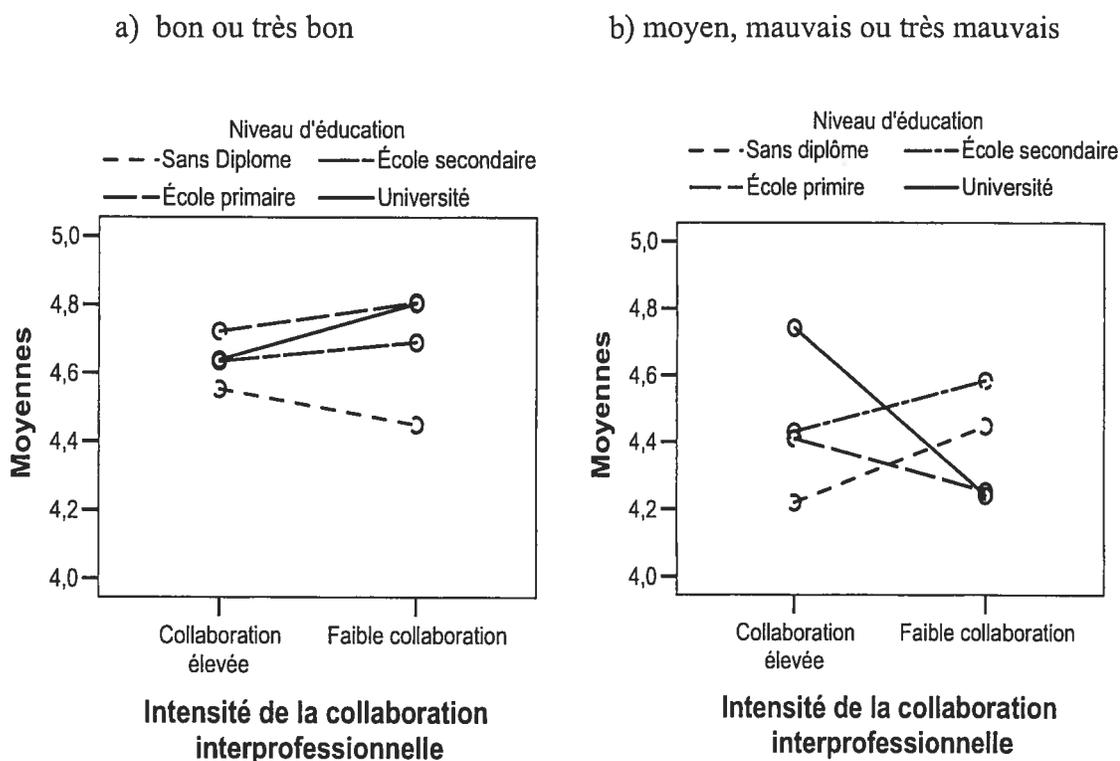
Tableau 5. ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante: Satisfaction

Caractéristiques	Effet principal		Interaction Intensité de collaboration	
	F	p	F	p
Âge	5,220	<b>0,023</b>	0,822	0,365
Sexe	3,637	0,057	0,005	0,946
Niveau d'éducation	1,434	0,233	4,543	<b>0,004</b>
Perception de l'état de santé	6,579	<b>&lt; 0,001</b>	0,916	0,401
Intensité de la douleur	1,003	0,392	1,935	0,124
Durée du séjour	1,636	0,137	0,231	0,875
Hospitalisations précédentes	0,243	0,622	0,047	0,829
Hospitalisations précédentes dans cet hôpital	2,407	0,122	0,177	0,674
Type de chambre	0,003	0,956	0,802	0,371
Type d'assurance	0,983	0,322	0,003	0,954

Tel que l'indique le tableau 8, deux caractéristiques du patient, soit l'âge ( $F_{(1, 307)} = 5,220$ ;  $p = 0,023$ ) et la perception de l'état de santé ( $F_{(4, 301)} = 6,579$ ;  $p < 0,001$ ), ont un effet principal sur la moyenne de la satisfaction des patients, alors qu'une autre caractéristique, soit le niveau d'éducation, a un effet d'interaction avec l'intensité de la collaboration interprofessionnelle ( $F_{(3, 300)} = 4,543$ ;  $p = 0,004$ ).

Ainsi, compte tenu de ces résultats, les données ont été soumises à une analyse ANCOVA à trois facteurs 2 (intensité de collaboration) x 4 (niveau d'éducation) x 2 (perception de l'état de santé). Le modèle final indique l'existence d'une interaction triple ( $F_{(3, 291)} = 4,699$ ;  $p = 0,003$ ). À cet égard, la figure 3 indique l'expression graphique de la relation existant entre le niveau d'éducation du patient (sans diplôme, école primaire, école secondaire, université) et l'intensité de collaboration pour chacun des deux niveaux du facteur perception de l'état de santé : bon ou très bon (graphique a) et moyen, mauvais ou très mauvais (graphique b).

Figure 3. Moyennes de la satisfaction des patients selon la perception de l'état de santé



Afin d'être en mesure d'interpréter l'effet de cette interaction triple, on a procédé à la décomposition de l'interaction en deux effets simples de premier ordre qui ont été testés au moyen d'une analyse ANOVA à deux facteurs 2 (intensité de collaboration) x 4 (niveau d'éducation du patient) conditionnée par la perception de l'état de santé. Dans le groupe des patients qui mentionne un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, les résultats montrent une interaction double significative ( $F_{(3, 174)} = 7,622$ ;  $p < 0,001$ ), mais dans le groupe de patients qui mentionne un état de santé bon ou très bon, cette interaction n'est pas significative ( $F_{(3, 117)} = 0,462$ ;  $p = 0,709$ ).

Ainsi, pour le groupe des patients qui rapporte un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, la moyenne de la satisfaction du groupe « collaboration élevée » a été comparée, au moyen de la procédure de Bonferroni, à la moyenne de la satisfaction du groupe « faible collaboration » et cela, pour chacun des quatre niveaux du facteur niveau d'éducation du patient. Les résultats de ces comparaisons sont présentés au tableau 6. D'après ces résultats, les différences significatives se retrouvent dans le groupe de patients détenant un diplôme universitaire. Dans ce groupe, la différence de la moyenne de satisfaction entre ceux qui sont soignés par une équipe « collaboration élevée » et ceux qui sont soignés par une équipe « faible collaboration » est de 0,501 (IC 95 % : 0,286 à 0,715).

Tableau 6. Comparaisons doubles (Bonferroni). Variable dépendante : Satisfaction

Niveau d'éducation	Différence moyenne Collaboration élevée - Faible collaboration	IC 95%		F	p
		<i>inférieur</i>	<i>supérieur</i>		
Sans diplôme	- 0,227	- 0,675	0,220	1,004	0,318
École primaire	0,156	- 0,088	0,400	1,595	0,208
École secondaire	- 0,153	- 0,341	0,036	2,556	0,112
Université	0,501	0,286	0,715	21,254	< 0,001

## Hypothèse 2

En ce qui a trait à la variable *incertitude*, les résultats des analyses ANOVA et ANCOVA pour déterminer les effets des différentes caractéristiques apparaissent au tableau 7.

Tableau 7. ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante : Incertitude

Caractéristiques	Effet principal		Interaction Intensité de collaboration	
	F	p	F	p
Âge	0,856	0,355	0,023	0,355
Niveau d'éducation	1,553	0,201	1,582	0,194
Nombre de co-morbidités	3,246	0,073	0,225	0,636
Motif de l'admission	12,418	<0,001	0,000	0,978
Stade de la maladie	1,777	0,184	1,414	0,235

Selon ces résultats, seule la variable *motif de l'admission à l'hôpital*, a un effet sur l'incertitude des patients ( $F_{(1, 302)} = 12,481$ ;  $p < 0,001$ ). Cette variable fait référence à deux motifs possibles d'hospitalisation du patient : 1) une hospitalisation pour recevoir l'un des cycles programmés de chimiothérapie ou de radiothérapie et 2) une hospitalisation pour des raisons autres que l'administration de chimiothérapie (p. ex. complications reliées à la maladie) ou une première hospitalisation.

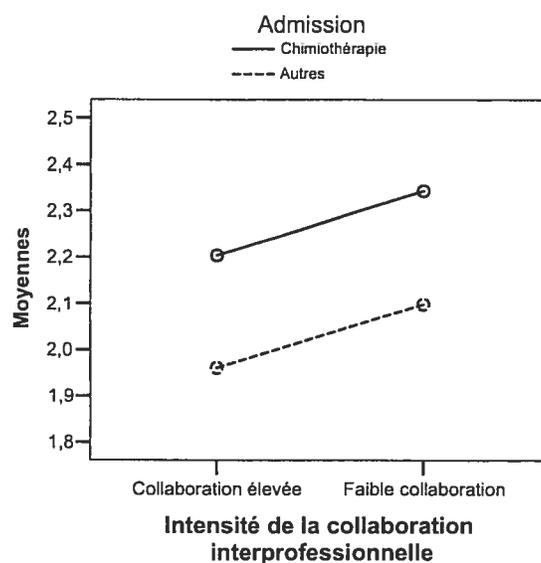
Le tableau 8 montre les résultats de l'analyse ANOVA à deux facteurs 2 (intensité de collaboration) x 2 (motif de l'admission à l'hôpital).

Tableau 8. Résultats de l'analyse ANOVA à deux facteurs : Incertitude

Effet	F	p
Intensité de la collaboration	3,985	<b>0,047</b>
Motif de l'admission	12,418	< <b>0,001</b>
Motif de l'admission * Intensité de la collaboration	0,000	0,978

La figure 4 montre la représentation graphique des résultats de cette analyse. L'inclinaison des deux droites représentant les deux motifs de l'admission à l'hôpital, indique que le facteur *intensité de la collaboration interprofessionnelle*, a un effet sur la moyenne de l'incertitude des patients. De plus, compte tenu de l'inexistence d'interaction, cet effet est indépendant du motif de l'hospitalisation du patient.

Figure 4. Moyennes de l'incertitude des patients



Ainsi, en contrôlant l'effet de la variable *motifs de l'admission à l'hôpital*, les patients qui sont soignés par les équipes ayant une bonne intensité de collaboration, présentent une moyenne d'incertitude de 0,138 points de moins (IC 95 % : 0,002 à 0,275) que ceux soignés par les équipes ayant une faible intensité de collaboration.

## Hypothèse 3

En ce qui a trait à la troisième des hypothèses à l'étude, soit l'hypothèse qui comporte l'adéquation de la gestion de la douleur comme variable dépendante, le tableau 9 indique les résultats des analyses ANOVA à deux facteurs et des analyses ANCOVA réalisées dans le but d'évaluer l'effet des six caractéristiques organisationnelles et individuelles.

Tableau 9. ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante : Adéquation de la gestion de la douleur

Caractéristiques	Effet principal		Interaction Intensité de collaboration	
	F	p	F	p
Âge	2,744	0,647	0,442	0,507
Sexe	4,641	<b>0,013</b>	3,461	0,064
Perception de l'état de santé	0,025	0,646	0,853	0,493
Nombre de co-morbidités	1,418	0,575	2,716	0,100
Stade de la maladie	2,048	0,744	0,204	0,652
Médecin spécialiste de la douleur	1,449	0,634	0,778	0,379

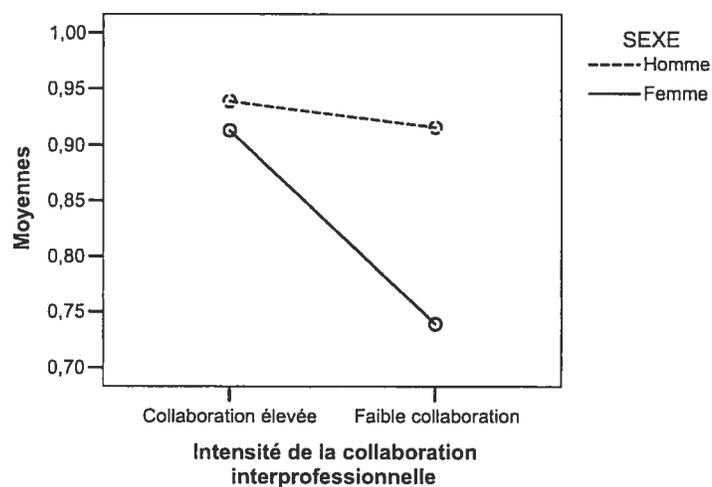
Les résultats de ces analyses indiquent que seule la variable *sexe* ( $F_{(1, 291)} = 4,641$ ;  $p = 0,013$ ) a un effet significatif sur l'adéquation de la gestion de la douleur des patients. Ainsi, nous avons tenu compte de cette seule caractéristique pour l'analyse finale de l'adéquation de la gestion de la douleur (codée 0 pour une mauvaise adéquation et 1 pour

une bonne adéquation) qui consistait en une analyse ANOVA à deux facteurs 2 (intensité de la collaboration) x 2 (sexe). Le tableau 10 présente les résultats obtenus, alors que la figure 5 correspond à la représentation graphique des résultats de cette analyse.

Tableau 10. ANOVA à deux facteurs : Adéquation de la gestion de la douleur

Effet	F	p
Intensité de la collaboration	5,912	<b>0,016</b>
Sexe	6,246	<b>0,013</b>
Sexe * Intensité de la collaboration	3,461	0,064

Figure 5. Moyennes de l'adéquation de la gestion de la douleur



Ainsi, en contrôlant l'effet de la variable *sexe*, les équipes dont l'intensité de collaboration interprofessionnelle est bonne réussissent à bien gérer la douleur de 92,6 % de

leurs patients (IC 95 % : 87,9 % à 97,3 %), alors que ce pourcentage diminue jusqu'à 82,7 % (IC 95 % : 76,3 % à 89,2 %) quand l'intensité de la collaboration interprofessionnelle des équipes est faible.

#### Hypothèse 4

Enfin, en ce qui a trait à la variable dépendante *durée du séjour*, seuls les patients classés dans le groupe du GHD 410 - traitement de chimiothérapie - ont été introduits dans les analyses, soit un nombre total de 218 sujets. Compte tenu que la variable dépendante est la durée du séjour, le fait de sélectionner les patients possédant le même GHD garantie, autant que possible, l'homogénéité des deux groupes à comparer. De plus, cinq sujets identifiés comme des « outliers » ont aussi été éliminés de l'analyse.

Le tableau 11 présente les résultats de l'analyse des caractéristiques individuelles à l'aide des analyses ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Ces résultats révèlent que, dans notre échantillon, aucune des caractéristiques individuelles n'a un effet, soit direct, soit d'interaction, sur la durée du séjour du patient à l'hôpital.

Tableau 11. ANCOVA et ANOVA à deux facteurs. Variable dépendante : Durée du séjour

Caractéristiques	Effet principal		Interaction Intensité de collaboration	
	F	p	F	p
Âge	0,367	0,545	3,445	0,065
Sexe	1,502	0,222	0,055	0,814
Nombre de co-morbidités	1,441	0,231	2,919	0,089
Intensité de la douleur	1,553	0,202	2,466	0,088
Type d'assurance	2,159	0,143	2,005	0,158

Ainsi, compte tenu de l'absence d'effets dus aux caractéristiques individuelles, l'évaluation de la différence de la durée du séjour entre le groupe « collaboration élevée » et le groupe « faible collaboration » a été réalisée au moyen d'un t-test. Tel que l'indique le tableau 12, il n'existe pas de différence significative en ce qui a trait à la moyenne de la durée du séjour entre ces deux groupes.

Tableau 12. Test-t. Variable dépendante: Durée du séjour

	Moyenne	Écart type	IC 95%		t	Sig (bilatéral)
			<i>inférieur</i>	<i>supérieur</i>		
Collaboration élevée (n=127)	1,596	0,669	1,478	1,713		
Faible collaboration (n=86)	1,484	0,612	1,352	1,615		
Différence	0,112	0,090	-0,066	0,290	1,535	0,217

Finalement il faut souligner que l'évaluation des résidus pour l'ensemble des analyses ANOVA et ANCOVA réalisées pour chaque variable de résultat ne révèle pas l'existence de sujets *aberrants* (« outliers ») et confirme dans tous les cas, la présence des variances homogènes.

*Chapitre 6. Discussion*

Ce dernier chapitre de la thèse est consacré à la discussion des résultats découlant de cette étude. Il est divisé en trois sections. Tout d'abord, la première section présente une réflexion sur les limites de l'étude. Ensuite, la deuxième section discute de la contribution de cette recherche au développement des connaissances. La troisième section est consacrée aux recommandations sur le plan de la recherche, de la pratique et de la formation.

### **Les limites de l'étude**

La validité d'une étude n'est jamais absolue, mais approximative, raison par laquelle il devient essentiel de prendre conscience des limites de chaque étude (Campbell & Stanley, 1963; Cook & Campbell, 1979; Shadish, Cook & Campbell, 2001). La principale limite de cette étude concerne la validité interne. La validité interne réfère au degré de certitude portant sur le fait que la co-variation observée entre les variables dépendantes et la variable indépendante reflète une relation causale (Shadish et al., 2001). Cette validité implique trois présupposés (Shadish et al.). Le premier présupposé est que la variable indépendante précède la variable dépendante dans le temps. Le deuxième présupposé concerne la validité de la conclusion statistique, soit 1) la capacité de détecter une relation entre les variables si elle existe (puissance de l'étude), 2) la réalisation des tests statistiques appropriés à la nature des variables et 3) le respect des postulats de base inhérents aux tests choisis. Le troisième présupposé est qu'il n'y ait pas d'autres hypothèses plausibles expliquant cette relation. Dans cette étude, la validité interne est menacée principalement

par une antécédence ambiguë de la variable indépendante, par la puissance de l'étude pour certaines variables, par le mode de sélection des participants et enfin, par le choix de l'unité d'analyse.

Tout d'abord, une antécédence temporelle ambiguë c'est la possibilité que la variable indépendante ne précède pas les variables dépendantes dans le temps (Burns & Grove, 2001). Dans cette étude, le fait de baser la collecte des données sur une observation transversale de la variable indépendante et des variables dépendantes laisse la porte ouverte à la possibilité d'une ambiguïté dans l'antécédence temporelle de la collaboration par rapport aux variables dépendantes mesurées, autant chez les professionnels que chez les patients. En effet, en ce qui a trait aux professionnels, il est possible que la satisfaction au travail et l'engagement envers l'organisation favorisent l'intérêt des professionnels à développer un travail en collaboration. Néanmoins, en ce qui concerne les variables de résultat chez les patients, la possibilité que la satisfaction, l'incertitude, la gestion de la douleur et la durée du séjour des patients précèdent la collaboration interprofessionnelle dans le temps, devient difficilement défendable d'un point de vue théorique.

Une autre limite concerne la puissance de l'étude pour détecter une relation entre la collaboration interprofessionnelle et l'engagement des professionnels envers l'organisation. En effet, compte tenu de la relation entre l'intensité de la collaboration interprofessionnelle et l'engagement organisationnel, soit  $r = 0,20$ , ainsi que de la valeur des autres paramètres de l'étude ( $p^2 = 0,20$ ;  $\alpha = 0,05$ ;  $n = 36$ ), la puissance statistique pour tester cette hypothèse

est très basse. Il aurait donc fallu augmenter la taille de l'échantillon des professionnels à l'étude, afin d'atteindre la puissance nécessaire pour tester cette hypothèse.

Par rapport également à la validité statistique de la conclusion, il faut souligner que toutes les variables de résultats ont été évaluées à l'aide d'instruments de mesure existant en langue espagnole et présentant de bonnes caractéristiques psychométriques. Le seul instrument qui n'existe pas en espagnol a été soumis à un processus rigoureux de traduction et de validation, tel que démontré dans les deux premiers articles. De plus, l'analyse de consistance interne réalisée à partir des données de l'étude, a confirmé que, dans la population à l'étude, tous ces instruments possèdent des coefficients alpha de Cronbach adéquats. Selon Brink et Wood (1998), l'utilisation de mesures dotées d'un bon degré de validité et de fidélité est l'un des éléments essentiels pour les études corrélationnelles et comparatives.

Par ailleurs, la constitution de l'échantillon des participants des quatre groupes à l'étude n'a pas été faite selon une assignation randomisée, ni pour les professionnels, ni pour les patients. Il faut souligner, à cet égard, que la nature de ce type d'études comportant différentes équipes de soins, limite beaucoup la faisabilité de la randomisation des participants et la présente étude n'a pas échappé à cette difficulté. En effet, compte tenu du fait qu'il s'agit d'une expérimentation invoquée (*natural experiment*), l'échantillon des professionnels dans les quatre équipes a été composé de professionnels qui font naturellement partie de ces équipes. Dans cette même veine, les patients constituant les

échantillons ont été *auto-sélectionnés*, en ce sens qu'ils ont fait partie des différents échantillons parce qu'ils ont des diagnostics médicaux différents. Ainsi, les quatre groupes de professionnels et de patients participant à l'étude sont, par définition, non équivalents. Comme conséquence de ce manque d'équivalence, il se peut que certains des résultats obtenus soient influencés par des variables non contrôlées. Dans le but de réduire cette menace à la validité de l'étude, la démarche suivie a prévu le contrôle de nombreuses variables susceptibles d'influencer les résultats chez les professionnels et chez les patients.

Cependant, en ce qui a trait à la partie de l'étude concernant les résultats chez les patients, le fait d'établir l'unité d'analyse au niveau du patient, a limité le contrôle des variables confondantes au niveau de l'équipe. Ces variables concernent principalement le type de maladie des patients traités par chaque équipe (p. ex. tumeurs gastro-intestinales, tumeurs au poumon, mélanomes, hémopathies malignes) et d'autres caractéristiques de la structure et du contexte de chaque équipe de soins à l'étude. En ce qui a trait aux caractéristiques structurelles et contextuelles, il faut souligner que les quatre équipes oeuvrent à l'intérieur d'une même organisation et dans des conditions semblables, tel que le montrent les caractéristiques descriptives des équipes exposées dans le chapitre consacré à la méthode.

Finalement, la dernière réflexion s'adresse aux limites concernant la validité externe de l'étude. La validité externe réfère à la possibilité de généralisation des résultats à des personnes différentes, dans des lieux différents et en employant des mesures de résultats

différentes (Shadish et al., 2001). Bien que cette étude offre des indications quant aux bénéfices d'un travail en collaboration dans le contexte des patients atteints de cancer et hospitalisés, ces bénéfices peuvent ne pas se limiter à ce contexte des soins en oncologie et hématologie. Il est possible que la coordination et le partage de la prise des décisions caractérisant les équipes qui travaillent en collaboration interprofessionnelle, puissent être également importants pour la satisfaction, l'incertitude et la gestion de la douleur chez d'autres types de patients (p. ex. des patients hospitalisés pour subir une chirurgie) et dans d'autres types d'organisations (p. ex. cliniques externes). Dans le but de favoriser un jugement quant à la validité externe de l'étude pour chaque cas particulier, une description du lieu où l'étude a été menée et des caractéristiques des sujets participants, ont été apportées (McLaughlin & Marascuilo, 1990).

### **La contribution au développement des connaissances**

La discussion sur la contribution de cette étude au développement des connaissances s'articule autour de trois éléments. Dans un premier temps, la contribution sur le plan méthodologique sera abordée. Deuxièmement, les résultats obtenus auprès des professionnels de la santé sont discutés. Finalement, la discussion portera sur les résultats obtenus auprès des patients.

### Une contribution d'aspect méthodologique

L'une des contributions de la présente étude concerne le champ méthodologique de la recherche sur la collaboration interprofessionnelle. En effet, la réalisation de cette étude requérait, tout d'abord, un instrument de mesure de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé. À notre connaissance, aucun instrument mesurant le niveau de collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé n'existe en langue espagnole, soit la langue des sujets participants à l'étude. Ainsi, l'une des étapes préalables à la collecte des données a consisté à traduire en espagnol le questionnaire *Intensité de la collaboration interprofessionnelle* (Sicotte et al., 2002) et à évaluer ses caractéristiques psychométriques. De plus, dans le but de déterminer la validité convergente de cet instrument, le questionnaire *Collaboration and Satisfaction About Care Decisions* (Baggs, 1994) a été également traduit en espagnol et validé par la suite.

La contribution méthodologique de cette recherche est donc l'obtention de deux instruments valides pour mesurer la collaboration en santé, dans un contexte espagnol. Un instrument, celui de Sicotte et al. (2002) mesure l'intensité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé et l'autre instrument, celui de Baggs (1994), mesure le niveau de collaboration médecin-infirmière. Cette contribution est essentielle pour le développement de la recherche au sujet de la collaboration interprofessionnelle en santé, dans des contextes autres que le contexte nord-américain ou le contexte anglophone.

## Une contribution à la compréhension des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels

Cette étude a contribué aussi à l'avancement dans la compréhension de la relation existant entre l'intensité de la collaboration interprofessionnelle développée dans les équipes de santé et la satisfaction et l'engagement des professionnels membres de ces équipes. Tout d'abord, l'étude a corroboré l'hypothèse de l'existence d'un effet positif de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle développée dans les équipes, sur la satisfaction au travail des professionnels. À cet égard, l'étude a démontré que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle est la principale variable prédictive de la satisfaction des professionnels. C'est probablement à cause des éléments d'interaction caractérisant le processus de collaboration au sein de l'équipe que les professionnels trouvent leur travail plus attirant et donc, qu'ils sont plus satisfaits. En effet, les études ont identifié certains facteurs d'interaction interpersonnelle, tels que le type de relation et le type de communication établies avec les autres professionnels et avec les gestionnaires, comme étant fortement reliés à la satisfaction au travail des professionnels de la santé (Blegen, 1993; Kendall Sengin, 2003; Lu et al., 2005). Ces éléments d'interaction sont à la base du développement de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997; D'Amour et al., 1999) et c'est probablement pour cette raison que la collaboration interprofessionnelle exerce une influence positive sur la satisfaction au travail des professionnels de la santé.

Cependant, l'hypothèse concernant l'existence d'un effet positif de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle sur l'engagement des professionnels envers l'organisation, n'a pas été confirmée. Cette absence de confirmation peut être due à une faible puissance statistique dans l'analyse des données concernant cette variable. D'après nous, on ne peut pas écarter complètement l'existence d'un effet positif de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle sur l'engagement organisationnel, car les études montrent que cet engagement organisationnel est influencé par les expériences et les particularités du travail (Mathieu & Zajac, 1990; Meyer et al., 2002; Mowday et al., 1982), parmi lesquelles on peut situer la collaboration (Welch & La Van, 1981). En effet, certains éléments inhérents au processus de collaboration, tels que la participation à la prise des décisions, l'interaction et la participation sociale, le niveau d'interdépendance de la tâche à accomplir et la fréquence de rétroaction, ont été reliés à l'engagement organisationnel (Mowday et al.; Pfefferkorn & Haddock, 1988; Steers, 1977; Welch & La Van).

Cependant, il se peut aussi qu'un phénomène d'ordre local comme celui de la collaboration interprofessionnelle, influence davantage un type d'engagement moins général que l'engagement organisationnel, comme l'est l'engagement envers l'équipe. L'engagement envers l'équipe suppose une croyance et une acceptation des buts et des valeurs de l'équipe, ainsi qu'un désir de maintenir l'adhésion à l'équipe (Bishop, Scott & Burroughs, 2000). Ce type d'engagement est davantage relié aux variables au niveau de l'équipe (Bishop et al.; Zaccaro & Dobbins, 2002; Ricketta & Van Dick, 2005), soit des

variables plus proches de la collaboration. Le phénomène de l'engagement envers l'équipe peut jouer un rôle important dans la relation entre la collaboration interprofessionnelle et l'engagement organisationnel, de telle sorte que nous proposons de nouvelles hypothèses concernant cette variable, afin qu'elles puissent être l'objet d'études ultérieures.

#### Une contribution à la compréhension des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les patients

Une autre des contributions apportées par cette recherche fut l'avancement dans la compréhension des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les patients hospitalisés. À ce sujet, l'étude a confirmé que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle développée dans les équipes des soins en oncologie et hématologie a un effet sur les résultats chez les patients, en termes de satisfaction, d'incertitude et d'adéquation de la gestion de la douleur, mais qu'elle n'a pas d'effet sur la durée du séjour des patients à l'hôpital.

Ces résultats sont particulièrement importants, compte tenu du fait qu'ils ont été produits par une faible différence d'intensité de collaboration entre les équipes. C'est-à-dire que de petites différences d'intensité de collaboration ont déjà une répercussion concrète sur les résultats observés chez les patients.

Tout d'abord, l'étude a corroboré l'hypothèse de l'existence d'un effet positif de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle développée dans les équipes sur

l'adéquation de la gestion de la douleur des patients. La différence identifiée quant à l'adéquation de la gestion de la douleur entre les deux groupes à l'étude suppose un résultat majeur issu de cette recherche et cela pour plusieurs raisons. Premièrement, à l'heure actuelle, la gestion de la douleur des patients est devenu l'un des éléments essentiels à la qualité des soins dans les hôpitaux (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000). Deuxièmement, la prise en charge effective de la douleur des patients atteints de cancer est appelée à être un objectif prioritaire des programmes de contrôle du cancer (WHO, 2002). Troisièmement, la différence identifiée quant à la proportion de patients bénéficiant d'une adéquate gestion de la douleur, soit 10 % de patients, possède une signification clinique importante, compte tenu de l'importance du contrôle de ce symptôme pour la qualité de vie des patients atteints de cancer (Portenoy & Lesage, 1999).

La coordination existant entre les professionnels des équipes qui travaillent en collaboration et la prise des décisions partagée au sein que de ces équipes, font en sorte qu'il puisse y avoir une différence au niveau de l'adéquation de la gestion de la douleur des patients. D'un côté, la coordination des professionnels - notamment la coordination entre le médecin (ou le résident) et l'infirmière - est essentielle pour réussir à bien gérer la douleur des patients hospitalisés. En effet, dans le contexte hospitalier, la coordination se traduit par une maximisation des efforts des professionnels et par une minimisation des ruptures temporelles, spatiales et relationnelles (Georgopoulos & Mann, 1962) qui favorisent, dans ce cas-ci, une gestion rapide et adéquate de la douleur des patients. D'un autre côté, le

partage entre les professionnels, de la prise des décisions concernant la gestion de la douleur des patients, rend possible une gestion de la douleur holistique et basée sur le point de vue et l'expertise des différents professionnels membres de l'équipe, caractéristique indispensable pour une gestion de la douleur adéquate (Haigh, 2001; Main & Spanswick, 2000; Miaskowski, 2004).

Les résultats de cette recherche ont également confirmé que la satisfaction d'un groupe spécifique de patients – soit les patients ayant un niveau académique supérieur et qui perçoivent leur état de santé comme étant moyen, mauvais ou très mauvais - est plus grande dans les équipes qui développent une intensité de collaboration plus élevée que dans les équipes qui développent une intensité de collaboration plus faible. Au point de vue de la signification pratique, la différence notée entre le niveau de satisfaction de ce groupe de patients et le reste des patients peut être considérée comme importante, compte tenu du fait que la satisfaction des patients est un résultat caractérisé par des scores très élevés et peu variables (Maciejewski et al., 1997).

Le groupe de patients en mauvaise santé et ayant un niveau académique supérieur possède probablement des valeurs, des perceptions et des attentes spécifiques qui font en sorte que la collaboration développée par les professionnels est déterminante quand il s'agit d'évaluer les soins et les services reçus à l'hôpital. En effet, comparativement aux patients jouissant d'une bonne santé, les patients en mauvaise santé estiment plus souvent que l'information reçue de la part des professionnels est insuffisante (Patrick, Scrivens &

Charlton, 1983). Compte tenu de la capacité des professionnels qui travaillent en collaboration de s'orienter vers les besoins individuels de chaque patient (Cook et al., 2001; D'Amour & Oandasan, 2005), on espère que les besoins d'information de chaque patient seront mieux comblés par les équipes qui travaillent en collaboration interprofessionnelle. De plus, parmi ces patients, ceux qui sont les plus éduqués ont probablement des attentes plus grandes face aux soins de santé (Hall & Doran, 1990) et leur niveau de connaissances leur permet l'application de critères d'évaluation de soins plus rigoureux (Da Costa et al., 1999). Ainsi, il est probable que les attentes de ce type de patients face aux soins reçus tiennent compte de la valeur ajoutée qu'apporte une équipe travaillant en collaboration interprofessionnelle et que ces patients aient la capacité de l'évaluer.

La capacité des professionnels qui travaillent en collaboration de s'orienter vers les besoins individuels d'information et d'éducation de chaque patient semble jouer aussi un rôle essentiel dans la diminution de l'incertitude des patients. En effet, cette étude a révélé que les patients traités par les équipes ayant une intensité de collaboration interprofessionnelle plus élevée expérimentent moins d'incertitude que les patients traités par les équipes ayant une faible intensité de collaboration. Selon la *Mishel's Uncertainty in illness theory* (Mishel, 1988; 1990) le niveau d'incertitude expérimenté par un patient est influencé par la forme, par la composition et par la structure de l'information qu'il reçoit. À cet égard, les études ont constaté que les professionnels de la santé deviennent la principale source d'informations et d'enseignement des patients atteints de cancer (Neville, 2003;

Rutten et al., 2005). Les professionnels des équipes qui travaillent en collaboration sont davantage centrés sur les besoins du patient (Cook et al., 2001; Golin & Ducanis, 1981) et les différentes activités cliniques, dont l'évaluation des besoins du patient au niveau de l'information et de l'éducation, sont partagées entre tous les professionnels membres de l'équipe, ce qui donne une vision plus holistique et donc plus complète du problème (Baggs & Smith, 1988; Golin & Ducanis, 1981; Ivey, Brown, Teste & Silverman, 1987; Stichler, 1995).

Par ailleurs, la coordination et la communication caractérisant les équipes qui travaillent en collaboration, évite que les patients reçoivent de la part des professionnels, des informations qui changent souvent ou qui ne sont pas en accord avec les informations reçues auparavant. Une information consistante et cohérente de la part de tous les professionnels diminue l'incertitude que vit le patient (Mishel, 1988, 1997b).

Finalement, les résultats de l'étude indiquent qu'il n'y a pas de différence entre la durée du séjour à l'hôpital des patients qui sont soignés par les équipes ayant une intensité de collaboration élevée et celle des patients qui sont soignés par les équipes ayant une intensité faible de collaboration. À cette étape-ci de l'analyse des données, l'échantillon a été constitué uniquement de patients hospitalisés pour recevoir un traitement de chimiothérapie. Il faut probablement que la différence d'intensité de collaboration interprofessionnelle soit plus grande pour pouvoir détecter un changement significatif au

niveau de la durée du séjour des hospitalisations très courtes et très systématiques, comme le sont les hospitalisations pour recevoir un traitement de chimiothérapie.

### **Les recommandations**

À partir des connaissances issues de cette étude, plusieurs recommandations peuvent être adressées, autant aux chercheurs qu'aux cliniciens, aux gestionnaires et aux formateurs dans le domaine des soins de santé.

#### Recommandations sur le plan de la recherche

Tout d'abord, les leçons tirées du développement de la présente recherche nous permettent de formuler quelques recommandations pour la réalisation de futures études au sujet des effets de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé.

Il nous semble important de mener des études comparatives comportant une différence d'intensité de collaboration plus grande que celle utilisée dans cette étude. Un écart plus grand d'intensité de collaboration interprofessionnelle peut rendre plus facile la recherche de résultats significatifs, soit sur les mêmes variables que celles utilisées dans cette étude, soit sur d'autres variables de résultats. Pour atteindre des résultats significatifs il nous semble également important de bien sélectionner ces variables de résultats, toujours à partir de critères théoriques solides. À cet égard et en ce qui a trait aux résultats chez les professionnels, nous avons proposé plus haut l'étude de la relation entre l'intensité de la

collaboration interprofessionnelle et l'engagement des professionnels envers l'équipe. Par ailleurs, les variables reliées à la sécurité des patients (p. ex. erreurs de médication, chutes, *failure to rescue*, etc.) peuvent constituer une voie intéressante d'exploration en ce qui a trait aux résultats de la collaboration interprofessionnelle chez les patients hospitalisés. En effet, à l'heure actuelle, les équipes de santé deviennent de plus en plus un élément indispensable au niveau de la prestation de soins de santé sécuritaires (Firth-Cozens, 2001) et la complexité et la fragmentation des soins sont considérées comme les principaux obstacles nuisant à cette sécurité (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Leape et al., 1991).

L'idée d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle sur des variables reliées à la sécurité des patients, nous conduit à une réflexion quant à l'ampleur de ce type d'études. Il est évident que l'utilisation des variables de résultats de basse fréquence d'apparition comme celles-ci, rend nécessaire la planification d'une taille d'échantillon élevée. De plus, dans le but d'assurer une variabilité d'intensités de collaboration interprofessionnelle, ainsi que le contrôle de l'influence des variables organisationnelles sur les résultats, il est également important de réaliser des études avec un plus grand nombre d'équipes de soins et si possible, appartenant à plusieurs organisations de santé. Nous encourageons donc les chercheurs dans ce domaine à faire le plus d'efforts possibles en vue d'obtenir les ressources nécessaires à la réalisation d'études de plus grande envergure. Dans ce but, le soutien des organismes subventionnaires à ce type de projets de recherche devient primordial.

Finalement, nous apportons une dernière recommandation, soit celle d'introduire dans des recherches d'évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle, un volet qualitatif. L'utilisation d'une approche mixte – quantitative et qualitative – peut aider à comprendre, non seulement quels sont les effets de la collaboration interprofessionnelle, mais aussi quels sont les mécanismes à travers lesquels la collaboration agit (El Ansari et al., 2001; Freeth et al., 2002; Zwarenstein & Bryant, 2000; Zwarenstein et al., 2005).

#### Recommandations adressées aux cliniciens et aux gestionnaires

La conclusion la plus importante que l'on peut tirer de cette étude pour la pratique clinique, c'est qu'une petite différence d'intensité de collaboration interprofessionnelle dans les équipes des soins suffit à produire des bénéfices importants pour les patients. Ces bénéfices pour les patients ne supposent pas uniquement une augmentation de la satisfaction, une diminution de l'incertitude et un meilleur contrôle de la douleur. En effet, les écrits ont démontré que les patients plus satisfaits sont plus fidèles au traitement et plus efficaces lorsqu'il s'agit de solutionner leurs problèmes de santé (Morin, 1999; Pascoe, 1983) et, lorsqu'ils vivent moins d'incertitude, leur niveau de stress est plus faible et leur qualité de vie meilleure (Mishel, 1984; 1997a). L'on sait également qu'une meilleure gestion de la douleur des patients peut amener une réduction de l'anxiété, de la dépression, de la fatigue et du nombre de ré-hospitalisations, entre autres (Ferrel, 1995; Grant, Ferrell, Rivera & Lee, 1995).

Le fait que les patients puissent bénéficier d'une petite augmentation de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle nous amène à formuler une recommandation claire pour la pratique, soit l'importance de la mise en place d'initiatives centrées sur l'amélioration de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle développée dans les équipes de soins. Pour que la collaboration soit réelle, il ne s'agit pas uniquement de mettre en place de grands changements au niveau de la structure, mais de développer des interventions plus locales qui donnent à l'équipe les outils nécessaires à l'amélioration de l'intensité de la collaboration. La mise en place des ateliers de formation en habiletés de collaboration (communication, résolution de problème, résolution des conflits, etc.) et des mécanismes pour améliorer la communication et la coordination (rencontres et rondes interprofessionnelles, protocoles, outils de collecte des données, etc.), sont quelques exemples d'interventions d'amélioration de l'intensité de collaboration dans les équipes de santé (Oandasan et al., 2006; O'Brien-Pallas, Hiroz, Cook, & Mildon, 2005).

À ce sujet, certains éléments caractérisant ces interventions ont été identifiés comme étant essentiels à l'amélioration de la collaboration dans les équipes interprofessionnelles en santé (Oandasan et al., 2006). Tout d'abord, il devient indispensable d'impliquer dans la même mesure l'organisation, l'équipe et les individus. En effet, ces initiatives interpellent les efforts des professionnels de la santé qui font partie des équipes, mais aussi ceux des leaders et des gestionnaires qui donnent leur appui aux équipes. Ensuite, la programmation d'activités de suivi et de maintien de l'intervention dans le temps devient aussi essentielle

pour le succès de l'intervention à long terme. Finalement, il s'avère également important de faire participer la clientèle au développement des interventions, afin que les équipes soient vraiment centrées sur le patient.

Par ailleurs, l'étude a aussi démontré l'importance de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle sur la satisfaction au travail des professionnels. Les gestionnaires peuvent ainsi mieux comprendre les variables reliées à la satisfaction au travail des professionnels de la santé, satisfaction que les écrits ont rattachée à la performance des professionnels, à leur niveau de bien-être psychologique et aux taux d'absentéisme et de roulement (Faragher, Cass & Cooper, 2005; Irvine & Evans, 1995; Locke, 1976; Muchinsky, 1993; Spector, 1997). La mise en place des initiatives centrées sur l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle peut donc avoir des répercussions au niveau de la rétention des professionnels dans les organisations de santé. Il faut souligner à cet égard, que le taux de roulement est spécialement élevé chez les infirmières (International Council of Nurses, 2002 ; 2003) et de plus, que des contextes particuliers comme celui des soins en oncologie, semblent être plus vulnérables à ce type de phénomènes (Ponte et al., 2005). Les gestionnaires en administration des services infirmiers doivent donc savoir que la mise en place de contextes de travail caractérisés par des niveaux élevés de collaboration interprofessionnelle peut avoir des répercussions positives sur le recrutement et sur la rétention des infirmières.

### Recommandations adressées aux formateurs

L'évidence du fait que la collaboration interprofessionnelle a des effets positifs chez les professionnels et chez les patients, constitue également une raison importante pour le développement des projets de formation interprofessionnelle. Les formateurs ont un rôle fondamental au niveau du développement, chez les futurs professionnels de la santé, des compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle. À cet égard, il faut pouvoir compter sur des programmes de formation qui s'appuient sur l'acquisition de compétences favorisant le travail en collaboration interprofessionnelle, telles que la connaissance des rôles des autres professionnels, l'attitude de respect et de confiance envers les professionnels membres de l'équipe et les habilités de communication et d'écoute (D'Amour & Oandasan, 2005). De même que pour la pratique, il devient essentiel de compter sur un environnement qui soutient ce type d'initiatives et donc d'avoir les ressources nécessaires et des leaders impliqués activement (D'Amour & Oandasan).

*Conclusion*

Au cours des dernières années, les efforts humains et économiques déployés dans le but de mettre en place la collaboration interprofessionnelle dans les organisations de santé ont été considérables et cela, malgré le fait que les effets de la collaboration n'ont pas encore été mis clairement en évidence. La présente étude a voulu contribuer à la recherche des résultats de la collaboration interprofessionnelle chez les patients hospitalisés ainsi que chez les professionnels faisant partie des équipes de soins. Cette recherche s'est centrée sur la satisfaction au travail et sur l'engagement des professionnels qui font partie des équipes de soins, ainsi que sur la satisfaction, l'incertitude, l'adéquation de la gestion de la douleur et la durée du séjour des patients soignés par ces équipes.

En ce qui concerne les effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels, l'étude a montré que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle est la principale variable prédictive de la satisfaction des professionnels au travail. L'influence de l'intensité de la collaboration sur la satisfaction des professionnels peut être expliquée par les éléments d'interaction interpersonnelle caractérisant le processus de collaboration, soit des éléments qui rendent le travail des professionnels plus attirant. Cependant, selon les résultats de l'étude, l'engagement des professionnels envers l'organisation n'est pas expliqué par l'intensité de la de la collaboration interprofessionnelle. Ce résultat est probablement dû à une faible puissance statistique.

Par ailleurs, en ce qui concerne les résultats chez les patients, l'étude a confirmé que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle développée dans les équipes des soins, a un effet sur la satisfaction des patients, l'incertitude et l'adéquation de la gestion de la douleur, mais qu'elle n'a pas un effet sur la durée du séjour des patients à l'hôpital. C'est probablement le niveau de coordination entre les professionnels et le niveau de partage des activités cliniques caractérisant les équipes qui travaillent en collaboration qui peuvent expliquer les résultats obtenus. De plus, la différence de collaboration interprofessionnelle trouvée entre les équipes à l'étude indique qu'il suffit d'une petite différence d'intensité de collaboration pour qu'il y ait une répercussion réelle sur les résultats chez les patients.

Compte tenu de l'importance accordée de nos jours à la collaboration entre les professionnels de la santé, il nous semble opportun de continuer des recherches portant sur l'évidence des effets du développement d'un travail en collaboration dans le contexte des organisations de santé. Pour faciliter la réalisation de ce type d'études dans des contextes hispanophones, la présente étude a apporté deux instruments en espagnol de mesure de la collaboration dans les équipes de santé.

*Références*

- Adadevoh, E. (2003). *The relationship between transformational and transactional leadership behaviors of nursing managers and job satisfaction and organizational commitment among hospital nursing staff*. Thèse de doctorat. Nova Southeastern University, Florida.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 536-543.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (1994). *HCUP—Healthcare Cost and Utilization Project*. Document récupéré en octobre 2004 de <http://www.ahrq.gov/data/hcup/94drga.htm>
- Agho, A. O. (1993). The moderating effects of dispositional affectivity on relationships between job characteristics and nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 16, 451-458.
- Allen, N., & Meyer. P. (1996) Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of vocational behavior*, 49, 252-276.
- Alpert, H. B., Goldman, L. D., Kilroy, C. M., & Pike, A. W. (1992). 7 gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *Nursing Clinics of North America*, 27, 47-59.
- American Psychosocial Oncology Society. (2003). *Standards of care for the management of distress in patients with cancer*. Document récupéré en octobre 2004 de <http://www.apos-society.org>
- Anderson, K. O., Mendoza, T. R., Valero, V., Richman, S. P., Russell, C., Hurley, J., et al. (2000). Minority cancer patients and their providers. Pain management attitudes and practice. *Cancer*, 88, 1929-1938.
- Appelbaum, E., & Batt, R. (1994). *The new American workplace. Transforming systems in the United States*. New York: ILR Press.

- Aranaz, J., & Mira, J. (1988). Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*, 52, 63-66.
- Argote, L. (1982). Input uncertainty and organizational coordination in hospital emergency units. *Administrative Science Quarterly*, 27, 420-434.
- Argyle, M. (1991). *Cooperation*. London: Routledge.
- Association of Oncology Social Work. (2001). *Standards of practice in oncology social work*. Document récupéré en octobre 2004, de <http://www.aosw.org/>
- Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 145-149.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Rinehart and Winston.
- Berger, J., Cohen, B. P., & Zelditch, M. (1972). Status characteristics and social interaction. *American Sociological Review*, 37, 241-255.
- Bishop, J. W., Scott, K. D., & Burroughs, S. M. (2000). Support, commitment, and employee outcomes in a team environment. *Journal of Management*, 26, 1113-1132.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.

- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42, 36-41.
- Bloom, J. R. (1979). Team care: Solution for hospital oncology units? *Health Care Management Review*. 4(4), 23-30.
- Blumberg, H. H. (1994). Cooperation, competition and conflict resolution. Dans A. P. Hare, H. H. Blumberg, M. F. Davies, & M. V. Kent (Éds), *Small group research. A handbook* (pp. 213-236). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Borrill, C. S., Carletta, J., Carter, A. J., Dawson, J. F., Garrod, S., Rees, A., Richards, A., et al. (2001). *The effectiveness of health care teams in the*. London: National Health Service.
- Brief, A. P., & Aldag, R. (1980). Antecedents of organisational commitment among hospital nurses. *Sociology of Work and occupations*, 7, 210-221.
- Brill, N. I. (1976). *Team-work: Working together in the human services*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research* (2<sup>ème</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Brown, M. L., Hodgson, T. A., & Rice, D. P. (1996). Economic impact of cancer in the United States. Dans D. Schottenfeld, & J. F. Fraumeni (Éds), *Cancer Epidemiology and Prevention* (2<sup>ème</sup> éd., pp. 255-266). New York: Oxford University Press.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization* (4<sup>ème</sup> éd.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston : H. Mifflin.

- Canadian Association of Psychosocial Oncology-Association Canadienne d'Oncologie Psychosociale. (1999). *National psychosocial oncology standards for Canada*. Document récupéré en octobre 2004 de <http://www.capo.ca/>
- Clarke, A., & Rosen, R. (2001). Length of stay. How short should hospital care be? *European Journal of Public Health, 11*, 166-170.
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Baez, L., Loehrer, P., & Pandya, K. J. (1997). Pain and treatment of pain in minority patients with cancer: The Eastern cooperative oncology group minority outpatient pain study. *Annals of Internal Medicine, 127*, 813-816.
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., Edmonson, J. H., Blum, R. H., Stewart, J. A., et al. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England Journal of Medicine, 330*, 592-596.
- Cobb, A. T. (1984). An episodic model of power: Toward an integration of theory and research. *Academy of Management Review, 9*, 482-493.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine, 42*, 1085-1093.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2<sup>ème</sup> éd.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, M. Z., Musgrave, C. F., McGuire, D. B., Strumpf, N. E., Munsell, M. F., Mendoza, T., et al. (2005). The cancer pain experience of Israeli adult 65 years and older: The influence of pain interference, symptom severity, and knowledge and attitudes on pain and pain control. *Support Care Cancer, 13*, 708-714.
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management, 23*, 239-290.

- Collins, P. (1990). The oncology team coordinator in a general hospital. *Nursing Management, 21*(2), 17-18.
- Coluccio, M., & Maguire, P. (1983). Collaborative practice: Becoming a reality through primary nursing. *Nursing Administration Quarterly, 7*, 59-63.
- Cook, G., Gerrish, K., & Clarke, C. (2001). Decision-making in teams: Issues arising from two UK evaluations. *Journal of Interprofessional Care, 15*, 141-151.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation. Designs & analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Da Costa, D., Clarke, A. E., Dobkin, P. L., Senecal, J. L., Fortin, P. L., Danoff, D. S., et al., (1999). The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care, 11*, 201-207.
- Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Behavioral Science, 2*, 201-215.
- Dailey, R. C. (1977). The effects of cohesiveness and collaboration on work groups: A theoretical model. *Group & Organization Studies, 2*, 461-469.
- 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. (2002). La collaboration professionnelle: un choix obligé. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (Éds), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional education and interprofessional practice: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (supp 1), 8-20.
- 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'Aunno, T. (1996). Business as Usual? Changes in health care's workforce and organisation of work. *Hospital & Health Services Administration*, 41, 3-18.
- Davis, J. H. (1969). *Group performance*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- De Frutos, B. (1997). *El constructor del compromiso con la organización como predictor del abandono: Un modelo causal*. Thèse de doctorat. Universidad Autónoma de Madrid.
- De Frutos, B. (1998). Análisis factorial confirmatorio de las dimensiones del compromiso con la organización. *Psicológica*, 19, 345-366.
- Deutsch, M. (1949). An experimental study of the effects of co-operation and competition upon group process. *Human Relations*, 2, 199-231.
- Deutsch, M. (1982). Interdependence and psychological orientation. Dans V. J. Derlega, & J. Grzelak (Éds), *Cooperation and helping behaviour* (pp. 15-42). New York: Academic Press.
- De Wit, R., Van Dam, F., Loonstra, S., Zandbelt, L., Van Buurner, A., Van der Heijden, K. et al. (2001). The Amsterdam Pain Management Index compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain. *Pain*, 91, 339-349.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method* (2<sup>ème</sup> éd.). New York: Wiley.

- Di Maio, M., Gridelli, C., Gallo, C., Manzione, L., Brancaccio, L., Barbera, S., et al. (2004). Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *British Journal of Cancer*, *90*, 2288-2296.
- Di Maggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, *48*, 147-160.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, *44*, 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, *260*, 1743-1748.
- Dougherty, M. B., & Larson, E. (2005). A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration*, *35*, 244-53.
- Droler, M. (1999). *Le coaching d'une équipe de travail*. Montréal: Les Éditions Transcontinental Inc.
- Drotar, D. (2002). Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millennium: Perspectives and challenges. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *23*, 175-180.
- Ducanis, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team. A handbook*. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Duck, S. (1977). Tell me where is fancy bred: Some thoughts on the study of interpersonal attraction. Dans S. Duck (Éd), *Theory and practice in interpersonal attraction* (pp. 1-22). London: Academic Press Inc.
- Dumas, B., & Séguier, M. (1999). *Construire des actions collectives. Développer les solidarités* (2<sup>ème</sup> éd.). Lyon: Chronique Sociale.

- El Ansari, W., Phillips, C. J., & Hammick, M. (2001). Collaboration and partnership: Developing the evidence base. *Health and Social Care in the Community, 9*, 215-227.
- Emerson, R. M. (1962). Power-dependence relations. *American Sociological Review, 27*, 31-41.
- Evans, J. A. (1994). The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. *Holistic Nursing Practice, 8*(3), 22-31.
- Fagin, C. (1992). Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Nursing and Health Care, 13*, 354-363.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational Environmental Medicine, 62*, 105-112.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D. M. (2001). *GLOBOCAN 2000. Cancer incidence mortality and prevalence worldwide*. Lyon: IARC Press.
- Ferrell, B. (1995). The impact of pain on quality of life. A decade of research. *Nursing Clinics of North America, 30*, 609-624.
- Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: The role of teamwork. *Quality in Health Care, 10* (suppl II), ii26-ii31.
- Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2002). *A critical reviews of evaluations of education*. London: LTSN.
- Fried, B. J., Leatt, P., Deber, R., & Wilson, E. (1988). Multidisciplinary teams in health care: Lessons from oncology and renal teams. *Healthcare Management Forum, 1*(4), 28-34.

- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Seuil.
- Froelich, S. D. (1995). *The impact of transformational leadership behaviors on nurses' job satisfaction, and organizational commitment*. Thèse de doctorat. Michigan: Madonna University.
- Georgopoulos, B. S. (1972). *Organization research on health institutions*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Georgopoulos, B. S. (1975). *Hospital organization research*. Philadelphia: WB Saunders.
- Georgopoulos, B. S. (1986). *Organizational structure, problem solving and effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Georgopoulos, B. S., & Mann, F. C. (1962). *The community general hospital*. New York: The Macmillan Company.
- Gittel, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., et al. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: A nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38, 807-819.
- Goetschy, J. (1981). Les théories du pouvoir. *Sociologie du Travail*, 23, 447-467.
- Golin, A. K., & Ducanis, A. J. (1981). *The interdisciplinary team. A handbook for the education of exceptional children*. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Grant, M., Ferrell, B., Rivera, L. M., & Lee, J. (1995). Unscheduled readmissions for uncontrolled symptoms. A health care challenge for nurses. *Nursing Clinics of North America*, 30, 673-682.

- Guzzo, R. A. (1982). The study of group decision making: Approaches and applications. Dans R. A. Guzzo (Éd), *Improving group decisions making in organizations* (pp. 1-12). New York: Academic Press.
- Guzzo, R. A. (1986). Group decision making and group effectiveness in organizations. Dans P. S. Goodman (Éd), *Designing effective work groups* (pp. 34-71). San Francisco: Jossey-Bass.
- Guzzo, R. A. (1996). Fundamental consideration about work groups. Dans M. A. West (Éd), *Handbook of work group psychology* (pp. 3-24). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- 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). Work teams in organization: An orienting framework. Dans J. R. Hackman (Éd), *Groups that work (and those that don't). Creating conditions for effective teamwork* (pp. 1-14). San Francisco: Jossey-Bass.
- Haigh, C. (2001). Contribution of multidisciplinary team to pain management. *British Journal of Nursing*, 10, 370-374.
- Haimann, T., & Scott, W. G. (1974). *Management in the modern organization* (2<sup>ème</sup> éd). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hall, J. A., & Doran, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30, 811-818.
- Halstead, L. S. (1976). Team care in chronic illness: A critical review of the literature of the past 25 years. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 57, 507-511.

- Hanson, C. M., Spross, J. A., & Carr, D. B. (2000). Collaboration. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Éds), *Advanced nursing practice. An integrative approach* (2<sup>ème</sup> éd., pp. 315-347). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hargraves, J. L., Wilson, I. B., Zaslavsky, A., James, C., Walker, J. D., Rogers, G., et al. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39, 635-641.
- Heinemann, G. D. (2002). Teams in health care settings. Dans G. D. Heinemann, & A. M. Zeiss (Éds), *Team performance in health care* (pp. 3-18). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Henry, V., Schmitz, K., Reif, L., & Rudie, P. (1992). Collaboration: Integrating practice and research in public health nursing. *Public Health Nursing*, 9, 218-222.
- Hetherington, R. W. (1991). The effects of formalization on departments of a multihospital system. *Journal of Management Studies*, 28, 103-141.
- House, J. S., Strecher, V., Metzner, H.L., & Robbins, C. A. (1986). Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 62-77.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17, 1623-1634.
- Hurst, K. (1996). The managerial and clinical implications of patient-focused care. *Journal of Management in Medicine*, 10(3), 59-77.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32, 250-263.
- International Council of Nurses. (2002). *Nursing workforce profile 2002. Socio-economic welfare*. Document récupéré en avril 2004 de <http://www.icn.ch/SewDatashet03.pdf>

- International Council of Nurses. (2003). *Global issues in the supply and demand of nurses*. Socio-economics news: n° 1, January-March 2003. Document récupéré en avril 2004 de <http://www.icn.ch/sewjan-march03.htm>
- Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44, 246-253.
- Ivey, S., Brown, K. S., Teste, Y., & Silverman, D. (1987). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 17, 189-195.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1992). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. Dans D. C. Turk, & R. Melzack (Éds), *Handbook of pain assessment* (pp. 135-151). New York: The Guilford Press.
- Johnson Lutjens, L. R. (1993). Determinants of hospital length of stay. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 14-23.
- Johnson, D. W., Maruyama, G., Johnson, R., Nelson, D., & Skon, L. (1981). Effects of cooperative, competitive, and individualistic goal structures on achievement: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 89, 47-62.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2000). *Pain assessment and management. An organizational approach*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Jones, P. E., & Roelofsma, P. (2000). The potential for social contextual and group biases in team decision-making: Biases, conditions and psychological mechanisms. *Ergonomics*, 43, 1129-1142.
- Kaldenberg, D., Mylod, D., & Drain, M. (2003). Patient-derived information: Satisfaction with care in acute and post-acute care environments. Dans N. Goldfield, M. Pine, & J. Pine (Éds), *Measuring and managing health care quality* (pp. 469-489). New York: Aspen Publishers

- Kalleberg, A. L., & Moody, J. W. (1994). Human resource management and organizational performance. *American Behavioral Scientist, 37*, 948-962.
- Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1993). The discipline of teams. *Harvard Business review, 71*, 111-120.
- Kendall Sengin, K. (2003). Work-related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals. *Journal of Nursing Administration, 33*, 317-320.
- Klein, J. C. (1990). *Interdisciplinary. History, theory and practice*. Detroit: Wayne State University Press.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centres. *Annals of Internal Medicine, 104*, 410-418.
- Ko, J. W., Price, J. L., & Muller, C. W. (1997) Assessment of Meyer and Allen's three-component model of organizational commitment in South Korea. *Journal of Applied Psychology, 82*, 961-973.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington, D. C: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.
- Lappe, D. G. (1993). Managing the intensive care unit: Nurse/physician collaboration. *Critical Care Medicine, 21*(supp 9), S388.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967a). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly, 67*(12), 1-47.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967b). *Organization and environment. Managing Differentiation and integration*. Boston: Division of Research Graduate School of Business Administration, Harvard University.

- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N. M., Lawthers, A. G., Localio A. R., Barnes, B. A., et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324, 377-384.
- Lee, K., Allen, N., & Meyer, P. (2001). The Three-Component Model of Organisational Commitment: An Application to South Korea. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 596-614.
- Le nouveau petit Robert. (2003). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (5<sup>ème</sup> éd.). Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Levine, J. M., & Moreland, R. L. (1990). Progress in small group research. *Annual Review of Psychology*, 41, 585-634.
- Liedtka, J. M., & Whitten, E. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. *Journal of Healthcare Management*, 43, 185-205.
- Lindeke, L. L., & Block, D. E. (1998). Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 46, 213-218.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Dans M. D. Dunnette (Éd), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1350). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Locke, E., & Schweiger, D. (1979). Participation in decision making: One more look. *Research in Organizational Behavior*, 1, 265-339.
- Lu, H., While, A. E. & Barribal, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211-227.
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2000). Patient-centered care: Understanding its interpretation and implementation in health care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 14, 165-182.

- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., & Pinol, A. (1997). *Sample sizes tables for clinical studies* (2<sup>ème</sup> éd.). Oxford: Blackwell.
- Maciejewski, M., Kawiecki, J., & Rockwood, T. (1997). Satisfaction. Dans R. L. Kane (Éd), *Understanding health care outcomes research* (pp. 67-89). Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- Macy, B. A., & Izumi, H. (1993). Organizational change, design and work innovation: A meta-analysis of 131 North American field studies. Dans R. W. Woodman, & W. A. Pasmore (Éds), *Research in Organizational change and development* (pp. 235-314). Greenwich, Connecticut: Jai Press Inc.
- Main, C. J., & Spanswick, C. C. (2000). *Pain management. An interdisciplinary approach*. London: Hartcourt Publishers.
- Margerison, C., & McCann, D. (1995). *Team management. Practical new approaches*. Chalford: Mercury Books.
- Mariatou, J. (2003). *The relationships among perceptions of healthcare quality culture, job satisfaction and organizational commitment among teaching hospital nurses*. Mémoire de Maîtrise. University of Toronto.
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108, 171-194.
- McEwen, M. (2002). Overview of selected middle range nursing theories. Dans M. McEwen, & E. M. Wills (Éds), *Theoretical basis for nursing* (pp. 241-272). Philadelphia: Lippincott.
- McKenzie, S. (1978). The cancer care team in the community hospital. *Supervisor Nurse*, 9(8), 17-22.

- McLaughlin, F. E., & Marascuilo, L. A. (1990). *Advanced nursing and health care research: quantification approaches*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- McNeese-Smith, D. (1996). Increasing employee productivity, job satisfaction, and organizational commitment. *Hospital and Health Services Administration, 41*, 190-175.
- McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration, 27*(9), 47-55.
- McNeill, J. A., Sherwood, G. D., Starck, P. L., & Nieto, B. (2001). Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients. *Pain Management Nursing, 2*, 25-33.
- Merkouris, A., Infantopoulos, J., Lanara, V., & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: A key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management, 7*, 19-28.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991) A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review, 1*, 61-89.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Newbury Park, CA: Sage.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. *Journal of Vocational Behavior, 62*, 20-52.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1991). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. Dans W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Éds), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 41-62). Chicago: The University of Chicago Press.

- Miaskowski, C. (2004). Improving pain management through leadership and interdisciplinary collaboration. *Pain Management Nursing*, 5(2), 51-52.
- Miceli, P. J. (2004). Validating a patient satisfaction survey translated into Spanish. *Journal for Healthcare Quality*, 26(4), 4-13.
- Mintzberg, H. (1990). *Le management: Voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions d'organisation.
- Mishel, M. H. (1981) The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258-263.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-262.
- Mishel, M. H. (1997a). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57-80.
- Mishel, M. H. (1997b). *Uncertainty in illness manual*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37, 98-103.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health care outcomes model. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43-46.
- Mohrman, S. A. (1993). Integrating roles and structure in the lateral organization. Dans J. R. Galbraith, & E. E. Lawler (Éds), *Organizing for the future. The new logic for managing complex organizations* (pp. 109-141). San Francisco: Jossey-Bass.

- Mohrman, S. A., Cohen, S. G., & Mohrman, A. M. (1995). *Designing team-based organizations*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Morin, D. (1999). Mesure des résultats en soins infirmiers: Satisfaction des usagers. *Recherche en soins infirmiers*, 58, 95-102.
- Morin, E. (1996). *Psychologies au travail*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.
- Morrison, R. S., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27(5), 27-34.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages. The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Mucchielli, R. (1975). *Le travail en équipe : Connaissances du problème, applications pratiques*. Paris: Entreprise moderne d'édition.
- Muchinsky, P. M. (1993). *Psychology applied to work* (4<sup>ème</sup> éd.). Pacific Grove, CA: Books/Cole Publishing Company.
- National Cancer Alliance, The. (2002). *Head and neck cancer patients views and experiences*. Oxford: The National Cancer Alliance.
- Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., & Wasserman, W. (1996). *Applied linear statistical models* (4<sup>ème</sup> éd.). New York: McGraw-Hill.
- Neville, K. L. (2003). Uncertainty in illness. An integrative review. *Orthopaedic Nursing*, 22, 206-14.
- Nguyen Thi, P. L., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*, 54, 493-504.

- Nichols, L. O., DeFriese, A. M., & Malone, C. C. (2002). Team process. Dans G. D. Heinemann & A. M. Zeiss (Éds), *Team performance in health care* (pp. 71-88). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Nohria, N., & Eccles, R. G. (1992). *Networks and organizations: Structure, form, and action*. Boston: Harvard Business School Press.
- Oandasan, I., Baker, G. R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., et al. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: Promouvoir un travail d'équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Ottawa : FCRSS.
- O'Brien-Pallas, L., Hiroz, J., Cook, A., & Milton, B. (2005). *Nurse-Physician relationship. Solutions & recommendations for change*. Toronto: Nursing Health Services Research Unit.
- Okuyama, T., Wang, X. S., Akechi, T., Mendoza, T. R., Hosaka, T., Cleeland, C. S., et al. (2004). Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 34, 37-42.
- Oncology Nursing Society. (2002). *Oncology Nursing Society position on quality cancer care*. Document récupéré en octobre 2004 de <http://www.ons.org>
- Orasanu, J., & Salas, E. (1993). Team decision making in complex environments. Dans G. A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood & C. E. Zsombok (Éds), *Decision making in action: Models and methods* (pp. 327-345). Norwood, NJ: Ablex.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2002). *A system of health accounts*. Paris: OECD.
- Owens, B. L. (2004). *Complementary and alternative therapy use among Hispanic women during treatment for breast cancer*. Thèse de doctorat. University of San Antonio, Texas.

- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning, 6*, 185-210.
- Patrick, D. L., Scrivens, E., & Charlton, J. R. H. (1983). Disability and patient satisfaction with medical care. *Medical Care, 21*, 1062-1075.
- Patterson, P. P. (1981). *Cancer patients and informed consent: A study of relationship among information, perceived ambiguity and stress during radiation therapy*. Mémoire de Maîtrise. California State University, Los Angeles, California.
- Pfefferkorn, M. G., & Haddock, C. C. (1988). Organizational commitment: A special kind of incentive. *Hospital Topics, 66*(3), 10-13.
- Pike, A. W., McHugh, M., Canney, K. C., Miller, N. E., Reiley, P., & Seibert, C. P. (1993). A new architecture for quality assurance: Nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Care Quality, 7*(3), 1-8.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research. Principles and methods* (7<sup>ème</sup> éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponte, P. R., Hayes, C., Coakley, A., Stanghellini, E., Gross, A., Perryman, Hanley, D., et al. (2005). Partnering with schools of nursing: An effective recruitment strategy. *Oncology Nursing Forum, 32*, 901-903.
- Portenoy, R. K., & Lesage, P. (1999). Management of cancer pain. *The Lancet, 353*, 1695-1700.
- Porter, L. W., Richard, M. S., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology, 59*, 603-609.
- Provan, K. G., Milward, H. B., & Isett, K. R. (2002). Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system. *Health Care Management Review, 27*, 21-32.

- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparison of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13, 385-390.
- Riketta, M. & Van Dick, R. (2005). Foci of attachment in organizations: A meta-analytic comparison of the strength and correlates of workgroup versus organizational identification and commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 490-510.
- Robinson, D., & Kish, C. P. (2001). *Core concepts in advanced practice nursing*. St. Louis: Mosby.
- Rowland, J. (février 2002). *Cancer survivorship: Moving beyond cure*. Conférence présentée au 121<sup>st</sup> National Cancer Advisory Board (National Institutes of Health), Bethesda, Maryland.
- Royal College of Radiologist, The. (1999). *Interprofessional roles and responsibilities in a clinical oncology service*. London: The Royal College of Radiologists.
- Rundall, T. G., & Hetherington, R. W. (1988). The social structure of work groups. Dans S. M. Shortell & A. D. Kaluzny (Éds), *Health care management. A text in organization theory and behavior* (2<sup>ème</sup> éd, pp. 187-212). New York: Delmar Publishers Inc.
- Rutman, L. (1982). Planification d'une étude évaluative. Dans R. Lecompte, & L. Rutman (Éds), *Introduction aux méthodes de recherche évaluative* (pp. 23-46). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Rutten, L. J. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: A systematic review of research (1980-2003). *Patient Education and Counselling*, 57, 250-261.
- San Martín-Rodríguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2007). Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enfermería Clínica*, 17(1), 24-33.

- Sargis, E. G., & Larson, J. R. (2002). Informational centrality and member participation during group decision making. *Group Processes & Intergroup relations*, 5, 333-347.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 47-66.
- Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Heinemann, G. D. (1988). Conceptual and methodological problems in studying the effects of interdisciplinary geriatric teams. *The Gerontological Society of America*, 28, 753-764.
- Schofield, F. R., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health & Social Work*, 24, 203-219.
- Scott, W. R., & Flood, A. B. (1987). Conceptualizing hospital structure. Dans A. B. Flood & W. R. Scott (Éds), *Hospital structure and performance* (pp. 13-27). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Serlin, R. C., Mendoza, T. R., Nakamura, Y., Edwards, K. R., & Cleeland, C. S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61, 277-284.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2001). *Experimental and quasi-experimental designs: For generalized causal inference*. Boston : Houghton Mifflin Company.
- Shaw, M. E. (1981). *Group dynamics. The psychology of small group behaviour* (3<sup>ème</sup> éd) New York: McGraw-Hill.
- Shea, G. P., & Guzzo, R. R. (1987). Groups as human resources. Dans K. M. Rowland & G. R. Ferris (Éds), *Research in Personnel and Human Resources Management* (vol 5, pp. 323-356). Greenwich, CT: JAI Press.

- Shepardson, J. (1972). Team approach to the patient with cancer. *American Journal of Nursing*, 72, 488-491.
- Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Gillies, R. R., Duffy J., Devers, K. J., Rousseau, D. M., et al. (1992). Continuously improving patient care: Practical lessons and an assessment tool from the national ICI study. *Quality Review Bulletin*, 18(5), 150-155.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine*, 55, 991-1003.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1998). Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 1-12.
- Smith, K. G., Carroll, S. J., & Ashford, S. K. (1995). Intra and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. *Academy of Management Journal*, 38, 7-23.
- Smith-Blancett, S. (1997). Self-managed teams: The reality and the promise. *Health Care Supervy*, 12(4), 48-55.
- Sociedad Española de Enfermería Oncológica. (1998). *Estándares de realización profesional. Equipo interdisciplinar*. Madrid: SEEO.
- Solar, C. (2001). *Équipes de travail efficaces. Savoirs et temps d'action*. Québec: Les Éditions Logiques.
- Song, R., Daly, B. J., Rudy, E. B., Douglas, S., & Dyer, M. A. (1997). Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Research in Nursing & Health*, 20, 443-452.
- Sonnentag, S. (1996). Work group factors and individual well-being. Dans M. A. West (Éd), *Handbook of work group psychology* (pp. 345-367). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction. Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- St-Arnaud, Y. (1989). *Les petits groupes. Participation et communication* (2<sup>ème</sup> éd). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal
- Steers, R. M. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22, 46-56.
- Steiner, I. D. (1972). *Group process and productivity*. New York: Academic Press.
- Stichler, J. F. (1995). Professional interdependence: The art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1, 53-61.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration. A health care imperative*. New York: McGraw-Hill.
- Sundstrom, E., De Meuse, K. P., & Futrell, D. (1990). Work teams. Applications and effectiveness. *American Psychologist*, 45, 120-133.
- Thye, S. R. (2000). A status value theory of power in exchange relations. *American Sociological Review*, 65, 407-432.
- Tuomela, R. (2000). What is cooperation? Dans R. Tuomela (Éd), *Cooperation: A philosophical study* (pp. 1-28). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Uki, J., Mendoza, T., Cleeland, C. S., Nakamura, Y., & Takeda, F. (1998). A brief cancer pain assessment tool in Japanese: The utility of the Japanese Brief Pain Inventory – BPI-J. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16, 364-373.
- Vandenberghe, C. (1996). Assessing Organisational Commitment in a Belgian Context: Evidence for the Three-dimensional Model. *Applied psychology: An International Review*, 45, 371-386.

- Van de Ven, A. H., Delbecq, A. L., & Koenig, R. (1976). Determinants of coordination modes within organizations. *American Sociological Review*, 41, 322-338.
- Van Offenbeek, M., & Koopman, P. (1996). Interaction and decision-making in project teams. Dans M. A. West (Éd), *Handbook of work group psychology* (pp. 159-167). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Verran, J. A., & Ferketich, S. L. (1987). Testing linear model assumptions: Residual analysis. *Nursing Research*, 36, 127-129.
- Weber, M. (1947). *The theory of social and economic organization*. New York: Free Press.
- Welch, H. P., & La Van, H. (1981). Inter-relationship between organizational commitment and job characteristics, job satisfaction, professional behavior, and organizational climate. *Human Relations*, 34, 1079-1089.
- West, M. A. (1996). Introducing work groups psychology. Dans M. A. West (Éd), *Handbook of work group psychology* (pp. xxv-xxxiii). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- West, M. A., & Slater, J. (1996). *Teamworking in primary health care: A review of its effectiveness*. London: Health Education Authority.
- Westaway, M., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimension of patient satisfaction: The moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 337-344.
- World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief: A guide to opioid availability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001*. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2<sup>ème</sup> éd.). Geneva: WHO.
- Wylie, D. M., & Smith, D. L. (1999). Leading and participating in workgroups and teams. Dans J. M. Hibber & D. L. Smith (Éds), *Nursing management in Canada* (2<sup>ème</sup> éd., pp. 195-217). Toronto: WB Saunders.
- Young, G. J., Charns, M. P., Desai, K., Khuri, S. F., Forbes, M. G., Henderson, W. et al., (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes: A study of surgical services. *Health Services Research*, 33, 1211-1236.
- Zaccaro, S. J., & Dobbins, G. H. (2002). Contrasting group and organizational commitment: Evidence for differences among multilevel attachments. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 267-273.
- Zimmerman, J. E., Shortell, S. M., Rousseau, D. M., Duffy, J., Gillies, R. R., Knaus, W. A., et al. (1993). Improving intensive care. Observations based on organizational case studies in nine ICUs: A prospective multicenter study. *Critical Care Medicine*, 21, 1443-1451.
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Library*, 4.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., & Perrier, L. (2005). Effectiveness of prelicensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (supp 1), 148-165.

*Annexe A*

Stratégie de recherche de la revue des écrits

## Stratégie de recherche de la revue des écrits sur les effets de la collaboration interprofessionnelle en santé

Nous avons développé une stratégie de recherche que nous avons appliquée 1) aux deux principales bases de données en sciences de la santé – Medline (entre 1966 et novembre de 2004) et Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature-CINAHL (entre 1982 et novembre de 2004) –, 2) à la base de données des revues systématiques de la Cochrane Collaboration - EBM Reviews: Cochrane Database of Systematic Reviews-COCH -, 3) ainsi qu'à une base de données indexant les articles publiés en espagnol, en anglais et en portugais par des périodiques latino-américains – Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud-LILACS (entre 1982 et 2004). Le tableau 1 indique les stratégies de recherche appliquées.

Tableau 1. Les stratégies de recherche appliquées aux différentes bases de données

Medline, CINAHL et COCH	LILACS
1. Cooperative Behavior/ 2. exp Interprofessional Relations/ 3. Patient Care Team/ 4. 1 or 2 or 3 5. Team?.ti 6. Collaboration.ti 7. 5 or 6 8. outcome?.tw. 9. 4 and 7 and 8 10. limit 9 to "review"	1. "EQUIPO" [Descriptor de asunto] 2. "EQUIPOS HUMANOS" [Descriptor de asunto] 3. "GRUPO DE SALUD interdisciplinario" [Descriptor de asunto] 4. 1 or 2 or 3 5. "EQUIPOS\$" [Palabras del resumen] 6. 4 and 5 7. "REVISION" [Tipo de publicación] 8. "LITERATURA DE REVISION" [Tipo de publicación] 9. "METAANALISIS" [Tipo de publicación] 10. 7 or 8 or 9 or 10 11. 6 and 11

De plus, nous avons procédé à la réalisation d'une recherche manuelle à partir des listes de références des articles sélectionnés, ainsi que des rapports de recherche et des monographies au sujet de la collaboration interprofessionnelle en santé.

L'application de cette stratégie de recherche aux quatre bases de données consultées nous a permis d'identifier un total de 58 articles. Le résumé de ces 58 articles a été analysé en retenant les articles ayant comme objectif la réalisation d'une revue des écrits sur les effets de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte des organisations de santé. Ainsi, suite à l'analyse des 58 résumés, 55 articles ont été éliminés car 1) ils n'incluaient pas une révision ou 2) le sujet de la révision n'était pas la collaboration ou 3) le but de la révision n'était pas de rechercher les résultats de la collaboration interprofessionnelle.

Dans un deuxième temps, nous avons ajouté, aux trois articles retenus, deux autres articles (Halstead, 1976; Schmitt et al., 1988) à partir de la recherche manuelle, trois rapports de recherche (Borrill et al., 2001; Freeth et al., 2002; West & Slater, 1996) et le chapitre d'un livre (Sullivan, 1998). Ainsi, l'échantillon final est composé de cinq articles, trois rapports de recherche et un chapitre de livre.

*Annexe B*

Questionnaire pour les professionnels

## CUESTIONARIO PARA LOS PROFESIONALES

Este dossier consta de **3 CUESTIONARIOS** que evalúan las características del trabajo desarrollado en un equipo y su satisfacción en el trabajo.

El tiempo estimado para su total cumplimentación es de **15 minutos**.

Debe redondear el número de la respuesta que considere se ajusta más a su opinión sobre lo que se le pregunta. Si se confunde, tache la respuesta equivocada y vuelva a redondear la que considere oportuna.

En ningún caso hay respuestas correctas, adecuadas o inadecuadas. Lo importante es su opinión en cada una de las preguntas y esa opinión es siempre correcta. Puede que alguna pregunta le resulte reiterativa, no obstante es necesario que conteste a todas ellas.

Por último, le recordamos que toda la información que usted nos facilite a través de este cuestionario es **CONFIDENCIAL**. Para asegurar esta confidencialidad todos los datos serán codificados y se utilizarán seudónimos para hacer referencia a los distintos equipos, de tal manera que **NINGUNA PERSONA** podrá relacionar las informaciones con las personas que las han proporcionado.

Para toda información suplementaria sobre este cuestionario, dirijase a:

Leticia San Martin Rodriguez  
ext: xxx  
e-mail: xxxxx@xxx.xx

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### CUESTIONARIO # 1

Las siguientes afirmaciones hacen referencia a su trabajo en general en esta organización:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca.	1	2	3	4	5
2 Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital.	1	2	3	4	5
3 Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansado.	1	2	3	4	5
4 Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo.	1	2	3	4	5
5 Muy pocas veces me he visto obligado a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5
6 Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o mi salud, o mis horas de sueño.	1	2	3	4	5
7 En mi trabajo me encuentro muy satisfecho.	1	2	3	4	5
8 Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas.	1	2	3	4	5
9 Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
10 Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena.	1	2	3	4	5

11	Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante.	1	2	3	4	5
12	La relación con mi jefe/a, jefes/as es muy cordial.	1	2	3	4	5
13	Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales.	1	2	3	4	5
14	El sueldo que percibo es muy adecuado.	1	2	3	4	5
15	Estoy convencido de que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación.	1	2	3	4	5
16	Tengo muchas posibilidades de promoción profesional.	1	2	3	4	5
17	Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5
18	Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí en el trabajo.	1	2	3	4	5
19	Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer.	1	2	3	4	5
20	Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar.	1	2	3	4	5
21	Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5
22	Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable.	1	2	3	4	5
23	Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás en mi puesto de trabajo, me causa estrés o tensión.	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO # 2

Los siguientes enunciados hacen referencia al trabajo diario desarrollado en el equipo:

- |   |                      |   |   |   |                  |
|---|----------------------|---|---|---|------------------|
|   | Muy<br>jerarquizadas |   |   |   | Muy<br>igualadas |
| 24 Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) están muy jerarquizadas o muy igualadas.                                   | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5                |
|   | Escaso               |   |   |   | Alto             |
| 25 Indique el grado de colaboración que existe entre los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes).   | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5                |
|   | Poco                 |   |   |   | Mucho            |
| 26 ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades? | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5                |
|   | Muy mala             |   |   |   | Muy buena        |
| 27 ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales (médicos, enfermeras y residentes) del equipo que les atiende?                                   | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5                |
|   | Muy mal              |   |   |   | Muy bien         |
| 28 ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo (médicos, enfermeras y residentes)?  | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5                |

29 En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes)?	1	2	3	4	5
30 En el funcionamiento diario del equipo ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes)? (Por ejemplo: sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)	1	2	3	4	5
31 ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) sobre un mismo paciente?	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
32 Los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.	1	2	3	4	5
33 Los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales	1	2	3	4	5
34 Los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no esta definida claramente.	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
35 Los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención.	1	2	3	4	5

36	Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos.	1	2	3	4	5
37	Los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente.	1	2	3	4	5
38	Los profesionales del equipo (médicos, enfermeras y residentes) cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente.	1	2	3	4	5
39	¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden (médicos, enfermeras y residentes) realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?	1	2	3	4	5

### CUESTIONARIO # 3

Los siguientes enunciados hacen referencia a su trabajo en general en esta organización:

	Completamente en desacuerdo					Completamente de acuerdo		
40	Me gustaría continuar el resto de mi carrera profesional en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
41	Siento de verdad que cualquier problema en esta organización es también mi problema.	1	2	3	4	5	6	7
42	Trabajar en esta organización significa mucho para mí.	1	2	3	4	5	6	7

43	En esta organización me siento como en familia.	1	2	3	4	5	6	7
44	Estoy orgulloso de trabajar en esta organización.	1	2	3	4	5	6	7
45	No me siento emocionalmente unido a esta organización.	1	2	3	4	5	6	7
46	Me siento parte integrante de esta organización	1	2	3	4	5	6	7
47	Creo que no estaría bien dejar a esta organización aunque me vaya a beneficiar en el cambio.	1	2	3	4	5	6	7
48	Creo que debo mucho a esta organización.	1	2	3	4	5	6	7
49	Esta organización se merece mi lealtad	1	2	3	4	5	6	7
50	No siento ninguna obligación de tener que seguir trabajando para esta organización.	1	2	3	4	5	6	7
51	Me sentiría culpable si ahora dejara esta organización	1	2	3	4	5	6	7
52	Creo que no podría dejar esta organización porque siento que tengo una obligación con la gente de aquí.	1	2	3	4	5	6	7
53	Aunque quisiera sería muy difícil para mi dejar este trabajo ahora mismo.	1	2	3	4	5	6	7
54	Una de las desventajas de dejar esta organización es que hay pocas posibilidades de encontrar otro empleo.	1	2	3	4	5	6	7
55	Si ahora decidiera dejar esta organización muchas cosas en mi vida se verían interrumpidas.	1	2	3	4	5	6	7

- 56 En este momento dejar esta organización supondría un gran coste para mí.      1    2    3    4    5    6    7
- 57 Creo que si dejara esta organización no tendría muchas opciones de encontrar otro trabajo.      1    2    3    4    5    6    7

## OTROS DATOS

Para finalizar le pedimos por favor, que rellene los siguientes apartados:

• **EDAD:** \_\_\_\_\_

• **EXPERIENCIA**

- Como profesional: \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses
- En esta organización: \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses
- En oncología o hematología: \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses
- En el equipo al cual nos referimos: \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

• **FORMACIÓN**

Enfermera

Médico oncólogo

Médico con otra especialidad

Médico hematólogo

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Residente de oncología
- Residente otra especialidad

Residente de hematología  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

- 1<sup>er</sup> año
- 2<sup>o</sup> año
- 3<sup>er</sup> año
- 4<sup>o</sup> año

*Annexe C*

Questionnaire pour les patients

## CUESTIONARIO PARA LOS PACIENTES

Este dossier consta de **2 CUESTIONARIOS**:

- Un cuestionario sirve para evaluar su satisfacción en este ingreso
- El otro cuestionario sirve para evaluar cómo se siente usted con su enfermedad.

El tiempo estimado para su total cumplimentación es de **15 minutos**.

Debe redondear el número de la respuesta que considere que se ajusta más a su opinión sobre lo que se le pregunta. Si se confunde, tache la respuesta equivocada y vuelva a redondear la que considere oportuna.

En ningún caso hay respuestas correctas, adecuadas o inadecuadas. Lo importante es su opinión en cada una de las preguntas y esa opinión es siempre correcta. Puede que alguna pregunta le resulte reiterativa, no obstante es necesario que conteste a todas ellas.

Por último, le recordamos que toda la información que usted nos facilite a través de este cuestionario es **CONFIDENCIAL**. Para asegurar esta confidencialidad todos los datos serán codificados de tal manera que ninguna persona (a excepción de la investigadora principal) podrá relacionar las informaciones con las personas que las han proporcionado.

Para toda información suplementaria sobre este cuestionario, diríjase a:

Leticia San Martin Rodriguez  
Tfno xxx xxxxxx extensión: xxxx  
e-mail: xxxxxx@xxx.xx

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## CUESTIONARIO # 1

Evalúe por favor los servicios y la atención recibida durante ESTE INGRESO en el hospital:

<b>A. INGRESO</b>	muy mal	mal	regular	bien	muy bien
1 Rapidez del proceso de ingreso	1	2	3	4	5
2 Amabilidad de la persona que lo ingresó	1	2	3	4	5
3 Evaluación del proceso de ingreso en general	1	2	3	4	5
<b>B. ENFERMERAS</b>	muy mal	mal	regular	bien	muy bien
4 Amabilidad de las enfermeras	1	2	3	4	5
5 Prontitud para responder al timbre de llamada	1	2	3	4	5
6 Actitud de las enfermeras al cumplir con sus demandas	1	2	3	4	5
7 Grado de atención hacia sus necesidades especiales o personales	1	2	3	4	5
8 Manera en que las enfermeras le han informado	1	2	3	4	5
9 Habilidades de las enfermeras	1	2	3	4	5

<b>C. PRUEBAS Y TRATAMIENTOS</b>	muy mal	mal	regular	bien	muy bien
10 Tiempo de espera para las pruebas o tratamientos	1	2	3	4	5
11 Preocupación mostrada por su comodidad durante las pruebas o tratamientos	1	2	3	4	5
12 Explicaciones que le han dado sobre lo que ocurriría durante las pruebas o tratamientos	1	2	3	4	5
13 Habilidad de la persona que le extrajo sangre (rápidamente, con poco dolor, etc.)	1	2	3	4	5
14 Amabilidad de la persona que le extrajo sangre	1	2	3	4	5
15 Habilidad de la persona que le colocó los dispositivos de administración intravenosa (rápidamente, con poco dolor, etc.)	1	2	3	4	5
16 Amabilidad de la persona que le colocó los dispositivos de administración intravenosa	1	2	3	4	5
<b>D. VISITANTES Y FAMILIARES</b>	muy mal	mal	regular	bien	muy bien
17 Instalaciones para visitantes/familia y comodidad	1	2	3	4	5
18 Actitud del personal hacia las personas que le han visitado	1	2	3	4	5
19 Información que le han proporcionado a su familia sobre su estado y tratamiento	1	2	3	4	5

<b>E. MÉDICO</b>	muy mal	mal	regular	bien	muy bien
20 Cantidad de tiempo que le ha dedicado el médico	1	2	3	4	5
21 Preocupación del médico por sus preguntas y preocupaciones	1	2	3	4	5
22 Manera en que su médico le ha mantenido informado	1	2	3	4	5
23 Amabilidad del médico	1	2	3	4	5
24 Habilidad del médico	1	2	3	4	5
<b>F. ASUNTOS PERSONALES</b>	muy mal	mal	regular	bien	muy bien
25 Preocupación del personal por su privacidad	1	2	3	4	5
26 Sensibilidad del personal en lo referente a las incomodidades que le pueden causar sus problemas de salud y la hospitalización	1	2	3	4	5
27 Eficacia con la que se ha llegado a controlar su dolor	1	2	3	4	5
28 Preocupación de los empleados del hospital por satisfacer sus necesidades emocionales	1	2	3	4	5
29 Respuesta a las preocupaciones/quejas que ha manifestado durante su hospitalización	1	2	3	4	5

30	Esfuerzos del personal para permitirle tomar decisiones con respecto a su tratamiento	1	2	3	4	5
<b>G. EVALUACIÓN GENERAL</b>		muy mal	mal	regular	bien	muy bien
31	Ambiente general del hospital	1	2	3	4	5
32	¿Cómo de bien trabajó conjuntamente el personal del hospital para proporcionarle cuidados de salud?	1	2	3	4	5
33	Posibilidad de que recomiende este hospital a otras personas	1	2	3	4	5
34	Calificación general de los cuidados de salud que ha recibido en el hospital	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO # 2

Esta sección nos ayudará a conocer de qué cosas siente inseguridad o qué cosas no sabe o no entiende completamente. Rodee el número de la respuesta correspondiente a cómo se siente hoy:

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total acuerdo	
35	Los médicos y las enfermeras usan palabras que puedo entender.	1	2	3	4	5
36	El tratamiento que estoy recibiendo ha ayudado a otras personas antes.	1	2	3	4	5

37	Tengo muchas preguntas sin respuestas.	1	2	3	4	5
38	Entiendo por qué estoy recibiendo este tratamiento.	1	2	3	4	5
39	No sé si estoy mejorando o empeorando.	1	2	3	4	5
40	No sé cuanto dolor tendré.	1	2	3	4	5
41	No comprendo lo que me dicen sobre mi enfermedad.	1	2	3	4	5
42	Cuando tengo dolor sé lo que esto supone en mi enfermedad.	1	2	3	4	5
43	Los médicos me dicen cosas confusas.	1	2	3	4	5
44	Mi tratamiento es demasiado complejo como para comprenderlo.	1	2	3	4	5
45	Es muy difícil saber si los tratamientos me están ayudando.	1	2	3	4	5
46	No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionará mi enfermedad.	1	2	3	4	5
47	No sé cómo controlar mis síntomas.	1	2	3	4	5
48	Me han dicho cosas diferentes sobre la enfermedad que tengo	1	2	3	4	5
49	No sé que es lo que me va a pasar.	1	2	3	4	5
50	Puedo confiar que las enfermeras estarán allí cuando las necesite.	1	2	3	4	5

51	No sé que enfermedad tengo.	1	2	3	4	5
52	No sé si el tratamiento tendrá éxito.	1	2	3	4	5
53	No sé cómo cuidarme.	1	2	3	4	5
54	Casi siempre sé qué sucederá con mi enfermedad.	1	2	3	4	5
55	Debido a mi tratamiento nunca sé cómo me sentiré día a día.	1	2	3	4	5
56	Estoy seguro que no me encontrarán nada más.	1	2	3	4	5
57	No me han dicho exactamente la enfermedad que tengo.	1	2	3	4	5
58	Sé cuando me voy a sentir mejor o peor.	1	2	3	4	5
59	Mi problema de salud es claramente conocido y no cambiará.	1	2	3	4	5
60	Sé lo sería que es mi enfermedad.	1	2	3	4	5

### OTROS DATOS

Para finalizar le pedimos por favor, que rellene los siguientes apartados:

- ¿Ha sido usted hospitalizado anteriormente a esta ocasión?

NO

SI ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

- ¿Ha sido usted hospitalizado anteriormente en este hospital?  
 NO             SI
  
- ¿Ha sido inesperada la hospitalización actual?  
 NO             SI
  
- En este ingreso ¿ha compartido habitación con otro paciente?  
 NO             SI
  
- Comparando con otras personas de su edad ¿Cómo describiría su salud?  

muy mala	mala	regular	buena	muy buena
1	2	3	4	5
  
- ¿Cuál es su nivel de estudios?:
  - Sin estudios
  - Estudios primarios, EGB, ESO, ...
  - Estudios secundarios, bachillerato, BUP, ...
  - Estudios universitarios

*Annexe D*

Formulaire de consentement pour les professionnels

## Formulario de consentimiento para los profesionales

Titulo del estudio: Evaluación de los efectos de la colaboración interprofesional en las unidades de hospitalización en oncología-hematología

ESTUDIANTE-INVESTIGADORA: Leticia San Martín Rodríguez, estudiante, Doctorado en enfermería, Universidad de Montreal.

Dirección; xxx

Teléfono; xxx

e-mail: xxx

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN: Dr. Danielle D'Amour, profesora de la Facultad de enfermería, Universidad de Montreal.

Dirección; xxx

Teléfono; xxx

e-mail: xxx

## INTRODUCCIÓN

El trabajo en equipo es cada vez más utilizado en las organizaciones sanitarias, con el fin de responder a las demandas de cuidados más globales, mejor coordinados y menos costosos (D'Aunno, 1996). Una de las características responsables de la eficacia de los equipos interprofesionales en salud es el trabajo en colaboración (Heinemann, 2002). Esta suposición parte de la idea de que los resultados de un equipo de salud estarán determinados, entre otros, por el tipo de relaciones existentes entre los profesionales del equipo (Golin & Ducanis, 1981). Así, los equipos interprofesionales que desarrollan un trabajo en colaboración son considerados en la literatura como la forma la más eficiente, eficaz y satisfactoria de ofrecer cuidados de salud.

Uno de los sectores sanitarios donde en el curso de los últimos años se ha buscado intensamente esta eficiencia, eficacia y satisfacción que prometen lo equipos interprofesionales, es el sector de la oncología. Así, actualmente, los gobiernos, los organismos internacionales, las asociaciones de profesionales de la salud y los propios pacientes, consideran la colaboración interprofesional como el elemento esencial de un modelo de servicios de calidad en oncología, que sea capaz de responder a la complejidad que caracteriza los cuidados de las personas con cáncer.

Sin embargo, a pesar de la proclamación de la eficacia de la colaboración interprofesional en los equipos de salud, hay pocos estudios que evalúen empíricamente su aplicación en la

práctica y, a nuestro conocimiento, ningún estudio ha sido llevado a cabo en el sector de la oncología.

### **OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**

El principal objetivo de esta investigación es evaluar los efectos de la colaboración interprofesional sobre los pacientes hospitalizados en las unidades de oncología-hematología, así como sobre los profesionales que forman parte de esos equipos.

La principal hipótesis del estudio es que el nivel de colaboración interprofesional en los equipos esta relacionada con la satisfacción y el compromiso de los profesionales, así como la duración de la estancia hospitalaria, el control del dolor, la satisfacción y la coherencia de la información recibida por parte de los pacientes.

### **MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Con el fin de testar la hipótesis y responder a nuestro objetivo queremos llevar a cabo un estudio con cinco equipos de oncología. Este estudio será llevado a cabo en este hospital por una enfermera con formación en investigación (MSc) y candidata al PhD en enfermería.

Antes y después de la puesta en marcha de la intervención, los profesionales miembros de los tres equipos que decidan voluntariamente participar en el estudio, deberán completar algunos cuestionarios. Más concretamente se trata de los cuestionarios siguientes: un cuestionario sociodemográfico, un cuestionario de evaluación del nivel de colaboración interprofesional, un cuestionario que evalúa la satisfacción en el trabajo y un último cuestionario que evalúa el compromiso. Hemos estimado que para completar los cuestionarios usted necesitara alrededor de 25 minutos.

### **CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN**

Para participar en el estudio es esencial que usted responda a las siguientes condiciones: 1) ejercer una actividad profesional como medico, enfermera o residente, 2) en uno de los equipos de oncología-hematología.

### **VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN**

No se espera la obtención de ningún beneficio directo para los profesionales que participen en el estudio. Sin embargo, la participación en el estudio conlleva los beneficios propios del avance de conocimientos y de la puesta de estos conocimientos a disposición de los equipos de oncología-hematología. Además, eventualmente, estos beneficios pueden tener una repercusión sobre los pacientes con cáncer que reciben tratamiento en los hospitales por equipos interdisciplinarios.

## **RIESGOS E INCOMODIDADES**

Los riesgos e incomodidades previstos son los propios de la vida cotidiana.

## **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA O EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO**

Su participación en este estudio es enteramente voluntaria. Usted puede retirarse del estudio en todo momento, sin tener que justificar su decisión y sin que ello le cause ningún perjuicio. Además usted será informado de toda nueva información susceptible de llevarle a reconsiderar su participación en el estudio.

Si usted decide retirarse del estudio simplemente tiene que comunicárselo a Leticia San Martín a la extensión xxxx.

No ha sido prevista ninguna condición o situación que pueda conducir a su exclusión del estudio.

## **CIRCUSTANCIAS DE SUSPENSIÓN DEL ESTUDIO**

No ha sido prevista ninguna condición o situación que pueda conducir a la suspensión del estudio.

## **CARACER CONFIDENCIAL DE LAS INFORMACIONES**

Todas las informaciones que usted nos proporcione son estrictamente confidenciales. Para asegurar esta confidencialidad, todos los datos serán codificados por medio de un código que identificará cada cuestionario. De esta forma, es imposible relacionar las informaciones con las personas que las han proporcionado y esto, a lo largo de todas las etapas del estudio (transcripción de los datos, análisis de los datos y transmisión de los resultados del estudio). Solo la investigadora principal tendrá acceso a la información necesaria que permite identificar a los participantes.

El formato electrónico de todos los datos será guardado bajo llave durante 7 años, bajo la vigilancia de la investigadora principal. Posteriormente estos datos se destruirán.

## **PREGUNTAS SOBRE EL ESTUDIO (Informaciones y urgencia)**

Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, puede comunicarse (antes, durante y después del estudio) con Leticia San Martín Rodríguez:

- De 9h a 17h en la extensión xxxx, si llama desde el interior del hospital, o en el numero xxx-xxxxxx (extensión xxxx) si llama desde el exterior.

- En caso de urgencia o de 17h a 9h, comuníquese con el busca xxx.
- En todo momento a través del correo electrónico: xxxxxx@xxx.xx

## ÉTICA

Para todo problema ético sobre las condiciones en las cuales se lleva a cabo su participación en este proyecto usted puede, una vez conversado con la responsable del proyecto, compartir sus preocupaciones con la presidenta del Comité de ética de la Universidad de Montreal, Sra. Marie-France Daniel (e-mail: [REDACTED] [REDACTED] Telefono (514) 343-5624). Una vez realizada esta conversación, si usted tiene razones importantes para creer que la respuesta aportada es insuficiente, puede entrar en comunicación con el ombudsman de la Universidad de Montreal, Sra. Marie-José Rivest (e-mai: [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) Teléfono 001 (514) 343-2100).

**FIRMAS**

**TITULO DEL ESTUDIO:** EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE HOPITALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA-HEMATOLOGÍA.....

**INVESTIGADOR PRINCIPAL - RESPONSABLE DEL ESTUDIO:**

LETICIA SAN MARTÍN RODRÍGUEZ .....

Yo, (nombre del participante en letras mayúsculas) .....

declaro haber tomado conocimiento de los documentos adjuntos, de los cuales he recibido una copia, haber conversado con LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

y comprender el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos y los inconvenientes del estudio en cuestión.

Después de haber reflexionado y de haber tomado un tiempo razonable, consiento libremente el tomar parte en este estudio. Se que me puedo retirar en todo momento sin perjuicio alguno.

Firma del participante ..... Fecha .....

Yo, LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

declaro haber explicado el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos y los inconvenientes del estudio a (nombre del participante en letras mayúsculas).....

.....

Firma del investigador ..... Fecha.....

### Formulaire de consentement pour les professionnels (traduction)

Titre de l'étude: Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie.

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE; Leticia San Martín Rodríguez, étudiante au doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal.

Adresse; xxxx

Téléphone; xxx

e-mail: xxxx

DIRECTRICE DE RECHERCHE; Dr. Danielle D'Amour, professeure de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Adresse; xxx

Téléphone; xxx

e-mail: xxx

### INTRODUCTION

L'approche d'équipe est de plus en plus présente dans les organisations de santé et cela, afin de répondre aux demandes de soins plus globaux, mieux coordonnés et moins coûteux (D'Aunno, 1996). L'une des caractéristiques favorisant l'efficacité des équipes interprofessionnelles en santé, c'est le travail en collaboration (Heinemann, 2002). Cette hypothèse est fondée sur l'idée que les résultats d'une équipe de santé seront déterminés, entre autres, par le type de relations existant entre les professionnels de l'équipe (Golin & Ducanis, 1981). Ainsi, les équipes interprofessionnelles qui développent un travail en collaboration sont considérées dans les écrits comme la façon la plus efficiente, effective et satisfaisante d'offrir des soins de santé.

L'un des secteurs de la santé où, au cours des dernières années, on a recherché intensément cette efficience, efficacité et satisfaction que promettent les équipes interprofessionnelles, c'est le secteur des soins et des services en oncologie. Ainsi, à l'heure actuelle, les gouvernements, les organismes internationaux, les associations professionnelles et les patients eux-mêmes considèrent la collaboration interprofessionnelle comme l'élément essentiel d'un modèle de services de qualité en soins oncologiques capable de répondre à la complexité caractérisant les soins des personnes atteintes de cancer.

Cependant, malgré la proclamation de l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé, il y a peu d'études évaluant empiriquement les résultats de leur application dans la pratique et, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée dans le secteur des services et des soins en oncologie.

### **BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Cette recherche a pour but d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle auprès des patients hospitalisés dans des unités de soins en oncologie et en hématologie, ainsi qu'auprès des professionnels faisant partie des équipes professionnelles.

L'hypothèse de l'étude c'est que le niveau de collaboration interprofessionnelle développée par les équipes est relié à la durée du séjour, au contrôle de la douleur, à la satisfaction des patients et à la cohérence de l'information reçue de la part des patients ainsi qu'à la satisfaction et l'engagement des professionnels.

### **MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

Afin de tester cette hypothèse et de répondre au but de cette recherche, nous allons mener une recherche avec cinq équipes de soins en oncologie et en hématologie. Cette étude sera menée dans cet hôpital par une infirmière chercheuse, ayant une formation en recherche (MSc) et candidate au doctorat en sciences infirmières.

Les professionnels membres des équipes qui décideront volontairement de participer à l'étude, devront remplir quelques questionnaires. Il s'agira plus précisément des questionnaires suivants: un questionnaire sociodémographique, un questionnaire évaluant le niveau de collaboration interprofessionnelle, un questionnaire évaluant la satisfaction au travail et un dernier questionnaire évaluant l'engagement. Nous avons estimé que pour remplir les questionnaires vous auriez besoin de 25 minutes.

### **CONDITIONS DE PARTICIPATION**

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes; 1) exercer une activité professionnelle à titre de médecin, d'infirmière ou de résident, 2) dans l'une des six équipes des soins en oncologie de cet hôpital.

### **AVANTAGES DE VOTRE PARTICIPATION**

On ne s'attend à aucun bénéfice direct pour les professionnels participant à l'étude. Cependant, la participation à l'étude procurera des bénéfices au niveau de l'avancement de connaissances et de la mise à disposition des équipes des soins en oncologie des dites connaissances. De plus, éventuellement, ces bénéfices peuvent avoir une répercussion sur

les patients atteints de cancer et traités dans les hôpitaux par des équipes interprofessionnelles.

### **RISQUES ET INCONFORTS**

Les risques et inconforts prévus sont ceux inhérents à la vie quotidienne.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans devoir justifier votre décision et sans que cela ne vous cause aucun préjudice. Vous serez avisé de toute nouvelle information susceptible de vous amener à reconsidérer votre participation à l'étude.

Si vous prenez la décision de vous retirer de l'étude, vous n'aurez qu'à aviser Leticia San Martin au poste xxxx.

Aucune condition ou situation pouvant conduire à votre exclusion de l'étude n'a été prévue.

### **RÈGLES RÉGISSANT L'ARRÊT DE L'ÉTUDE**

Aucune condition ou situation pouvant conduire à l'arrêt de l'étude n'a été prévue.

### **CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS**

Toutes les informations que vous allez nous fournir seront strictement confidentielles. Pour assurer cette confidentialité, toutes les données seront codées au moyen d'un code identifiant chaque questionnaire. De cette façon, il deviendra impossible de relier les informations aux personnes que les ont fournies et cela, tout au long des différentes étapes de la réalisation de l'étude (transcription des données, analyse des données et transmission des résultats de l'étude). Seule la chercheuse principale de l'étude aura accès à l'information nécessaire permettant d'identifier les participants. Le format électronique de toutes les données sera gardé sous clé pendant 7 ans sous la surveillance de la chercheuse principale. Ces données seront détruites par la suite.

### **QUESTIONS SUR L'ÉTUDE (Renseignements et urgence)**

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec Leticia San Martin Rodriguez:

- De 9h à 17h au numéro de téléphone xxxx, si vous appelez de l'intérieur de l'hôpital, ou au numéro xxx-xxxxxx poste xxxx si vous appelez de l'extérieur de l'hôpital.
- En cas d'urgence ou de 17h à 9h, communiquez avec le beeper xxxx.
- Toujours, à travers le courriel: xxxx

## ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, partager vos préoccupations avec la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France Daniel [REDACTED] [REDACTED] Téléphone (514) 343-5624). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (e-mai: [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) Téléphone (514) 343-2100).

**SIGNATURES (traduction)**

**TITRE DE L'ÉTUDE; ÉVALUATION DES EFFETS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LES UNITÉS D'HOSPITALISATION EN ONCOLOGIE ET EN HÉMATOLOGIE** .....

**CHERCHEUR PRINCIPAL - RESPONSABLE DE L'ÉTUDE;**

LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

Je, (nom en lettres moulées du participant) .....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ.....

et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant ..... Date .....

Je, LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

.....

Signature de l'investigateur.....Date.....

*Annexe E*

Formulaire de consentement pour les patients

### Formulario de consentimiento para los pacientes

Titulo del estudio: Evaluación de los efectos de la colaboración interprofesional en las unidades de hospitalización en onco-hematología.

ESTUDIANTE-INVESTIGADORA: Leticia San Martín Rodríguez, estudiante, Doctorado en enfermería, Universidad de Montreal.

Dirección; xxx

Teléfono; xxx

e-mail: xxx

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN: Dr. Danielle D'Amour, Profesora de la Facultad de enfermería, Universidad de Montreal.

Dirección; xxx

Teléfono; xxx

e-mail: xxx

### INTRODUCCIÓN

El trabajo en equipo es cada vez más utilizado en las organizaciones sanitarias, con el fin de responder a las demandas de cuidados más globales, mejor coordinados y menos costosos (D'Aunno, 1996). Una de las características responsables de la eficacia de los equipos interprofesionales en salud es el trabajo en colaboración (Heinemann, 2002). Esta suposición parte de la idea de que los resultados de un equipo de salud estarán determinados, entre otros, por el tipo de relaciones existentes entre los profesionales del equipo (Golin & Ducanis, 1981). Así, los equipos interprofesionales que desarrollan un trabajo en colaboración son considerados en la literatura como la forma la más eficiente, eficaz y satisfactoria de ofrecer cuidados de salud.

Uno de los sectores sanitarios donde en el curso de los últimos años se ha buscado intensamente esta eficiencia, eficacia y satisfacción que prometen lo equipos interprofesionales, es el sector de la oncología. Así, actualmente, los gobiernos, los organismos internacionales, las asociaciones de profesionales de la salud y los propios pacientes, consideran la colaboración interprofesional como el elemento esencial de un modelo de servicios de calidad en oncología, que sea capaz de responder a la complejidad que caracteriza los cuidados de las personas con cáncer.

Sin embargo, a pesar de la proclamación de la eficacia de la colaboración interprofesional en los equipos de salud, hay pocos estudios que evalúen empíricamente su aplicación en la

práctica y, a nuestro conocimiento, ningún estudio ha sido llevado a cabo en el sector de la oncología.

### **OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**

El principal objetivo de esta investigación es evaluar los efectos de la colaboración interprofesional sobre los pacientes hospitalizados en las unidades de oncología y hematología, así como sobre los profesionales que forman parte de esos equipos.

La principal hipótesis del estudio es que el nivel de colaboración interprofesional en los equipos esta relacionada con la satisfacción y el compromiso de los profesionales, así como la duración de la estancia hospitalaria del paciente, el control del dolor, la satisfacción y la coherencia de la información recibida.

### **MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Con el fin de testar la hipótesis y responder a nuestro objetivo queremos llevar a cabo un estudio con cuatro equipos de oncología. Este estudio será llevado a cabo en este hospital por una enfermera con formación en investigación (MSc) y candidata al PhD en enfermería.

Los pacientes tratados por estos equipos y que decidan voluntariamente participar en el estudio deberán rellenar un cuestionario que evalúa su satisfacción con la hospitalización y otro que evalúa la incoherencia de la información que usted ha recibido. El tiempo estimado para rellenar este cuestionario es de 15 a 30 minutos. Además, los datos sobre su edad, sexo, duración de su estancia en el hospital, nivel de dolor que ha tenido y otras informaciones, serán extraídas de su historia clínica.

### **CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN**

Para participar en el estudio es esencial que usted responda a las siguientes condiciones: 1) tener más de 18 años y 2) haber sido ingresado en una de las unidades a estudio para recibir un tratamiento oncológico. Usted no podrá participar en el estudio si ha sido trasladado desde otra planta.

### **VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN**

No se ha contemplado la existencia de ningún beneficio directo para los pacientes que participan en este estudio.

La participación en el estudio conlleva los beneficios propios del avance de conocimientos y de la puesta de estos conocimientos a disposición de los equipos de oncología-hematología. Además, eventualmente, estos beneficios pueden tener una repercusión sobre

los pacientes con cáncer que reciben tratamiento en los hospitales por equipos interdisciplinarios.

### **RIESGOS E INCOMODIDADES**

Los riesgos e incomodidades previstos son los propios de la vida cotidiana.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA O EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO**

Su participación en este estudio es enteramente voluntaria. Usted puede retirarse del estudio en todo momento, sin tener que justificar su decisión y sin que ello le cause ningún perjuicio. Además usted será informado de toda nueva información susceptible de llevarle a reconsiderar su participación en el estudio.

Si usted decide retirarse del estudio simplemente tiene que comunicárselo a Leticia San Martín a la extensión xxxx.

No ha sido prevista ninguna condición o situación que pueda conducir a su exclusión del estudio.

### **CIRCUNSTANCIAS DE SUSPENSIÓN DEL ESTUDIO**

No ha sido prevista ninguna condición o situación que pueda conducir a la suspensión del estudio.

### **CARACTER CONFIDENCIAL DE LAS INFORMACIONES**

Todas las informaciones que usted nos proporcione son estrictamente confidenciales. Para asegurar esta confidencialidad, todos los datos serán codificados por medio de un código que identificará cada cuestionario. De esta forma, es imposible relacionar las informaciones con las personas que las han proporcionado y esto, a lo largo de todas las etapas del estudio (transcripción de los datos, análisis de los datos y transmisión de los resultados del estudio). Solo la investigadora principal tendrá acceso a la información necesaria que permite identificar a los participantes.

El formato electrónico de todos los datos será guardado bajo llave durante 7 años, bajo la vigilancia de la investigadora principal. Posteriormente estos datos se destruirán.

### **PREGUNTAS SOBRE EL ESTUDIO (Informaciones y urgencia)**

Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, puede comunicarse (antes, durante y después del estudio) con Leticia San Martín Rodríguez:

- De 9h a 17h en la extensión xxxx, si llama desde el interior del hospital, o en el numero xxx-xxxxxx (extensión xxxx) si llama desde el exterior.
- En caso de urgencia o de 17h a 9h, comuníquese con el busca xxxx.
- En todo momento a través del correo electrónico: xxxx

## ÉTICA

Para todo problema ético sobre las condiciones en las cuales se lleva a cabo su participación en este proyecto usted puede, una vez conversado con la responsable del proyecto, compartir sus preocupaciones con la presidenta del Comité de ética de la Universidad de Montreal, Sra. Marie-France Daniel (e-mail: [REDACTED] [REDACTED] Teléfono (514) 343-5624). Una vez realizada esta conversación, si usted tiene razones importantes para creer que la respuesta aportada es insuficiente, puede entrar en comunicación con el ombudsman de la Universidad de Montreal, Sra. Marie-José Rivest (e-mai: [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) Teléfono 001 (514) 343-2100).

**FIRMAS**

**TITULO DEL ESTUDIO:** EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE HOPITALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA-HEMATOLOGÍA .....

**INVESTIGADOR PRINCIPAL - RESPONSABLE DEL ESTUDIO:**

LETICIA SAN MARTÍN RODRÍGUEZ .....

Yo, (nombre del participante en letras mayúsculas) .....

declaro haber tomado conocimiento de los documentos adjuntos, de los cuales he recibido una copia, haber conversado con LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

y comprender el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos y los inconvenientes del estudio en cuestión.

Después de haber reflexionado y de haber tomado un tiempo razonable, consiento libremente el tomar parte en este estudio. Se que me puedo retirar en todo momento sin perjuicio alguno.

Firma del participante ..... Fecha .....

Yo, LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

declaro haber explicado el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos y los inconvenientes del estudio a (nombre del participante en letras mayúsculas).....

.....

Firma del investigador.....Fecha.....

## Formulaire de consentement pour les patients (traduction)

Titre de l'étude: Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie.

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE; Leticia San Martín Rodríguez, étudiante au doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal.

Adresse; xxx

Téléphone; xxx

e-mail: xxx

DIRECTRICE DE RECHERCHE; Dr. Danielle D'Amour, professeure de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Adresse; xxx

Téléphone; xxx

e-mail: xxx

### INTRODUCTION

L'approche d'équipe est de plus en plus présente dans les organisations de santé et cela, afin de répondre aux demandes de soins plus globaux, mieux coordonnés et moins coûteux (D'Aunno, 1996). L'une des caractéristiques favorisant l'efficacité des équipes interprofessionnelles en santé, c'est le travail en collaboration (Heinemann, 2002). Cette hypothèse est fondée sur l'idée que les résultats d'une équipe de santé seront déterminés, entre autres, par le type de relations existant entre les professionnels de l'équipe (Golin & Ducanis, 1981). Ainsi, les équipes interprofessionnelles qui développent un travail en collaboration sont considérées dans les écrits comme la façon la plus efficace, effective et satisfaisante d'offrir des soins de santé.

L'un des secteurs de la santé où, au cours des dernières années, on a recherché intensément cette efficacité, efficacité et satisfaction que promettent les équipes interprofessionnelles, c'est le secteur des soins et des services en oncologie. Ainsi, à l'heure actuelle, les gouvernements, les organismes internationaux, les associations professionnelles et les patients eux-mêmes considèrent la collaboration interprofessionnelle comme l'élément essentiel d'un modèle de services de qualité en soins oncologiques capable de répondre à la complexité caractérisant les soins des personnes atteintes de cancer.

Cependant, malgré la proclamation de l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé, il y a peu d'études évaluant empiriquement les résultats de leur

application dans la pratique et, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée dans le secteur des services et des soins en oncologie.

### **BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Cette recherche a pour but d'évaluer les effets de la collaboration interprofessionnelle auprès des patients hospitalisés dans des unités de soins en oncologie en en hématologie, ainsi qu'auprès des professionnels faisant partie des équipes professionnelles.

L'hypothèse de l'étude c'est que le niveau de collaboration interprofessionnelle développée par les équipes est relié à la durée du séjour, au contrôle de la douleur, à la satisfaction des patients et à la cohérence de l'information reçue de la part des patients ainsi qu'à la satisfaction et l'engagement des professionnels.

### **MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

Afin de tester cette hypothèse et de répondre au but de cette recherche, nous allons mener une recherche avec quatre équipes de soins en oncologie. Cette étude sera menée dans cet hôpital par une infirmière chercheuse, ayant une formation en recherche (MSc) et candidate au doctorat en sciences infirmières.

Les patients traités par ces équipes et qui décident volontairement de participer à l'étude devront remplir un questionnaire évaluant leur satisfaction et leur perception de la cohérence de l'information reçue. Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 à 30 minutes. De plus, des données reliées à votre âge, votre sexe, la durée de votre séjour à l'hôpital, le niveau de douleur que vous avez ressenti et autres informations, seront prélevées dans le dossier informatisé.

### **CONDITIONS DE PARTICIPATION**

Pour participer à l'étude, il est essentiel que 1) vous soyez âgé de plus de 18 ans et 2) que ayez été admis afin de recevoir un traitement oncologique. Vous ne pourrez pas participer à l'étude si vous avez été transféré d'une autre unité de l'hôpital.

### **AVANTAGES DE LA PARTICIPATION**

On ne s'attend à aucun bénéfice direct pour les sujets participant à l'étude. Cependant, votre participation à l'étude procurera des bénéfices au niveau de l'avancement de connaissances et de la mise à disposition des équipes des soins en oncologie des dites connaissances. De plus, éventuellement, ces bénéfices peuvent avoir une répercussion sur les patients atteints de cancer et traités dans les hôpitaux par des équipes interprofessionnelles.

## **RISQUES ET INCONFORTS**

Les risques et inconforts prévus sont ceux inhérents à la vie quotidienne.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans devoir justifier votre décision et sans que cela ne vous cause aucun préjudice. Vous serez avisé de toute nouvelle information susceptible de vous amener à reconsidérer votre participation à l'étude.

Si vous prenez la décision de vous retirer de l'étude, vous n'aurez qu'à aviser Leticia San Martin au poste xxxx.

Aucune condition ou situation pouvant conduire à votre exclusion de l'étude n'a été prévue.

## **RÈGLES RÉGISSANT L'ARRÊT DE L'ÉTUDE**

Aucune condition ou situation pouvant conduire à l'arrêt de l'étude n'a été prévue.

## **CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS**

Toutes les informations que vous allez nous fournir seront strictement confidentielles. Pour assurer cette confidentialité, toutes les données seront codées au moyen d'un code identifiant chaque sujet. De cette façon, il deviendra impossible de relier les informations aux personnes que les ont fournies et cela, tout au long des différentes étapes de la réalisation de l'étude (transcription des données, analyse des données et transmission des résultats de l'étude). Seule la chercheuse principale de l'étude aura accès à l'information nécessaire permettant d'identifier les participants.

Le format électronique de toutes les données sera gardé sous clé pendant 7 ans sous la surveillance de la chercheuse principale. Ces données seront détruites par la suite.

## **QUESTIONS SUR L'ÉTUDE (Renseignements et urgence)**

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec Leticia San Martin Rodriguez:

- De 9h à 17h au numéro de téléphone xxxx, si vous appelez de l'intérieur de l'hôpital, ou au numéro xxx-xxxxxx poste xxxx si vous appelez de l'extérieur de l'hôpital.

- En cas d'urgence ou de 17h à 9h, communiquez avec le beeper xxx.
- Toujours, à travers le courriel: xxx

## ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, partager vos préoccupations avec la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France Daniel (e-mai: [REDACTED] [REDACTED] Téléphone (514) 343-5624). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (e-mai: [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) Téléphone (514) 343-2100).

**SIGNATURES (patients)**

**TITRE DE L'ÉTUDE; ÉVALUATION DES EFFETS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LES UNITÉS D'HOSPITALISATION EN ONCOLOGIE ET EN HÉMATOLOGIE .....**

**CHERCHEUR PRINCIPAL - RESPONSABLE DE L'ÉTUDE;**

LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

Je, (nom en lettres moulées du participant) .....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ.....

et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant ..... Date .....

Je, LETICIA SAN MARTIN RODRIGUEZ .....

déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

.....