

Université de Montréal

Stratégies favorisant le développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale en milieu hospitalier

Par

Shirley Mésuma

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières

Option expertise-conseil en soins infirmiers

22 Novembre 2019

© Shirley Mésuma, 2019

Résumé

Problématique : Des facteurs d'ordre organisationnel et personnel ont une influence sur le développement de compétences collaboratives et sur la pratique collaborative. Dans le contexte hospitalier, ces facteurs peuvent limiter la pratique collaborative et contribuer à restreindre le développement professionnel des infirmières. Les infirmières sont confrontées à œuvrer dans ce milieu où le taux de roulement de personnel est élevé, la surcharge de travail s'accroît, les relations hiérarchiques persistent et le manque de connaissance des professionnels quant à la contribution infirmière est présent. Le but de ce travail est de répertorier des stratégies, issues de la littérature scientifique, qui soutiennent le développement des compétences infirmières afin de favoriser une pratique collaborative optimale en milieu hospitalier. **Objectifs** : Deux objectifs sont poursuivis dans ce travail. D'abord, il s'agit de documenter les stratégies pour une pratique collaborative optimale des infirmières en milieu hospitalier selon les compétences du référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal (CIO-UdeM). Ensuite, sont proposées des recommandations favorisant le développement des compétences infirmières à la collaboration interprofessionnelle dans les milieux hospitaliers. **Méthode** : Une recherche des écrits a été effectuée selon la méthode du « scoping review » d'Arksey et O'Malley (2005). Elle a été réalisée par l'interrogation des bases de données biomédicales CINAHL, MEDLINE, Embase. Quelques textes provenant de Google Scholar et la littérature grise y sont également inclus. **Résultats** : L'analyse des écrits a permis d'identifier sept stratégies principales qui contribuent au développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale en milieu hospitalier, qui sont: 1) les programmes de formation incorporant la simulation par immersion interprofessionnelle (*Simulation In Situ*), 2) l'utilisation de méthodes de communication interprofessionnelle structurée tel que le SBAR, 3) le déploiement optimisé de l'étendue de pratique infirmière, 4) l'utilisation de la trousse de formation continue de *TeamSTEPPS* Canada, 5) les tournées interprofessionnelles impliquant le patient, 6) l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et 7) le changement de culture organisationnelle suivant le modèle des hôpitaux magnétiques (*Magnet hospitals*). Le regroupement de ces stratégies a permis la formulation de recommandations pour les gestionnaires et les conseillères cliniques infirmières et pour les organisations (décideurs).

Il est globalement suggéré que les gestionnaires infirmières ainsi que les conseillères cliniques infirmières et décideurs mettent en place des dispositions qui soutiennent davantage les infirmières et leur développement professionnel. Ce qui saurait, alors, avoir un effet bénéfique sur la performance des équipes interprofessionnelles et de l'organisation elle-même. **Conclusion** : Ce travail contribue à mettre de l'avant les connaissances actuelles sur les stratégies de développement des compétences interprofessionnelles des infirmières en milieu hospitalier. Il présente des recommandations pour les conseillères cliniques et gestionnaires infirmières et décideurs en milieu hospitalier. Il s'agit d'offrir, aux infirmières, des opportunités de développement de pratique interprofessionnelle à l'aide de l'évaluation des pratiques interprofessionnelles, de la formation interprofessionnelle et par l'adoption d'une culture organisationnelle de type collaboratif. Ce travail permet également d'offrir un recueil de stratégies et d'outils basés sur les évidences scientifiques comme soutien à la pratique des gestionnaires infirmiers.

Mots-clés : *Développement des compétences, Infirmières, Équipe interprofessionnelle, Stratégies, Pratique collaborative, Hôpital*

Abstract

Background: Organizational and personal factors influence the development of collaborative skills and collaborative practice. In the hospital setting, these factors may limit collaborative practice and help to limit the professional development of nurses. Nurses face the challenge of working in this environment where staff turnover is high, work overload remains, reporting relationships persist, and lack of professional knowledge of the nursing contribution is present. The purpose of this work is to identify strategies from the scientific literature that support the development of nursing skills to foster optimal collaborative practice in hospitals. **Objectives:** Two objectives are pursued in this work. First, it aims at documenting the strategies for an optimal collaborative practice of hospital nurses according to the skills of the collaborative practice and the patient partnership in health and social services of the Patient Collaboration and Partnership Directorate (DCPP) and the interfaculty operational committee of the Université de Montréal (CIO-UdeM). Next, recommendations are proposed to support the development of nursing skills in interprofessional collaboration in hospital settings. **Method:** An integrative research of the writings was carried out according to the method of the "scoping review" of Arksey and O'Malley (2005). It was performed by querying the biomedical databases CINAHL, MEDLINE, Embase. Some texts from Google Scholar and gray literature are also included. This work is based on the skills referential of the collaborative practice and the patient partnership in health and social services (DCCP and CIO-UdeM, 2016). **Results :** The analysis of the literature has identified seven main strategies that contribute to the development of nursing skills for optimal collaborative practice in hospitals, which are: training programs incorporating interprofessional immersion simulation (*In Situ* Simulation); use of structured interprofessional communication methods such as *SBAR*, optimized deployment of the scope of nursing practice, use of the TeamSTEPPS Canada continuing education toolkit, interprofessional patient tours, use of information and communication (ICT) and the change of organizational culture following the model of magnetic hospitals (Magnet hospitals). These provided recommendations for nursing practice, managers and clinical counselors, and for organizations (decision-makers). It is suggested that nurse managers and hospital organizations implement strategies within the organizational work structure that further support nurses and their professional development. **Conclusion:** This work will contribute to the current knowledge of nurses' interprofessional skills development strategies. It presents recommendations for clinical counselors as well as managers in hospitals. In addition, it will sensitize decision-makers on which

organizational aspects to promote that could have a beneficial effect on the performance of teams and the organization itself. It will also provide a compendium of strategies and tools based on scientific evidence as support for nurse managers.

Keywords: *Skills Development, Nurses, Interprofessional team, Strategies, Collaborative Practice, Hospital*

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	viii
Liste des sigles et des abréviations	ix
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte	2
Problématique	4
Barrières à la collaboration interprofessionnelle	5
Considérations au niveau hospitalier	5
Considérations au regard des compétences	7
Considérations pour la pratique infirmière	9
Considérations au niveau de la formation interprofessionnelle.....	11
But du travail dirigé	13
Objectifs spécifiques du travail dirigé	13
Méthodologie	14
Cadre de référence.....	15
Stratégie de recherche et d'analyse des écrits	17
Résultats	24
Stratégie 1 : Programme de formation en milieu clinique (Simulation <i>In Situ</i>)	26
Compétences développées	27
Stratégie 2 : Méthode de communication structurée <i>SBAR</i>	30
Compétences développées	31
Stratégie 3 : Déploiement optimisé de l'étendue de pratique infirmière	34
Compétences développées	34
Stratégie 4 : Formation continue - Outil <i>TeamSTEPPS</i> Canada	37
Compétences développées.....	37

Stratégie 5 : Tournées en équipe interprofessionnelle incluant le patient.....	41
Compétences développées.....	42
Stratégie 6 : Soutien à la pratique collaborative à l'aide de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC)	44
Compétences développées.....	45
Stratégie 7 : Changement de culture organisationnelle : <i>Magnet hospitals</i>	48
Compétences développées.....	50
Proposition	54
Recommandations pour les gestionnaires et les conseillères cliniques infirmières	57
Recommandation pour les organisations (décideurs)	63
Synthèse des recommandations	66
Discussion	68
Analyse critique en regard des recommandations	69
Pertinence des recommandations et aspects novateurs	69
Pertinence du cadre de référence	70
Retombées anticipées.....	71
Pour la pratique	71
Pour l'organisation	74
Pour la recherche	74
Forces du travail dirigé et des recommandations	75
Limites du travail dirigé et des recommandations	75
Conclusion	76
Références	78
Annexes	101
Annexe A Phases de développement des compétences.....	102
Annexe B Schéma des compétences associées à la pratique collaborative et au partenariat patient en santé et services sociaux.....	103
Annexe C Plan de concepts	104
Annexe D Tableau des critères exclusion et inclusion	106
Annexe E Processus de sélection d'articles	107
Annexe F Tableau d'extraction de données	108

Annexe G Exemple de SBAR sous une forme électronique	111
--	-----

Liste des tableaux

Tableau 1. Tableau des articles retenus	20
Tableau 2. Simulation <i>In Situ</i>	29
Tableau 3. Composantes de la méthode <i>SBAR</i>	30
Tableau 4. Méthode communication structurée <i>SBAR</i>	33
Tableau 5. Étendue de pratique	36
Tableau 6. Formation continue (<i>TeamSTEPPS</i>)	40
Tableau 7. Tournées interdisciplinaires incluant le patient.....	43
Tableau 8. Technologies de l'information et de la communication (TIC)	47
Tableau 9. « Magnet hospitals »	52
Tableau 10. Dimensions de l'étendue de pratique infirmière selon la pratique collaborative	60

Liste des figures

Figure 1 Catégorisation des stratégies	56
Figure 2 Modélisation des recommandations pour le développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale.....	67

Liste des sigles et des abréviations

AFISS : Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé

AHRQ : *Agency for healthcare research and quality*

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CIO-UdeM : Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal

CINAHL : *Cumulative index to nursing and allied health literature*

CIP : Collaboration interprofessionnelle

CMQ : Collège des médecins du Québec

CPIS : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

DCPP : Direction collaboration et partenariat patient

GMF : Groupe de médecine de famille

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ICSP : Institut canadien pour la sécurité des patients

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MEDLINE : *Medical literature analysis and retrieval system online*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec

PRT : Pertinence, Résultats et Transférabilité

TIC : Technologies de l'information et de la communication

QÉPI : Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière

RCPI : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

SBAR : *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

« La persévérance, c'est ce qui rend l'impossible possible,

le possible probable et le probable réalisé».

Robert Hal

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'accomplissement de ce projet. Merci aux personnes qui m'ont encadrée, encouragée et accompagnée tout au long de mon parcours académique. En premier lieu, mes remerciements s'adressent à ma directrice du travail dirigé, Madame Isabelle Brault, Ph. D., professeure agrégée ainsi que la professeure, Madame Jacinthe Pepin, Ph. D., pour l'intérêt porté à l'égard de ce projet et les commentaires constructifs. Leurs judicieux conseils et leur expertise complémentaire dans ce domaine m'ont été d'une grande aide, de même que leur soutien indispensable pour mener à bien ce travail. Ce projet n'aurait pas été réalisé sans votre implication. Je tiens également à remercier l'équipe des soins ambulatoires-médecine de jour, qui m'ont permis d'adapter mes horaires et m'ont soutenue tout au long de ce processus. Je remercie également Madame Aynide Nathalus, Madame Vanessa Joseph, Madame Vanessa Datus, Madame Louisanne L. Lormil et Madame Rose-Laure Occelas, amies et consœurs, qui m'ont encouragées à entamer le processus vers l'obtention de ce grade. Un merci tout spécial à mon fiancé, Jerry Jefferson qui a cru en mon potentiel. Son soutien indispensable, son oreille attentive et sa patience ont grandement contribué à rendre ce défi accessible. Merci à mes parents, pour leur soutien remarquable. Merci à Dieu en tout premier lieu pour sa force qui a été accomplie en mes faiblesses.

« Or sans moi, tu ne peux rien faire »

Jean 15 :5

INTRODUCTION

Contexte

La pratique collaborative en santé n'est pas un sujet récent. Les écrits témoignent grandement de celle-ci dans différents domaines, notamment en santé ou en formation des professionnels en santé (Beaumont, Lavoie et Couture, 2010; Fewster-Thuente et Velsor-Friedrich, 2008). D'ailleurs, les professionnels sont de plus en plus appelés à travailler ensemble (D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005). Toutefois, un problème persiste depuis plusieurs années et aujourd'hui encore, il apparaît difficile d'exploiter pleinement les compétences des professionnels du domaine de la santé pour mieux répondre aux besoins grandissants des patients (Furåker, 2009; Oelke et al., 2008). Pour répondre aux besoins uniques des personnes, il apparaît nécessaire d'éclaircir l'implication de l'infirmière dans les milieux de santé, de mettre en place des initiatives pour la développer et la soutenir. Dans cette perspective, plusieurs défis du système de soin de santé peuvent être relevés afin d'avoir une meilleure qualité et sécurité de soin prodiguée par les infirmières. On peut citer : l'application de la vision holistique des soins (Xyrichis et Lowton, 2008; Zamanzadeh, Jasemi, Valizadeh, Keogh, et Taleghani, 2015), les recherches de solutions aux multiples demandes associées aux diverses problématiques de santé dans un seul temps, l'incapacité pour un seul professionnel de répondre à tous ces besoins simultanément et l'attachement des professionnels à leur organisation de travail habituel (Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC), 2011; Rose, 2011; Ryan, 2017). La complexité grandissante dans le domaine des soins de santé nécessite un renoncement aux modèles de soins rigides qui ne prennent pas en considération les changements ou l'évolution des soins de santé et requiert une nouvelle approche face aux situations inhabituelles et de la flexibilité pour laisser place à des structures de soins innovantes (D'amour, Tremblay et Proulx, 2009; Leape et al., 2009; Ryan, 2017). La collaboration interprofessionnelle semble constituer un moyen efficace pour répondre aux défis de la complexité des situations de santé et de l'organisation des soins de la santé pour répondre aux besoins uniques des personnes (Nandan et Scott, 2014; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman et Zwarenstein, 2017). D'ailleurs, elle fait l'objet d'un essor international et des initiatives canadiennes y sont rattachées. La Loi 21, modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines intègre l'interdisciplinarité et l'accès à la compétence comme principes fondamentaux dans la mission des ordres professionnels de la protection du public (Office des professions du Canada, 2013). Cette

loi vise à « favoriser une utilisation optimale des compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire afin d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et d'offrir des services de qualité à la population » (Office des professions du Québec, 2013, p.11).

Au Canada, les pratiques de collaboration interprofessionnelle pour la prestation des services de santé semblent assurer l'amélioration des soins de santé centrés sur le patient (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2010). L'initiative de la stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé au Canada aborde et authentifie le travail des professionnels en collaboration centré sur le patient (Santé Canada, 2008). À cet égard, l'énoncé de position conjoint portant sur la collaboration interprofessionnelle (Cavaliere, 2015), incluant l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), affirme que l'approche collaborative dans la prestation des soins et des services implique l'utilisation complète des compétences de chaque professionnel pour l'atteinte de résultats de santé optimaux. Cela dit, pour une collaboration interprofessionnelle efficace, l'éventail des compétences professionnelles doit être mis en place et utilisé de façon optimale (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 2012); et ce peu importe le milieu de santé. Les infirmières, participantes actives dans les équipes interprofessionnelles, sont particulièrement visées par ces mécanismes (Bender, Connelly et Brown, 2013). Il apparaît indispensable de documenter les moyens à mettre en place, dans les milieux hospitaliers, pour optimiser le développement des compétences infirmières essentielles à celle-ci. C'est ce qui sera principalement documenté dans le présent travail dirigé.

Les paragraphes qui suivent porteront sur la problématique en lien avec la collaboration interprofessionnelle en milieu hospitalier et l'implication de l'infirmière face à celle-ci. Différentes sections sont présentées. D'abord, le but, les objectifs du travail dirigé et les objectifs d'apprentissage seront décrits. La méthodologie suivie pour le travail inclut un cadre de référence qui soutient le projet et une stratégie de recherche employée pour répertorier et ordonnancer les articles pertinents et retenus dans le travail. La recension des écrits présente les principaux résultats découlant de l'analyse approfondie des articles retenus. La proposition présentée, en lien avec les résultats de la recherche, a permis d'élaborer des recommandations. Une réflexion critique des recommandations et du travail dirigé lui-même dans sa globalité est produite dans la section discussion. En conclusion, le bilan des idées développées dans le travail dirigé est rapporté.

Problématique

La prise en charge de la population malade devient de plus en plus difficile (Berrut et de Decker, 2015; Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2013). La population vieillit et les comorbidités s'accroissent (Berrut et al., 2015; Organisation mondiale de la santé (OMS), 2015). L'OMS (2015) estime qu'entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus, dans la population mondiale, va presque doubler; passant de 12% à 22%. Le Québec n'y fait pas exception en maintenant ces mêmes pourcentages (ISQ, 2016). Cette tendance démographique se produit de manière accélérée si l'on compare à autrefois (OMS, 2015), entraînant ainsi l'apparition de plusieurs problèmes de santé concomitants et complexes (OMS, 2016). Par exemple, plus de 10% de la population âgée de 65 ans et plus est touchée par huit maladies chroniques (Sanmartin, 2015). Puis, beaucoup de personnes âgées de 50 ans et plus présentent des problèmes de santé chroniques multiples (Sanmartin, 2015). Les exigences et les répercussions de ces changements, associés aux besoins de santé, rendent urgentes les réflexions sur la structure des soins offerts à la population.

L'augmentation de la complexité des problèmes de santé entraîne une interdépendance entre les professionnels de la santé (D'Amour et al., 2009). Aucune profession ne peut prétendre pouvoir fournir à elle seule les soins et les services requis pour répondre aux besoins présents des patients (Ryan, 2017). Les dispositions visant à établir une structure de soin intégrant le travail en équipe interprofessionnelle peuvent être une solution pour répondre à la diversité des besoins immédiats des patients en milieu hospitalier (D'Amour et al., 2009; Epstein, 2014; Zwarenstein, Goldman et Reeves, 2009).

Plusieurs auteurs, tels Eccott et al. (2012) et Souza, Peduzzi, Silva et Carvalho (2016) rapportent que la collaboration interprofessionnelle a permis de pallier à ces difficultés liées à la confiance et à la communication entre professionnels, de renforcer les compétences en pratique collaborative, de gérer les conflits, de promouvoir la satisfaction au travail et de diminuer le stress. Par exemple, elle encourage l'esprit d'équipe, permet d'identifier et de valoriser les rôles respectifs, de faire valoir les différentes expertises et de cheminer vers une qualité de soins optimale (Chan et Wood, 2010).

Barrières à la collaboration interprofessionnelle

Les écrits scientifiques relatent cependant des obstacles face à la mise en pratique de la collaboration interprofessionnelle (Fung, Downey, Watts et Carvalho, 2017). Par exemple, certaines barrières sont retracées dans l'étude de Fung et al. (2017). Comme obstacles à la collaboration, ces auteures énumèrent : « le manque de disponibilité, les problèmes de communication et de coordination des équipes, des failles dans l'éducation des professionnels, les conflits, les difficultés associées à la structure organisationnelle et le manque de clarification des rôles » [Traduction libre], comme étant des obstacles à la collaboration (Fung et al., 2017, p. 841). D'une part, des écrits relatent des facteurs organisationnels, dont la fragmentation des soins, la culture organisationnelle hiérarchique, la méfiance envers les autres professionnels, le manque de temps, comme ayant une influence négative sur la pratique collaborative (Rose, 2011; Smith, Lavoie-Tremblay, Richer et Lanctot, 2010). D'autre part, des auteurs mettent de l'avant des facteurs personnels et des facteurs liés aux relations interpersonnelles, comme la confiance et le respect mutuel, la coopération, la confiance en soi, l'engagement, la responsabilité partagée, la communication, la coordination, l'attitude positive, l'affirmation de soi ou leadership (Nancarrow et al., 2013; Petri, 2010). Des actions menant vers la recherche de solutions en lien avec le soutien au développement des compétences interprofessionnelles pourraient être un moyen de limiter l'influence des facteurs contraignants mentionnés plus haut.

Considérations au niveau hospitalier

L'approche de la collaboration interprofessionnelle telle que définie par l'OMS (2010) repose sur la structuration d'un travail collectif autour d'un but et des objectifs communs par un processus de communication, de partage de décision, d'interventions et d'apprentissage afin de dispenser des soins de qualité. Les milieux hospitaliers demeurent des milieux dans lesquels la mise en place et la pratique des équipes interdisciplinaires semblent parfois soit problématiques, non optimales, ou peu pratiquées (Boivin, Ntetu et Poirier, 2009; Commissaire à la santé et au bien-être, 2016). Les hôpitaux sont généralement reconnus comme un milieu de bureaucratie professionnelle où coexistent et cohabitent deux dispositions organisationnelles soit par la structure administrative (bureaucratie), impliquant la direction de l'établissement et la structure professionnelle (clinique) se référant au corps médical (Stuedler, 2014). Au niveau professionnel, des problèmes se posent lorsque certains groupes tentent ardemment d'influencer l'organisation

soit dans les prises de décision ou même par la prise de contrôle au nom de l'autonomie professionnelle (Stuedler, 2014). Les difficultés de la pratique interprofessionnelle semblent intervenir à ce moment-ci. Les changements dans les organisations hospitalières poussent en revanche les professionnels à modifier leurs perceptions et leurs pratiques (Adler et Heckscher, 2013; Stuedler, 2014).

Il apparaît que la nature et la complexité des activités de soins de ces milieux, la variété dans les intérêts des différentes équipes de professionnels et l'isolement de ceux-ci à l'intérieur de silos professionnels entravent la collaboration interprofessionnelle (Stuedler, 2014). Ainsi, la fragmentation des soins persiste (Cebul, Randall, Rebitzer, Lowell, Taylor et Votruba, 2008; Orchard, 2010; Stange, 2009), entraînant ainsi de la compétition et une hiérarchisation entre les soignants. Stuedler (2014) souligne qu'« il s'agit d'une structure complexe qui doit répondre à des fonctions diverses (soins, enseignement, recherche, prévention, éducation sanitaire, etc.) » (Stuedler, 2014, p. 43) ; ce qui constitue un réel défi. Les milieux hospitaliers sont composés d'une diversité de professionnels, d'un roulement de personnel élevé et d'unités de soin distinctes, entraînant des perspectives et des directives de soin variables (Boivin et al., 2009; Commissaire à la santé et au bien-être, 2016). De plus, les différents horaires de travail, les changements rapides dans le milieu et les conflits horaires associés aux rencontres professionnelles, la mauvaise perception des professionnels quant au travail en collaboration à l'hôpital et le déséquilibre des relations de pouvoir semblent altérer la pratique en collaboration interprofessionnelle dans ces milieux (Demiris, Washington, Oliver et Wittenberg-Lyles, 2008; Nugus et al., 2010; O'Daniel et Rosenstein, 2008; Rose, 2011).

Compte tenu de ces particularités, il semblerait que les objectifs et la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux hospitaliers ne semblent pas complètement atteints, c'est-à-dire non optimale (Demiris et al., 2008; Kobayashi et McAllister, 2008; O'Connor et Fisher, 2011). Une étude a été menée par le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), en 2010, auprès de différents intervenants dans certains milieux hospitaliers et communautaires du Québec. Seulement 30% de ceux-ci évaluent l'utilisation efficace des recommandations en lien avec la pratique collaborative interprofessionnelle, 35% soutiennent que les compétences en communication sont déficientes (RCPI, 2010). Moins de 50% des intervenants soulignent une bonne compréhension et clarification

des rôles professionnels et seulement 50% des intervenants estiment que le travail d'équipe est une compétence maîtrisée (RCPI, 2010). En revanche, cette approche semble être bien appliquée dans les soins primaires (Vanier, Rivest et Boucher, 2011). Les établissements de soins de santé primaires, tels que les Groupes médecin de famille (GMF) regroupent plusieurs professionnels de la santé, entre autres : médecin, psychologue, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, infirmières cliniciennes et infirmières praticiennes (Breton, Levesque, Pineault et Hogg, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2016). Des écrits décrivent clairement comment s'actualise la collaboration interprofessionnelle et décrivent l'implication des infirmières à ce niveau (Bourgueil, Marek et Mousques, 2008; Clark, Smith, Taylor et Campbell, 2010; Morales-Asencio et al., 2008; Naylor et Kurtzman, 2010). De façon générale, dans les milieux de soins de santé primaires, les équipes semblent disposer d'un intérêt de soin commun et d'un intérêt dirigé vers le développement de leur rôle professionnel (Morgan, Pullon et McKinlay, 2015; Oandasan, et al., 2009; Supper, Catala, Lustman, Chemla, Bourgueil et Letrilliart, 2015). Des stratégies favorisant la communication entre les divers intervenants semblent prendre place et la culture organisationnelle de ce milieu semble consacrer du temps à la pratique collaborative (Morgan et al., 2015; Oandasan, et al., 2009; Supper et al., 2015). Ces organisations semblent laisser place à l'innovation, une grande proportion d'infirmières paraît être formée selon l'approche collaborative interdisciplinaire et leur expertise semble davantage mobilisée (Xyrichis et Lowton, 2008). C'est un environnement de pratique perçu comme étant plus favorable au travail interprofessionnel et au développement des compétences professionnelles (Xyrichis et Lowton, 2008).

L'instauration de la pratique collaborative dans les milieux hospitaliers demeure un défi cependant, cette pratique semble être davantage sollicitée (Adler et al., 2013; Louis, 2017). Les infirmières, fréquemment impliquées dans les équipes de professionnels pourraient mettre à contribution leurs compétences et s'impliquer dans cet élan de changement (Ryan, 2017).

Considérations au regard des compétences

Les compétences, dans un contexte professionnel, sont évolutives (Benner, Tanner et Chelsea, 2009). Ces auteures identifient cinq phases de développement de l'expertise clinique. Elles sont ainsi décrites : novice, débutante avancée, compétente, performante et experte. Ces phases sont détaillées en annexe A du travail. La phase de novice, le stade étudiant, est caractérisée

par des actions guidées par des règles apprises isolément du contexte de soin (Benner et al., 2009). Dans la seconde phase, dite débutante avancée, l'infirmière note les facteurs significatifs, jouit de l'assistance d'infirmières plus matures (Benner et al., 2009). Dans la phase compétente, l'infirmière développe le sentiment de contrôler les situations et répond aux imprévus (Benner et al., 2009). Elle forme des plans de soins sur le long terme et elle distingue les choses importantes des moins importantes (Benner et al., 2009). Les réflexions sont critiques et elle devient capable de faire une démarche de soin bien établie (Benner et al., 2009). La phase performante est caractérisée par la perception des situations de façon intégrale (Benner et al., 2009). Les actions de l'infirmière sont conduites par ses perceptions ; elle détecte de façon précoce les signes de détérioration clinique, examine et connaît les dénouements possibles et prend des décisions (Benner et al., 2009). Finalement, la phase experte décrit l'infirmière comme ayant un bagage d'expériences élargi, comprenant les situations de façon intuitive et appréhende directement le problème (Hoffman, Aitken et Duffield, 2009). Elle prend des décisions et des interventions de façon naturelle (Benner et al., 2009). Pour cheminer à travers ce processus de développement de l'expertise clinique, des moyens et des actions doivent être pris en compte pour soutenir le développement des compétences infirmières, par exemple celles qui sont associées à la collaboration interprofessionnelle. Le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux de la Direction collaboration et partenariat-patient et Comité interfacultaire opérationnel – Université de Montréal (Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel - Université de Montréal (CIO-UdeM), 2016) décrit les compétences à mobiliser pour une pratique collaborative optimale. Les établissements de santé québécois ont des programmes déjà en place pour faciliter l'intégration et le soutien du développement des compétences professionnelles des infirmières en début de carrière, notamment les programmes d'externat, d'orientation et de préceptorat (Direction des communications du MSSS du Québec, 2008). Cependant, les possibilités de développement des compétences professionnelles, tout au long de la carrière, sont également à considérer (Allen, Lauchner, Bridges, Francis-Johnson et McBride, 2008). Des stratégies de développement des compétences infirmières liées à la collaboration interprofessionnelle pourraient être une valeur ajoutée à la mise en pratique de celle-ci dans le milieu hospitalier. Les milieux auraient avantage à soutenir les professionnels dans le développement de leurs compétences, à assurer un suivi et adopter des moyens pour soutenir ces compétences (Garside et Nhemachena, 2013). Dans le cadre de ce travail, les phases de débutante

avancée (fin des études, début de carrière) à experte seront principalement considérées, car le travail est principalement centré sur les infirmières diplômées et la progression de leur pratique professionnelle.

Considérations pour la pratique infirmière

Les caractéristiques des infirmières, leurs compétences et leur les rôles sont affectés et influencés par les possibilités de développement des compétences. Rizany, Hariyati et Handayani (2018) relatent six facteurs, répertoriés à la suite d'une revue systématique, qui affectent le développement des compétences. Il s'agit de : l'expérience, l'environnement, le niveau de formation académique, le soutien professionnel, les habiletés en raisonnement clinique et les caractéristiques personnelles. Des écrits rapportent que plus les infirmières sont exposées à des situations cliniques plus elles développent leur expérience, ainsi leurs compétences évoluent (Rizany et al., 2018). Elles soulignent également que le contexte environnemental incorporant l'accès à des ressources technologiques, du matériel adéquat et le soutien des pairs sont des moyens favorables au développement des compétences professionnelles (Rizany et al., 2018). Également, la formation académique des infirmières semble avoir un impact sur les compétences (Rizany et al., 2018). Aussi, d'autres éléments influents tels que : le soutien professionnel et l'engagement associés au désir d'apprendre, les efforts individuels ainsi que les habiletés de raisonnement clinique et les caractéristiques personnelles comme la confiance en soi et l'attitude ont été rapportés (Rizany et al., 2018).

Les infirmières, par leurs responsabilités et leurs compétences spécifiques et uniques, pourraient être les leaders appropriées pour conduire à une amélioration de l'approche collaborative dans les milieux hospitaliers (D'Amour et al., 2009). Elles devraient être en mesure d'utiliser leur leadership en prenant action dans la résolution de conflit, dans leur rôle d'*advocacy* pour le patient, la profession et leur organisation, en étant des collaboratrices et des communicatrices qui s'affirment (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2017; Fackler, Chambers et Bourbonnière, 2015). Pourtant, ceci semble difficilement réalisable dans les milieux hospitaliers. En effet, l'utilisation de l'expertise infirmière demeure sous-optimale dans les milieux de santé (D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008). La communication et la coordination avec les autres professionnels comportent encore des lacunes, ayant un impact négatif sur la qualité des soins (Fewster-Thuente et Velsor-Friedrich, 2008, Despins, 2009).

Renforcées par leur proximité avec les patients, les infirmières sont conséquemment des agents indispensables pour faire connaître les besoins de ces derniers aux autres professionnels (Cummings, Midodzi, Wong et Estabrooks, 2010; Tyrrell, Levack, Ritchie et Keeling, 2012). Elles ont une image professionnelle constante pour les patients qui sont entourés d'une multitude de professionnels. Pourtant, leurs contributions dans le système de santé sont souvent dissimulées, minimisées ou même dévalorisées (D'Amour et al., 2009; White et al., 2008). Les infirmières devraient être les leaders de changement en mettant en évidence leur expertise afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé de par leur pratique collaborative (Bianco, Dudkiewicz et Linette, 2014; Merrick et Duffield, 2014; Richardson et Storr, 2010; Salmond et Echevarria, 2017). Leurs rôles et leurs responsabilités doivent évoluer en fonction de la complexité des besoins qui s'accroît (Harmer, 2010). Elles deviennent donc des partenaires qui pourraient être un atout pour les équipes de professionnels (Burzotta et Noble, 2011; Salmond et Echevarria, 2017). Dans les milieux où la pratique collaborative est présente, le rôle infirmier et l'expertise infirmière sont plutôt mal compris des autres professionnels, occasionnant des contraintes dans leur engagement et leur implication dans les équipes interdisciplinaires (McKay et Narasimhan, 2012; Patton, 2014; Tang, Chan, Zhou et Liaw, 2013). En effet, l'ambiguïté dans la compréhension des rôles : le « role blurring », et leur leadership affectent le travail en collaboration et la capacité des infirmières à prendre leur place au sein des équipes (Brault et al., 2014; MacDonald et al., 2009; Orchard, 2010; Suter, Arndt, Parboosingh, Taylor et Deutschlander, 2009). Malgré l'accroissement de leur responsabilité (Dasgupta, 2012; Patton, 2014), leur autorité relative à leur champ d'expertise au sein des équipes interdisciplinaires demeure ambiguë (Patton, 2014; Tang et al., 2013). D'un autre côté, le rôle infirmier est clairement défini et mieux appliqué en première ligne (AIIC, 2014), mais dans les milieux hospitaliers, la tâche demeure complexe (McKay et Narasimhan, 2012; Higazee, 2015).

Bien que les infirmières en soins de santé primaires semblent davantage être amenées à une pratique collaborative bien établie (Bourgueil et al., 2008; Clark et al., 2010), la place des infirmières dans les équipes en soins de santé primaires ne diffère pas de façon significative dans les milieux de santé tertiaires (Bianco et al., 2014; Merrick et al., 2014). Les infirmières détiennent un rôle considérable autant à l'interne (intra-hospitalier) qu'à l'externe (extra-hospitalier), dans les équipes de soins (Bianco et al., 2014; Merrick et al., 2014). Elles représentent une grande proportion des travailleurs de la santé et sont considérées comme étant une ressource importante dans la

prestation de soins dans les organisations de la santé (AIIC, 2014a; Needleman et Hassmiller, 2009; Salmond et Echevarria, 2017). Chang, Ma, Chiu, Lin et Lee (2009) soutiennent d'ailleurs le fait que la satisfaction au travail et la rétention infirmière sont positivement soutenues par une collaboration efficace dans les milieux hospitaliers. De ce fait, elles semblent être dans la meilleure position pour développer et faire valoir leur rôle d'experte parmi les différentes professions.

En plus, les conflits interprofessionnels existants en milieu hospitalier engendrent chez les infirmières un manque de confiance et une crainte d'être humiliées au sein des équipes, ce qui est une barrière à une collaboration interprofessionnelle efficace (McGrail, Morse, Glessner et Gardner, 2009; Skei, 2008). Lors des situations complexes, les infirmières ont tendance à se percevoir comme n'ayant pas de pouvoir (Skei, 2008; Tang et al., 2013). La communication et les interactions sont alors conflictuelles (Higazee, 2015; Tang et al., 2013). Pourtant, des caractéristiques interpersonnelles ont une influence sur les habiletés en leadership et la collaboration telles : l'ouverture aux autres et la communication interpersonnelle (Amestoy, Cestari, Thofahrn et Milbrath, 2010; Cummings et al., 2008).

Les infirmières semblent être peu préparées à leur rôle au sein des équipes interdisciplinaires et à la collaboration interdisciplinaire (Orchard, 2010; Petri, 2010; Powers, Staton-Williams, Sheeler et Howard, 2017). La complexité de ce milieu, combinée aux mauvaises perceptions du rôle infirmier de la part des autres professionnels font partie des obstacles à la pratique collaborative ainsi que les lacunes dans leur préparation à la pratique interprofessionnelle (D'Amour et al., 2009; McKay et Narasimhan, 2012; Powers et al., 2017).

Considérations au niveau de la formation interprofessionnelle

Un survol des écrits publiés dans les dernières années permet de voir l'évolution qui s'est opérée dans le système de l'éducation dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle. Malgré les avancées en matière de collaboration interprofessionnelle dans le milieu de l'éducation, le nombre de professionnels n'ayant pas été formés par rapport à cette approche dans le domaine des soins demeure élevé (Curran, Sharpe, Forristall et Flynn, 2008; Thistlethwaite, 2012). D'ailleurs, environ 39,5% des infirmières au Québec sont titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières en 2017-2018 comparativement à environ 67% dans le reste du Canada (OIIQ, 2018). Au Québec, l'existence de deux niveaux de formation infirmière rend la tâche difficile. La majorité des cours en soins infirmiers au collégial ne prévoit pas de cours spécifique sur la pratique

collaborative en comparaison aux programmes universitaires, et ce malgré le fait que le devis ministériel québécois du programme en soins infirmiers au Cégep ait prévu la compétence : établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (Inforoute de la formation professionnelle et technique, 2019). Ces programmes ne prévoient donc pas nécessairement le développement des compétences acquises par l'expérimentation interdisciplinaire.

Un effort soutenu a été effectué dans le domaine de la formation et du développement des compétences des étudiants universitaires comme futurs membres d'équipes interprofessionnelles (Bilodeau, Dubois et Pepin, 2013; Buring et al., 2009; Reeves, Perrier, Goldman, Freeth et Zwarenstein, 2013; Vanier et al., 2013). Des initiatives sont prises pour permettre à tous les milieux de santé d'aller dans la même direction soit, le travail en collaboration. Par exemple, « un projet de collaboration a été financé par Santé Canada, soit l'initiative portant sur l'Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé (AFISS) pour examiner la place de la formation interprofessionnelle dans les normes de l'agrément » (Comité directeur de l'AFISS, 2011, p. 10). Ces formations peuvent autant être conçues dans les milieux d'enseignement que dans les milieux de soins (Simard, 2015; Tremblay-Paquet, Toupin, Faucher, Lebel et Samsom, 2011). Le développement des compétences attendues des infirmières ainsi qu'une utilisation accrue de leur potentiel semble correspondre à la formation reçue (Bilodeau et al., 2013; Gerrish et al., 2011).

Les écrits spécifiques quant à la contribution distincte des infirmières à cette pratique en milieux hospitaliers et les moyens utilisés pour soutenir les infirmières débutantes ou non dans le développement des compétences essentielles à la collaboration dans ce milieu de pratique demeurent plus ou moins explicites. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ; 2011), ces compétences se développent selon les motivations, les dispositions et les ressources mobilisées dans la pratique, des ressources et opportunités du contexte d'exercice de chaque professionnel.

Dans la visée d'une amélioration de la qualité des soins, le maintien du statu quo face au développement des compétences infirmières à la collaboration interprofessionnelle n'est plus acceptable. Il est impératif que les infirmières déploient leurs compétences pour être des partenaires de choix ; allant jusqu'à l'affirmation de leur potentiel en tant que chefs de file en pratique collaborative (Browne, Birch et Thabane, 2012). Les écrits explorent la pratique collaborative, les aspects organisationnels et les approches éducatives face à celle-ci. L'écart entre ce que révèlent

les écrits pour une pratique collaborative interdisciplinaire efficace et la réalité vécue dans les milieux requiert une analyse des stratégies de développement des compétences infirmières à mettre de l'avant pour éclairer les gestionnaires et les conseillères clinique des milieux hospitaliers. Considérant le vieillissement de la population, l'augmentation des besoins de soins de santé, l'interdépendance des différents professionnels en soins de santé, la méconnaissance des rôles de ceux-ci, la fragmentation des soins qui persiste et la culture hiérarchique prédominante dans les milieux hospitaliers, et le manque de formation à la pratique collaborative rendent essentielle la mise en œuvre de stratégies pouvant avoir une influence tangible pour une pratique collaborative optimale ainsi que sur le développement des compétences collaboratives des infirmières. Un approfondissement du sujet et une progression vers une perspective centrée sur le développement et le maintien des compétences infirmières pourraient permettre aux infirmières gestionnaires et aux enseignants d'orienter les équipes d'infirmières et les futures infirmières vers le développement de celles-ci. Dans le premier temps, il importe de faire un état des connaissances des stratégies de développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale.

But du travail dirigé

Le but du travail dirigé est d'établir l'état des connaissances sur les stratégies relatives au développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale dans les milieux hospitaliers afin de proposer des recommandations visant le développement et le maintien de cette pratique collaborative dans les milieux hospitaliers.

Ce travail permettra de mieux comprendre les stratégies, qui favorisent le développement des compétences pour une pratique collaborative au sein des équipes interdisciplinaires, lesquelles ont le potentiel d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients.

Ainsi, les objectifs spécifiques liés au but sont:

- a) Documenter les stratégies essentielles au développement des compétences collaboratives des infirmières en milieu hospitalier tirées du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016) et;
- b) Proposer des recommandations permettant l'intégration de ces stratégies dans les milieux hospitaliers.

MÉTHODOLOGIE

Cadre de référence

Le cadre de référence qui structure et soutient le travail est le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux de la Direction collaboration et partenariat-patient et Comité interfacultaire opérationnel – Université de Montréal (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Ce cadre de référence a été construit sous l’inspiration du cadre de référence du Consortium pancanadien pour l’interprofessionnalisme en santé (CPIS) et le Référentiel national de compétences en matière d’interprofessionnalisme (CPIS, 2010; Orchard et Bainbridge, 2016). La force du cadre sélectionné réside dans sa co-construction avec des patients/familles et des décideurs provenant de différentes disciplines (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Ainsi, les compétences ciblées répondent aussi à l’approche holistique des soins (Xyrichis et Lowton, 2008). Plusieurs référentiels de compétences sont développés sur le sujet et ont été comparés (Reeves, 2012; Thistlethwaite et al., 2014). Celui de la DCPP et CIO-UdeM (2016) a été retenu, car il est récent, canadien, il est représentatif du contexte dans lequel travail est réalisé. De plus, il est pertinent pour les infirmières autant que pour les autres professionnels et les compétences qui y sont illustrées sont des compétences observables. Selon la DCPP et CIO-UdeM (2016) le référentiel peut être « utile au développement professionnel continu des intervenants de la santé et des services sociaux et l’évaluation de la qualité des pratiques collaboratives et du partenariat patient au sein des établissements de santé et de services sociaux [...] » (DCPP et CIO-UdeM, 2016, p. 6). Ce travail dirigé vise à identifier les moyens qui semblent contribuer au développement de ces compétences, soutenant ainsi la valorisation de l’expertise infirmière au sein des équipes interprofessionnelles à l’hôpital. Nous recherchons ainsi les moyens efficaces pour favoriser leur développement et les soutenir dans nos milieux cliniques.

Tout d’abord, le référentiel cité comporte huit compétences essentielles à la démarche vers une pratique collaborative interprofessionnelle efficace, dont l’une est centrale, la compétence associée à la planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux. La compétence centrale est soutenue par sept autres compétences collatérales ; pour une planification et suivi de soin optimal. Le schéma illustré en annexe B offre une vision globale des compétences mentionnées dans le référentiel. Ces compétences (tirées du référentiel de la DCPP et CIO-UdeM, 2016) sont énumérées et décrites comme suit :

- a) communication : capacité à communiquer avec les autres professionnels de façon efficace respectueuse et claire
- b) travail d'équipe : capacité à établir et à maintenir des relations avec les autres professionnels et/ou le patient
- c) clarification des rôles et responsabilités : capacité à expliquer clairement ses rôles et ses responsabilités par rapport aux soins au patient et à sa famille et à en tirer avantage
- d) prévention et résolution de conflit : capacité à prévenir ou à gérer les conflits, de manière efficace
- e) éthique clinique: accompagnement du patient par les intervenants dans les décisions face à une situation qui pourraient entraîner un problème éthique
- f) éducation thérapeutique et à la santé : démarche continue d'apprentissage pour favoriser l'autonomie du patient face à sa situation de santé
- f) leadership collaboratif : partage de l'expertise de chacun envers la situation dans un contexte collaboratif
- h) planification, mise en œuvre et suivi de soin : mise en place d'un plan d'intervention afin d'assurer la continuité des soins

Chacune des compétences mentionnées est associée à un ensemble d'aptitudes, d'actions ou d'interventions révélées par des comportements verbaux ou non verbaux selon la situation de soin (DCPP et CIO-UdeM., 2016). Les articles sélectionnés dans le cadre de ce travail ont été analysés à la lumière des stratégies mises en place dans les milieux hospitaliers pour le développement de ces compétences. L'extraction des données, pour chacun des articles, a été rapportée dans un tableau d'extraction de données réalisé sous l'inspiration de la grille d'évaluation des écrits de Bordage (1989) et la grille de pertinence (P), résultats (R) et transférabilité (T) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UdeM) (2008). La grille PRT (Faculté des sciences infirmières de l'UdeM, 2008) est utilisée dans le programme d'enseignement du baccalauréat pour l'analyse des écrits. De l'analyse des écrits seront extraits les moyens efficaces pour le développement des compétences relatives à la pratique infirmière selon l'approche en collaboration interprofessionnelle. Ces moyens pourraient mettre à profit la contribution essentielle des infirmières dans les équipes interprofessionnelles. Les résultats de ce travail visent à outiller les gestionnaires, les conseillères cliniques et les enseignantes quant aux stratégies de

développement et de maintien des compétences à mobiliser pour la pratique infirmière en milieux hospitaliers.

Stratégie de recherche et d'analyse des écrits

La méthode de repérage et d'analyse d'écrits a été effectuée par l'étude de portée « *scoping review* » de Arksey et O'Malley (2005). Cette approche est de plus en plus utilisée dans la recherche en santé et particulièrement dans le domaine infirmier (Davis, Drey et Gould, 2009). Elle est un processus de recherche itérative permettant d'estimer l'étendue de la littérature disponible selon un champ d'intérêt (Arksey et O'Malley, 2005). Ce type de méthode prévoit une recherche exploratoire complète et l'analyse exhaustive du contenu des articles scientifiques pertinents, préalablement retracés dans les bases de données biomédicales telles que MEDLINE, CINAHL, Embase ainsi que Google Scholar et de la littérature grise. Elle fait ressortir les concepts clés, les théories, les sources de données probantes et les lacunes de la recherche (Arksey et O'Malley, 2005; Armstrong, Hall, Doyle et Waters, 2011; Grimshaw, 2010). Donc, la recherche de la documentation selon les concepts clés, tels que les compétences infirmières et la collaboration ont été analysées suivant le champ d'intérêt de l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle en milieu hospitalier. Puisque, suivant cette méthode, tous les types d'études sont inclus, subséquemment elle admet les écrits issus de la littérature grise (Arksey et O'Malley, 2005; Armstrong et al., 2011). Ceci contribue grandement à ce travail qui met l'accent sur le milieu hospitalier, concept qui restreint les résultats de recherche dans les bases de données scientifiques. Par souci d'éviter une insuffisance de données, une méthode intégrant la littérature grise est alors sélectionnée (Grimshaw, 2010); des recherches dans les milieux cliniques tels que le CHUM et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ont fait partie de la méthode, des articles gouvernementaux et les articles cités dans les références de certains articles retrouvées font également partie de la méthode. La littérature grise permet de confirmer les résultats de recherche issus des bases de données scientifiques (Arksey et O'Malley, 2005; Armstrong et al., 2011). Avec cette méthode, le rassemblement des données sur les compétences infirmières à la collaboration et leur méthode de développement sont recherchés. L'intérêt n'est pas porté sur une analyse détaillée des sources de données, des statistiques, mais plutôt sur la collecte de données pour l'obtention de résultat d'information qualitative, caractéristique de ce que l'on recherche pour ce travail (Arksey et O'Malley, 2005; Peterson, Pearce, Ferguson, et Langford, 2016). À partir de la recherche initiale, la méthode du *scoping review* (Arksey and O'Malley, 2005) suggère d'adopter les six étapes suivantes : l'identification de la

question de recherche, l'identification des études pertinentes (bases de données électroniques, sites web d'organisation, littérature grise), la sélection des études les plus pertinentes liées à la question de recherche, l'extraction des données, l'analyse, le résumé, le rapport des résultats et renseignement sur l'implication pour la pratique et la consultation de personnes significatives (cliniciens, patients et familles, décideurs) pour avoir plus de perspectives, d'éclaircissement, d'applicabilité (étape optionnelle non faite). Chacune des étapes est présentée ci-dessous.

Étapes

1. Identification de la question de recherche

Quelles sont les stratégies mises en place pour soutenir le développement des compétences infirmières à la collaboration interprofessionnelle dans les milieux hospitaliers ?

2. Identification des études pertinentes (base de données électronique, site web d'organisation, littérature grise)

La stratégie de recherche documentaire a été effectuée par l'interrogation des différentes bases de données citées plus haut ainsi que dans littérature grise en utilisant les descripteurs relatifs à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle, la coopération, le développement des compétences infirmières, le travail d'équipe, le rôle infirmier, le partenariat, et le milieu hospitalier. Les mots-clés (descripteurs) sont : *competency development, skills development, nurse, nursing practice, nursing role, collaboration, interdisciplinary collaboration, interprofessional collaboration, hospital, hospital settings*. De là, l'utilisation du marqueur booléen comme suit: *competence OR skills AND nurse OR nursing OR nursing practice OR nursing role AND collaboration OR interdisciplinary collaboration OR interprofessional collaboration OR interprofessional cooperation AND hospital OR hospital setting*; a été effectué pour retracer les écrits s'apparentant au sujet à l'étude. Les mots-clés ont été utilisés dans divers algorithmes selon les bases de données mentionnées afin de recenser un éventail d'articles diversifiés. De plus, différentes combinaisons des descripteurs ont été réalisées pour ainsi permettre de retracer le plus d'articles pertinents possible. Un exemplaire du plan de concept effectué pour la base de données CINALH est présenté en annexe C. Les recherches complémentaires dans la littérature grise sont issues de milieux cliniques hospitaliers et communautaires, ainsi que l'analyse de la liste

bibliographique des articles pertinents retracés. Lors de la lecture des résumés, un tri a été effectué pour la sélection d'articles s'apparentant ou s'appliquant spécifiquement au milieu hospitalier.

3. Sélection des études les plus pertinentes liées à la question de recherche

La méthode de sélection est représentée par un diagramme de flux. Les différentes bases de données ont permis de faire ressortir une diversité d'articles susceptibles de réponse à la question de recherche documentaire. Les critères d'inclusion et d'exclusion, une analyse des titres et des résumés ont permis de restreindre le nombre de résultats. Les critères d'inclusion sont : les écrits de langues française et anglaise, publiés de 2008 à nos jours, portant sur les compétences en collaboration interprofessionnelle en milieux hospitaliers. Et, les critères d'exclusion sont : les publications avant 2008, celles qui s'apparentent exclusivement aux milieux de soins de santé primaires et celles qui portent sur les infirmières praticiennes. En annexe D, sont exposés les critères d'inclusion et d'exclusion sous forme de tableau. Le processus de sélection partielle des articles, le diagramme de flux, est présenté en annexe E.

4. Extraction des données

Les informations pertinentes extraites dans les écrits retenus ont été effectuées en retraçant les thèmes centraux et les compétences retrouvées dans le cadre de référence. Les écrits retenus ont été soumis à une lecture complète selon le cadre de référence et les données ont été extraites. Par exemple, le but, le devis, les thèmes principaux, la méthodologie ainsi que la pertinence des données des articles ont été notés, contribuant grandement à l'analyse des écrits. De plus, une revue de la section des références des articles retenus a été effectuée afin d'identifier d'autres écrits pertinents. Les sites gouvernementaux, les documents et les manuels utilisés dans le processus scolaire ont également été consultés. Par exemple, divers sites Internet gouvernementaux ou associatifs ont été consultés, dont celui du MSSS, de l'AIIC, du RNAO et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Quelques articles d'avis d'experts en santé tels des infirmières et médecins et éditoriaux ont également été consultés, car ils ont un lien avec le sujet et ils introduisent un développement d'idées pertinent à l'état des connaissances sur le sujet. Des manuels consultés durant le cursus de la maîtrise ont également permis de récupérer certains renseignements découlant du domaine des sciences infirmières. De ceux-ci, deux écrits de la littérature grise (n=2), soient les articles de l' Haute autorité de santé (2016) de la France et de l'Institut canadien pour la

sécurité des patients (2018) du Canada ont été retenus. Les différentes compétences ont été décrites selon qu'elles étaient présentes ou non dans chacun des articles, permettant ainsi de déterminer si les écrits répondaient à la question de recherche documentaire. Les écrits retenus se rapportent dans la plupart des cas aux infirmières et aux milieux hospitaliers ou centres tertiaires, ce qui est d'une grande importance pour ce travail. Le canevas utilisé pour ce travail dirigé est présenté en annexe F, contenant un exemple d'extraction de données d'un article retenu (article numéro 1). La liste des articles retenus est énoncée dans le tableau (Tableau 1) ci-dessus.

Tableau 1

Tableau des articles retenus

Numéro de l'article #	Auteurs/ Année	Titre
1	Anderson et al., 2018	<i>Electronic health record tool to promote team communication and early patient mobility in the intensive care unit.</i>
2	Barr et al, 2017	<i>Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: a systematic review</i>
3	Beckett et Kipnis, 2009	<i>Collaborative Communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes</i>
4	Bearg et al., 2012	<i>Survey of interprofessional collaboration learning needs and training interest in health professionals, teachers, and students: an exploratory study</i>
5	Bittle et al, 2017	<i>Interdisciplinary skills review program to improve team responses during postpartum hemorrhage</i>
6	Brault et al., 2015	<i>Implementation of interprofessional learning activities in a professional practicum: the emerging role of technology</i>
7	Brown et al., 2018	<i>Two head better than one: partnering to improve a critical care work environment</i>
8	Cornell et al., 2014	<i>Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding</i>
9	D'Agostino et al., 2017	<i>A communication training program to encourage speaking-up behavior in surgical oncology.</i>
10	de Bont et al., 2016	<i>Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe</i>
11	De Meester et al., 2013	<i>SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study</i>

12	Déry et al., 2017	<i>L'étendue optimale de la pratique infirmière</i>
13	Ferguson, 2008	<i>Military nursing. TeamSTEPPS: integrating teamwork principles into adult health/medical-surgical practice</i>
14	Fewster-Thuente, 2015	<i>Working together toward a common goal: a grounded theory of nurse-physician collaboration</i>
15	Forse et al., 2011	<i>Team training can improve operating room performance</i>
16	Franco et al., 2017	<i>Collaboration effort between physicians and nurses: a feedback tool for the review of the hospitals</i>
17	Gausvik, 2015	<i>Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction</i>
18	Geary et al., 2009	<i>Daily rapid rounds: decreasing length of stay and improving professional practice</i>
19	George et Quatrara, 2018	<i>Interprofessional simulations promote knowledge retention and enhance perceptions of teamwork skills in a surgical-trauma-burn intensive care unit setting</i>
20	Gonzalo et al., 2014	<i>Bedside interprofessional rounds: perceptions of benefits and barriers by internal medicine nursing staff, attending physicians, and housestaff physician</i>
21	Grant et al., 2010	<i>An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model</i>
22	Haute autorité de santé, 2016	<i>SAED guide complet</i>
23	Haller et al., 2018	<i>Organizational culture and nursing practice: the magnet recognition program as a framework for positive change</i>
24	Institut canadien pour la sécurité des patients, 2018	<i>TeamSTEPPS Canada</i>
25	James et al., 2016	<i>Promoting interprofessional collaboration in oncology through a teamwork skills simulation programme</i>
26	Jiménez et al., 2018	<i>Improving quality through nursing participation at bedside rounds in a pediatric acute care unit: a pilot project</i>
27	Kato et Kataoka, 2017	<i>Simulation training program for midwives to manage postpartum hemorrhage: A randomized controlled trial</i>

28	Kenaszchuk et al., 2011	<i>Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration</i>
29	Kim et al., 2014	<i>Unit-based interprofessional leadership models in six US hospitals</i>
30	Kuziemska et Varpio, 2011	<i>A model of awareness to enhance our understanding of interprofessional collaborative care delivery and health information system design to support it</i>
31	Komasawa et Berg, 2016	<i>Interprofessional simulation training for perioperative management team development and patient safety</i>
32	Laird-Fick et al., 2011	<i>Training residents and nurses to work as a patient-centered care team on a medical ward</i>
33	Lutgendorf et al., 2017	<i>Multidisciplinary In Situ simulation-based training as a postpartum hemorrhage quality improvement project</i>
34	McCaffrey et al., 2012	<i>The effect of an educational program on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration</i>
35	O'Leary et al., 2011	<i>Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a hospitalist unit.</i>
36	O'Leary et al., 2012	<i>Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement.</i>
37	Regan et al., 2016	<i>The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration</i>
38	Rouleau et al., 2017	<i>Impact of information and communication technologies on nursing care: results of an overview of systematic reviews</i>
39	Schmalenberg et Kramer, 2009	<i>Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story</i>
40	Solevåg et Karlgren, 2016	<i>Competences for enhancing interprofessional collaboration in a paediatrics setting: enabling and hindering factors</i>
41	Staines et al., 2016	<i>TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients</i>
42	Tang et al., 2018	<i>Clinician user involvement in the real world: designing an electronic tool to improve interprofessional communication and collaboration in a hospital setting</i>
43	Ting et al., 2017	<i>The impact of situation-background-</i>

		<i>assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department</i>
44	Truta et al., 2018	<i>Improving nontechnical skills of an interprofessional emergency medical team through a one day crisis resource management training</i>
45	Weller et al., 2014	<i>Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare</i>
46	Weller et al., 2016	<i>Can team training make surgery safer? Lessons for national implementation of a simulation-based programme</i>

5. Analyse du résumé et de l'article

L'analyse du résumé des articles et la lecture approfondie des articles ont été effectuées en vérifiant leur pertinence, les caractéristiques méthodologiques des articles, la pertinence des résultats et la transférabilité des résultats de la recherche. Le cadre de référence a contribué à orienter l'analyse. Cet exercice visait à faire ressortir les éléments fondamentaux mis en évidence pour faire ressortir leurs forces et limites au plan méthodologique ainsi que les compétences infirmières associées à la pratique collaborative. Les écrits retenus décrivaient ou proposaient des stratégies permettant le développement des compétences en pratique collaborative et leur efficacité. Ceci a permis de décrire les stratégies ou interventions, de regrouper les interventions en précisant les compétences essentiellement développées selon le type de stratégies. Chacune des stratégies a été décrite afin de mieux les connaître et afin d'établir le lien avec les compétences mobilisées par celles-ci.

6. Rapport des résultats et implication pour la pratique

Un sommaire général des résultats des études est ensuite produit dans le but de proposer des stratégies de développement de compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale. Le tableau synthèse des écrits regroupant les différents résultats de recherche a été catégorisé selon les stratégies retracées. Les compétences infirmières développées ont été décrites selon la stratégie énoncée. Le tableau synthèse est construit de manière à identifier : les auteurs, l'année et le pays d'origine de l'étude, le but, la méthodologie, les points importants, les résultats et les recommandations ou commentaires sur les études retenues. Il a été approuvé par la directrice de recherche. Un total de 46 articles a été retenu et analysé avec des devis de recherche divers; la majorité des articles étaient rédigés en Amérique du Nord. De ce nombre, 44 sources étaient des articles scientifiques et deux provenaient de la littérature grise.

RÉSULTATS

Les stratégies essentielles au développement des compétences collaboratives infirmières optimales retracées dans les écrits ont été rapportées afin de répondre à la question de recherche documentaire (étape 1). L'analyse des écrits à l'aide du cadre de référence et l'identification des stratégies répondent au premier objectif spécifique du travail dirigé qui consiste en la documentation des stratégies essentielles au développement des compétences collaboratives des infirmières en milieu hospitalier selon les compétences du Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux (DCCP et CIO-UdeM, 2016).

Suite à l'analyse des écrits sélectionnés, à l'aide du cadre de référence, sept stratégies de développement de compétences infirmières essentielles à une pratique collaborative, significatives, ont été retracées et ensuite présentées. Elles ont été exposées comme suit :

- 1- Programme de formation : simulation interprofessionnelle par immersion (*Simulation In Situ*),
- 2- Optimisation des méthodes de communication interprofessionnelle structurées *SBAR*,
- 3- Déploiement optimisé de l'étendue de pratique infirmière,
- 4- Formation et développement professionnel continu sur le travail d'équipe-*TeamSTEPPS* Canada,
- 5- Tournées interprofessionnelles incluant le patient,
- 6- Soutien de la pratique collaborative avec l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC),
- 7- Changement de culture organisationnelle : *Magnet hospitals*.

Malgré la grande quantité d'articles (n=46) et la multitude des méthodes de recherche employée par les différents auteurs, la concordance des résultats des différents écrits témoigne de leur crédibilité et de la cohérence de l'ensemble des résultats du travail. La majorité des articles font référence au domaine des sciences infirmières, ce qui pourrait faciliter la transférabilité des résultats. La convergence des résultats facilite le regroupement de celles-ci, permettant de faire ressortir des stratégies selon des domaines d'intervention afin de mieux formuler les recommandations. Les résultats sont du domaine de la formation, de l'organisation et de la pratique. Ainsi, les recommandations et les retombées sont exposées selon ces trois domaines.

Une vue d'ensemble des moyens proposés dans la littérature est détaillée. Le présent travail fait état de stratégies concluantes pour le développement des compétences infirmières en matière de collaboration interprofessionnelle dans les milieux hospitaliers. Dans un premier temps, la présentation de chacune des stratégies est composée d'une section qui porte sur la définition et sur ce que la littérature rapporte de celle-ci. Dans un deuxième temps, une section est réservée pour la description des compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux développées par la stratégie. Un sommaire de la stratégie et les différentes compétences du référentiel mobilisées ou développées par cette stratégie sont également précisés dans un tableau récapitulatif repéré après le segment associé à chaque stratégie. Ceci, afin de faciliter l'incorporation des connaissances sur le sujet.

Stratégie 1

1.1 Programme de formation : simulation interprofessionnelle par immersion (Simulation In Situ)

Articles cités : Bittle et al., 2017; Forse et al., 2011; George et Quatrara, 2018; James et al., 2016 ; Kato et Kataoka, 2017; Kenaszchuk et al., 2011; Komazawa et Berg, 2016; Kurup et al., 2017; Laird-Fick et al., 2011; Lutgendorf et al., 2017; Steinemann et al., 2016 ; Truta et al., 2018; Weller et al., 2016.

Plusieurs études retenues démontrent l'impact de la simulation *In Situ* sur le développement de compétences essentielles à la collaboration interprofessionnelle (n=13). La formation par simulation en milieu clinique nommée simulation *In Situ* est une approche de plus en plus utilisée (George et Quatrara, 2018; Kurup, Matei et Ray, 2017). La simulation *In Situ* est définie par l'organisation de sessions de formation à l'aide de scénario dans l'environnement de travail de l'équipe (Kurup et al., 2017). Il consiste à introduire l'équipe, composée de différents professionnels, à un scénario de formation dans son milieu de travail professionnel dans le but d'arriver à un contexte d'apprentissage réaliste (Lutgendorf et al., 2017). Cette pratique implique le partage de l'information et des connaissances des différents professionnels (Lutgendorf et al., 2017; Bittle et al., 2017). Il permet également d'évaluer et de revoir le fonctionnement de l'équipe, de renforcer les compétences et de cerner les besoins des apprenants (Kurup et al., 2017; George et Quatrara, 2018). Donc, la formation par simulation *In Situ* se déroule directement dans les unités de soins, avec le matériel et les ressources de ces unités; avec les membres de l'équipe professionnelle qui y

travaille (Kato et Kataoka, 2017). La simulation *In Situ*, une méthode de formation interprofessionnelle récente et en pleine croissance, permet de repenser nos pratiques afin de développer les compétences interprofessionnelles dans le but de répondre aux besoins des patients de façon collective (George et Quatrara, 2018; Komasaawa et Berg, 2016).

1.2 Compétences développées

Selon Lutgendorf et al. (2017), cette stratégie est un exercice qui semble contribuer au développement professionnel, particulièrement au développement d'aptitudes liées à la communication et aux composantes du travail d'équipe. Dans leur étude, portant sur l'efficacité d'un exercice de simulation *In Situ* interprofessionnelle, les auteurs ont pu démontrer les bienfaits de celui-ci sur le travail d'équipe et ont pu déceler les écarts dans la pratique et apporter une amélioration aux pratiques des professionnels participants à l'étude (n=113). James, Page et Sprague (2016), de leur côté, ont mené une étude sur le suivi de patient cancéreux qui démontre les effets de l'intégration d'un programme de simulation *In Situ*, basé sur les domaines de compétences du *Interprofessional education collaborative*: valeurs et éthique, rôles et responsabilités, compétences en communication et capacités de travail en équipe. Les participants (n=23) provenant d'une unité de soin d'hémo-oncologie avaient une meilleure communication avec les résidents en médecine qui ont fait le programme de simulation, le principe de soutien mutuel, tel qu'offrir des critiques constructives durant la simulation était davantage incorporé à leur pratique et ce programme offrait l'opportunité d'obtenir la perspective des autres professions et de tisser des liens avec des collègues d'autres disciplines (James et al., 2016). Ce programme était de simulation *In Situ* semble avoir permis le développement des compétences associées à la communication et au travail d'équipe.

Une étude menée aux États-Unis portant sur l'impact d'une formation des membres d'une équipe de salle opératoire selon un modèle de pratique interprofessionnelle structurée; la simulation *In Situ* a été effectuée par Forse et al. (2011). Suite à la simulation, les participants ont déclaré avoir plus de connaissances sur le fonctionnement des équipes, sur le climat d'équipe de travail adéquat, sur la performance des équipes, sur le leadership et l'identité des équipes (Forse et al., 2011). James et al. (2016) et Laird-Fick et al. (2011) soulignent que la simulation *In Situ* pourrait encourager le développement d'habiletés attachées aux relations interpersonnelles. Le

soutien mutuel est manifesté par le partage des connaissances et de commentaires constructifs, la confiance et la patience entre les membres d'équipe (Laird-Fick et al., 2011). Ce type de formation permet de développer les aptitudes de communication, de connaître davantage les attributs d'une équipe en lien avec le fonctionnement des équipes, la performance, les habiletés, le leadership, et le climat d'équipe et l'identité de l'équipe (James et al., 2016; Laird-Fick et al., 2011); facteurs qui contribuent au développement des compétences quant au travail d'équipe, à la communication et la clarification des rôles et responsabilités. (James et al., 2016; Laird-Fick et al., 2011). Le partage des connaissances et de l'information attribuable à la simulation *In Situ* permettrait aux professionnels de ne pas se sentir menacés par le statut professionnel de l'un et de l'autre (Kenaszchuk et al., 2011; Weller et al., 2016). Cela contribue au développement des compétences associées au travail d'équipe (Kenaszchuk et al., 2011; Weller et al., 2016).

Ce type de programme de formation pratique semble également contribuer à la planification et à l'organisation des soins. Plusieurs études retracées sur le sujet mentionnent que la simulation *In Situ* permet de déceler les lacunes et les pratiques à améliorer au sein de l'organisation (Forse et al., 2011; James et al., 2016; Lutgendorf et al., 2017). Elle pourrait être un moyen efficace pour prévenir les risques liés aux soins, pour obtenir une évaluation initiale d'une nouvelle procédure de soin (Forse et al., 2011; James et al., 2016) et pour obtenir un consensus des différents professionnels par rapport aux pratiques cliniques (Komasawa et Berg, 2016, Kurup et al., 2017).

La simulation *In Situ* est généralement suivie de séances de *débriefing*. Plusieurs études mettent de l'avant cette stratégie, car les sessions de *débriefing* offrent une opportunité de dialogue et d'échange entre les membres de l'équipe (Bittle et al., 2017; George et Quatrara, 2018; Kato et Kataoka, 2017; Komasawa et Berg, 2016; Steinemann et al., 2016; Truta et al., 2018). Les séances de *débriefing* permettent de cerner les erreurs, de retenir les apprentissages clés et de participer à la prise de décision offrant ainsi la possibilité de développer des compétences interpersonnelles de négociation (Laird-Fick et al., 2011). Cette attitude de partenariat égalitaire et de soutien mutuel permet le développement des compétences associées au leadership partagé. Par contre, George et Quatrara (2018) recommandent l'application de ce type de programme de simulation de façon répétitive, car les effets bénéfiques sur le développement des compétences tendent à s'atténuer avec le temps.

Ainsi, des compétences essentielles à la pratique collaborative pour cette stratégie sont soutenues et développées. Les compétences liées au travail d'équipe, à la communication, à la planification de soin, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux, à la gestion de conflits, à la clarification des rôles et des responsabilités ainsi qu'au leadership collaboratif sont ressortis comme étant des compétences ayant été mobilisées. Le tableau 2 présente un résumé de la simulation *In Situ* ainsi que ses composantes. Il présente les compétences interprofessionnelles mobilisées par celle-ci.

Tableau 2

Simulation In Situ

Récapitulatif stratégie 1 : Simulation *In Situ*

Résumé

Ce type de simulation est défini comme étant des simulations interdisciplinaires sur le terrain. Son application demeure possible dans les divers milieux cliniques hospitaliers. Cette pratique permet d'évaluer et de revoir le fonctionnement de l'équipe, de renforcer les compétences et de déceler le niveau d'efficacité d'une organisation.

Stratégie

- ❖ □ Programme de formation : simulation interprofessionnelle par immersion (*Simulation In Situ*)

Simulation composée de membres de l'équipe de professionnelles du milieu clinique même. Planification rigoureuse du programme et une bonne gestion des effectifs, permettant la libération des professionnels pour le programme.

Débriefing structuré après le programme, offrant des occasions de soutien mutuel.

Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées

Travail d'équipe ↔ Soutien mutuel, confiance, connaissance sur le fonctionnement d'équipe, occasion pour tisser des liens

Communication ↔ Communication favorable, partage d'information, des préoccupations

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Perspectives des autres professions mieux connues

Gestion de conflit ↔ Climat de travail adéquat, processus de décision par la négociation, Compromis

Planification, mise en œuvre et suivi des soins ↔ Meilleure organisation des soins, permet de discerner les failles et améliorer les activités de soin, soins axés sur le patient

Stratégie 2

2.1 - Optimisation des méthodes de communication interprofessionnelle structurées *SBAR*

Articles cités : Beckett et Kipnis (2009), Cornell et al. (2014), De Meester et al. (2013), Haute autorité de santé (2016), Ting et al. (2017), Weller et al. (2014)

L'adoption de méthodes de communication peut favoriser le développement de la collaboration interdisciplinaire. Six des 46 articles retenus portent sur la communication structurée *SBAR*. Un mode de communication développé par la marine américaine, suite à un accident de sous-marin nucléaire dû à des problèmes de communication, a été adapté pour les professionnels de la santé et est utilisé depuis les années 90 dans des hôpitaux (militaires) américains pour standardiser les communications. Il est reconnu par l'Université de Toronto, car cette méthode bonifie la collaboration entre les différents professionnels dans le domaine de la santé (De Meester, Verspuy, Monsieurs, Van Bogaert, 2013). Il s'agit de la technique de communication structurée *SBAR* (*Situation, Background, Assessment, Recommandation*; De Meester et al., 2013; Haute Autorité de santé, 2016), correspondant à l'acronyme SAED (Situation, Antécédents, Évaluation, Demande) pour sa traduction française (Haute Autorité de santé, 2016). La Tableau 3 présente les composantes de la méthode *SBAR*. Sa version électronique est présentée en annexe G.

Tableau 3

Composantes de la méthode SBAR

Composantes SBAR	
<i>Situation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se présenter (nom, fonction) et se situer (lieu) • Vérifier l'identité et le rôle de l'interlocuteur • Identifier le patient (nom, âge, sexe) et sa localisation (lieu) • Définir la raison ou la situation qui motive l'appel ou l'échange verbal
<i>Background</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Résumer les conditions connues et antérieures (antécédents, événements, traitements ou résultats des jours/heures précédents)
<i>Assessment</i>	

- Résumer votre observation et votre évaluation clinique ou paraclinique immédiate

Recommandation

- Présenter votre suggestion, demande ou question
- Définir le degré d'urgence (si pas déjà mentionné au niveau de la situation)

L'engagement et la participation des infirmières dans l'équipe de soin et l'équipe interprofessionnelle supposent un rôle de communicateur (Beckett et Kipnis, 2009). Les différences dans le style de communication entre les médecins et les infirmières semblent causer des failles dans la communication (De Meester et al. (2013). En effet, De Meester et al. (2013) et Beckett et Kipnis (2009) soulignent que les infirmières sont formées à transmettre de l'information de façon détaillée tandis que les médecins sont formés dans l'adoption d'une communication succincte.

2.2 Compétences développées

La méthode *SBAR* est retracée comme étant une intervention améliorant la communication (Ting et al., 2017). Une étude systématique menée par Weller, Boyd et Cumin (2014), effectuée aux États-Unis a permis de faire ressortir les stratégies pour possiblement contrer les barrières au travail d'équipe et à la collaboration, telles que le manque de connaissance académique sur le travail d'équipe, la distinction entre les différents groupes professionnels, l'emplacement des unités de soins inadéquats (Weller et al, 2014). Les auteurs avaient pour objectif d'évaluer les interventions qui améliorent le travail d'équipe et la communication (Weller et al, 2014). Divers facteurs d'influences associés à la pratique collaborative, tels des facteurs éducationnels, psychologiques et organisationnels ont été relatés (Weller et al., 2014). Ainsi, des barrières, issues de ces facteurs tels que le manque de connaissance académique sur le travail d'équipe, la distinction entre les différents groupes professionnels, l'emplacement des unités de soins pouvant limiter les rencontres interprofessionnelles sont des barrières précisées par les auteurs qui entravent la collaboration (Weller et al, 2014). La méthode de communication structurée, à l'aide du *SBAR*, a donc été proposée par ces auteurs comme solution aux failles dans la communication d'équipe (Weller et al, 2014). Ils mentionnent qu'à l'aide de cette méthode, une amélioration dans la transmission des informations sur le patient et sur le plan de soin pourrait y être associée (Weller

et al., 2014). Ce fait peut être traduit par un rehaussement des compétences en communication (Ting et al., 2017), consolidant les compétences en leadership partagé et en planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux. Ting et al. (2017) proposent d'ailleurs l'utilisation de la méthode de communication structurée pour favoriser la synthétisation des informations importantes lors de transfert d'informations de l'infirmière au médecin et pour faciliter les échanges concernant les patients. Cornell, Townsend-Gervis, Yates et Vadarman (2014) rapportent, dans leur étude menée sur l'utilisation de la communication structurée *SBAR*, que les rapports entre les différents quarts de travail et lors des tournées interdisciplinaires sont améliorés à l'aide de celle-ci. Il permet donc le développement des compétences en communication et en planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux.

De plus, ce mode de communication engendre le développement d'autres compétences dont la clarification des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe, le leadership partagé et le travail d'équipe. Beckett et Kipnis (2009), dans une étude quasi-expérimentale, montrent les effets de l'intégration de cette méthode dans la pratique des soignants dans un hôpital, dans un département de périnatalité. L'intervention a été appuyée sur les faits suivants : « la création des équipes, les stratégies en collaboration, les techniques de communication positive, l'empathie et les stratégies de résolution de problème » (Beckett et al., 2009, p. 21). Les propos des participants (n= 267) de l'étude ont souligné l'efficacité du *SBAR* dans leur équipe. Un professionnel mentionne avoir eu l'occasion de développer davantage des aptitudes au niveau de la coordination dans les soins d'un patient produisant ainsi de meilleurs résultats de santé chez le patient (Beckett et al., 2009). La compétence associée à la planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux est alors mobilisée. L'étude souligne également l'amélioration de la relation et de la communication entre le médecin et l'infirmière, développant ainsi des compétences en travail d'équipe (Beckett et al., 2009). Avec cette méthode, l'*empowerment* des infirmières est rehaussé, car elles sont plus à l'aise de partager leur point de vue, de poser des questions et d'encourager d'autres à partager leur point de vue (Beckett et al., 2009). Ainsi, les compétences en leadership partagé sont mobilisées (Beckett et al., 2009). Cette méthode de communication pourrait être intégrée dans les formations, les documents informels des employés afin de rendre accessible l'outil et favoriser son application quotidienne (Ting et al., 2017). Le tableau 4 présente brièvement la méthode de communication *SBAR* et ses composantes. Il présente également les compétences interprofessionnelles qui sont mobilisées à l'aide de cette stratégie.

Tableau 4

Méthode de communication structurée SBAR

Récapitulatif stratégie 2 : Communication SBAR

Résumé

La communication entre les professionnels comporte encore des lacunes dans les soins médicaux. Des méthodes doivent être recherchées pour améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts au patient. Les infirmières semblent être des communicatrices de par leur position et leur implication dans les milieux hospitaliers. Elles détiennent des informations primordiales, ayant un impact direct sur les soins et sécurités des patients.

Stratégie

❖ Utilisation d'un outil en communication : *SBAR*

Méthode communication structurée

Situation, Background, Assessment, Recommandation

Description de la situation actuelle - Antécédents - Évaluation - Recommandation

Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées

Travail d'équipe ↔ Relation et communication favorisés

Communication ↔ Communication claire, concise, discussion en lien avec plan de soin mieux structurée

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Partage et meilleure compréhension des rôle

Gestion de conflit ↔ Climat de travail adéquat

Planification, mise en œuvre et suivi des soins ↔ Amélioration de la coordination des soins entre les professionnels

Leadership partagé ↔ Occasion de donner son point de vue, de poser des questions et de permettre aux autres de partager de l'information

Stratégie 3

3.1 Déploiement optimisé de l'étendue de pratique infirmière

Articles cités : de Bont et al. (2016), Déry et al. (2017), Franco et Cordero (2017), Grant et al. (2010)

Cette stratégie a été rapportée dans quatre articles parmi les 46 articles retenus. Ces écrits (n=4) soulignent l'importance du déploiement de l'étendue de pratique infirmière pour une pratique collaborative optimale. La contribution des différents professionnels de la santé doit être connue et soutenue (Déry, D'Amour et Roy, 2017). L'encadrement législatif qui délimite le rôle et les compétences, qui regroupent le corpus de connaissances, les aptitudes et comportements ainsi que l'implication professionnelle et les fonctions professionnelles de l'infirmière, font référence à l'étendue de pratique infirmière (Déry et al., 2017). L'étendue de pratique se rapporte donc à la multitude de rôles, de fonctions et de responsabilités déployée par l'infirmière qui sont rattachée aux compétences, à la connaissance et à la formation de celle-ci (Déry et al., 2017).

Globalement, la contribution de l'infirmière est tributaire du type d'organisation de soins de santé dans laquelle elle œuvre (Déry et al., 2017). Son rôle de collaboratrice, potentiellement limité dans certains milieux, devrait alors être réévalué régulièrement dans les milieux cliniques afin d'optimiser l'implication infirmière dans leur rôle de collaboratrice et afin de permettre aux autres professionnels d'être familiers à celle-ci (de Bont et al., 2016). Et ceci, peu importe le type d'organisation dans laquelle elles œuvrent. Les réflexions et l'expansion de l'étendue de pratique infirmière pourraient permettre aux infirmières de s'engager dans les relations interpersonnelles tout en maintenant leur autonomie professionnelle (de Bont et al., 2016). Elles requièrent des infirmières ayant un leadership inéluctable, elles devraient être aptes à influencer et à s'engager de façon collaborative (Franco et Cordero, 2017).

3.2 Compétences développées

La revue, le soutien et l'expansion de l'étendue de pratique permettront aux infirmières de développer leur compétence en matière de collaboration. Déry et al. (2017) recommandent de « réfléchir à l'optimisation de l'étendue de la pratique infirmière » (p. 54). Elles proposent d'innover et de développer le travail d'équipe pour permettre le partage des responsabilités (Déry et al., 2017). En effet, de Bont et al. (2016) ont étudié le développement de nouveaux rôles professionnels en

Europe associée à l'étendue de pratique et son orientation. Ils ont relaté que la revue de l'étendue de pratique et son optimisation semblait avoir un impact sur les compétences associées au travail d'équipe, au leadership partagé ainsi qu'aux rôles et responsabilités. Une réflexion et un retour sur l'étendue de pratique a été effectués lors de cette étude (de Bont et al., 2016). Les professionnels se sentaient beaucoup plus à l'aise dans leur rôle, avaient une meilleure compréhension de leur rôle, favorisant ainsi une meilleure compréhension des rôles des autres membres de l'équipe interprofessionnelle. de Bont et al. (2016) stipulent que la confiance des infirmières par rapport à leur rôle facilite la délégation des tâches; occasionnant ainsi le partage de pouvoir, l'amélioration des relations et la confiance dans les compétences de chacun. Il semble donc crucial de favoriser et renforcer le soutien et l'accès à toute initiative de développement professionnel.

Une étude descriptive comparative menée par Franco et Cordero (2017) expose la différence entre l'attitude des infirmières et des médecins face à la collaboration. Les résultats démontrent que les infirmières ont une plus grande ouverture face à la collaboration que les médecins (Franco et Cordero, 2017). Elles recommandent l'utilisation d'un plan stratégique qui comprend la mise en place de repères face à l'étendue de pratique et la reconnaissance du modèle de pratique complémentaire pour favoriser les interactions interprofessionnelles (Franco et Cordero, 2017). Ainsi, un bagage de compétences complémentaires et d'expertise spécifique pourrait être dégagé par chaque professionnel inclus dans l'équipe interprofessionnelle (Franco et Cordero, 2017). Cela facilitera le développement d'habiletés pour la résolution de conflit, associée à la communication, au travail d'équipe et au leadership partagé (Franco et Cordero, 2017).

Grant, Colello, Riehle et Dende (2010) de son côté encouragent la mise en place d'une organisation favorisant le déploiement de la pleine étendue de pratique infirmière. L'article est axé sur les infirmières et leur développement dans les organisations. Ces auteurs soulignent que la revue de l'étendue de pratique et son déploiement encourage le développement des compétences interprofessionnelles (Grant et al., 2010). Elles ajoutent qu'une étendue de pratique déployée accroît le sentiment de confiance et de fierté professionnelle (Grant et al., 2010). Ainsi, leur rôle devient clair et les responsabilités sont bien reconnues par les autres professionnels (Grant et al., 2010). Ceci favorise la délégation et le partage des responsabilités (Grant et al., 2010). Les compétences en leadership partagé sont alors renforcées (Grant et al., 2010). Pour cibler l'ensemble des dimensions significatives de l'étendue de pratique correspondant à la collaboration interprofessionnelle, le développement de la compétence de leadership est essentiel (de Bont et al.,

2016; Grant et al., 2010). Un environnement suscitant le respect, la confiance, la dignité et le partage de pouvoir est caractéristique des milieux où l'étendue de pratique infirmière est optimale (Grant et al., 2010).

Les compétences interprofessionnelles mobilisées, en lien avec le déploiement optimisé de l'étendue de pratique, sont de l'ordre du travail d'équipe, de la communication, de la clarification des rôles et du leadership partagé. Le tableau 5 présente sommairement la stratégie associée à la revue de l'étendue de pratique et les compétences interprofessionnelles mobilisées par celle-ci.

Tableau 5

Étendue de pratique

Récapitulatif stratégie 3 : Déploiement optimisé de l'étendue de pratique infirmière

Résumé

L'étendue de pratique en milieu clinique est relativement peu déployée. Le manque de connaissance sur la contribution infirmière au sein des équipes de professionnel persiste. Les infirmières devraient avoir la possibilité d'œuvrer dans toutes les sphères de leur champ de pratique.

Stratégie

❖ Revue de l'étendue de pratique infirmière

Il est important de revoir avec les infirmières leur étendue de pratique afin de faciliter le travail en collaboration. Le déploiement optimisé de l'étendue de pratique favorise une meilleure compréhension du rôle infirmier. Le sentiment de confiance et de fierté y résultant, favorise la reconnaissance du rôle des autres, le partage de pouvoir et les interactions.

*Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat
patient en santé et services sociaux mobilisées*

Travail d'équipe ↔ Partage de solution pour amélioration de la qualité des soins, sentiment de confiance envers le rôle des autres

Communication ↔ Interaction interprofessionnelle recommandée

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Développement du rôle infirmier en développant la pratique
Sentiment de confiance et de fierté professionnelle

Leadership partagé ↔ Partage d'opinion et propose des solutions

Stratégie 4

4.1 La formation et le développement professionnel continu – Trousse *TeamSTEPPS* Canada

Articles cités : Bearg et al. (2012), Beckett et Kipnis (2009), D’Agostino et al. (2017), Ferguson (2008), Forse et al. (2011), Institut canadien pour la sécurité des patients (2018), McCaffrey et al. (2012), Staines et al. (2016), Steinemann et al. (2016)

Parmi les 46 articles retenus, neuf articles traitent de la formation continue et de l’utilisation de la trousse de formation continue *TeamSTEPPS*. Une trousse de formation a été développée par le ministère de la Défense des États-Unis et l’*Agency for healthcare research and quality* (AHRQ) dans le but de modifier la culture des soins de santé et favoriser la sécurité du patient (Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP], 2018). Il a été adapté pour les soins de santé ayant été d’abord conçus pour le rehaussement du travail d’équipe dans le secteur d’activité de l’aviation (ICSP, 2018; Staines, Baralon et Farin, 2016). *TeamSTEPPS* est l’acronyme de *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (ICSP, 2018). Cette trousse contient des éléments de formation axés sur les composantes du travail d’équipe, de la communication structurée, de l’expertise en leadership, de l’évaluation des situations de soin et de l’entraide (ICSP, 2018; Staines et al., 2016).

Récemment, l’ICSP a obtenu l’autorisation d’utiliser la trousse de formation *TeamSTEPPS*, l’a adaptée et le rend disponible aux différentes organisations canadiennes de la santé (ICSP, 2018). La trousse de formation *TeamSTEPPS* Canada comprend 12 modules de formation (ICSP, 2018) incluant une structure et des compétences à développer basées sur la connaissance, l’attitude et la performance, des outils et des stratégies pour contrer les barrières au travail collaboratif et des modules de formation pour la mise en application des connaissances (ICSP, 2018).

La formation continue enrichit les connaissances, développe les compétences et encourage l’engagement professionnel (McCaffrey et al., 2012). De plus, la formation continue améliore la qualité de la progression de la carrière professionnelle, des habiletés personnelles, expose les professionnels à de nouveaux concepts issus de la recherche et contribue à l’expansion du réseau professionnel (Bearg, Lake et Paslawski, 2012; McCaffrey et al., 2012).

4.2 Compétences développées

L’utilisation de la trousse *TeamSTEPPS* a été répertoriée comme étant une stratégie de formation continue qui supporte le travail collaboratif et les compétences associées à celle-ci.

McCaffrey et al. (2012) soulignent d'abord les effets bénéfiques d'un programme de formation continue interprofessionnel. Ces auteurs ont mené une étude quasi-expérimentale pour déterminer l'effet d'un programme éducatif sur l'attitude des infirmières et des résidents en médecine à l'égard de la communication et de la collaboration (McCaffrey et al., 2012). Cette étude a été effectuée dans un hôpital universitaire aux États-Unis. Les participants étaient majoritairement des infirmières (n=68) et des résidents (n=47). Ils démontrent que la formation continue interprofessionnelle favorise l'utilisation des compétences en communication (McCaffrey et al., 2012). Elle offre la possibilité aux membres de l'équipe de partager librement leurs préoccupations et incompréhensions reliées au manque de communication (McCaffrey et al., 2012). Il en résulte une diminution du stress causé par les conflits, car la prise de décision mutuelle est développée (McCaffrey et al., 2012). Suite à la formation, un moment pour les échanges a été effectué lors de l'étude permettant l'exercice du leadership partagé (McCaffrey et al., 2012). Il en est de même pour Bearg et al. (2012) qui rapportent que la formation continue interprofessionnelle développe les relations interpersonnelles, établit les frontières de chaque professionnel, permet de comprendre et de communiquer l'étendue de pratique de chacun, favorise le développement des habiletés en gestion de conflit, aide les professionnels à connaître leurs forces et leurs limites et entraîne une ouverture au partage de pouvoir. Ce qui favorise la mobilisation des compétences liées au travail d'équipe, à la clarification des rôles et responsabilités, à la gestion de conflit, à l'éthique clinique et au leadership partagé. D'Agostino et al. (2017) appuient également la proposition de la création d'un programme de formation dans les milieux de soin permettant le développement des compétences en communication. Ceci pouvant avoir un impact flagrant sur la cohésion des équipes (D'Agostino et al., 2017).

Forse et al. (2011), dans leur étude quasi-expérimentale, ont d'ailleurs utilisé cette trousse, le *TeamSTEPPS*, comme référence pour démontrer l'effet de l'utilisation d'un outil basé sur les résultats probants dans un programme de formation. Tel que mentionné pour la stratégie sur la Simulation *In Situ*, l'impact du programme a grandement contribué au développement des compétences interprofessionnelles. Par contre, il est important de souligner que cette étude permet de réaliser que ces effets bénéfiques ne durent pas dans le temps. De son côté, Steinemann et al. (2016) utilise aussi les éléments de formation contenus dans la trousse pour la vérification des éléments de discussion essentiels lors de *briefing*. Lors de l'étude, les différents professionnels qui composent une équipe interprofessionnelle en salle d'opération d'un hôpital aux États-Unis, ont eu

à participer à une séance de *briefing* structurée suite à une activité de simulation interprofessionnelle. Le *TeamSTEPPS checklist* a été utilisé pour planifier cette séance en équipe (Steinemann et al., 2016). Elle est une méthode permettant de partager le plan d'équipe lors de discussion en équipe (Steinemann et al., 2016). Ceci contribuant à développer les compétences en travail d'équipe et en communication. Par exemple, à l'aide de la planification lors de la séance de *briefing*, la perception des membres de l'équipe envers le travail d'équipe a été modifiée positivement (Steinemann et al., 2016).

Ferguson (2008) publie un ouvrage qui expose clairement l'évaluation du programme *TeamSTEPPS*. Elle mentionne que cet outil laisse place à l'application de technique de communication claire et pertinente. Par exemple, elle rapporte l'utilisation de la méthode de communication précédemment présentée : le *SBAR* (Ferguson, 2008). Cette méthode favorise la cohésion des équipes, accroît l'esprit critique des équipes et le soutien mutuel en apprenant à appréhender les besoins des autres et à offrir du soutien aux autres (Ferguson, 2008). Ceci vient appuyer les propos d'Agostino et al. (2017) sur la cohésion des équipes, favorable à la collaboration. Elles rapportent également que dans cette trousse, un outil de gestion de conflit est présenté pour faciliter la répartition des rôles au sein de l'équipe, à avoir les moyens nécessaires pour entamer les discussions et favoriser le partage de l'information (Ferguson, 2008). Une période de *débriefing* est aussi une particularité inhérente au programme de formation que contient la trousse (Ferguson, 2008). Ces périodes permettent les retours sur la performance des équipes en vue d'améliorer le travail d'équipe (Ferguson, 2008). Le tableau 6 présente sommairement la trousse de formation *TeamSTEPPS*, telle une formation continue, ces composantes et les compétences interprofessionnelles qui y sont mobilisées.

Tableau 6

Formation et développement professionnel continu (TeamSTEPPS)

Récapitulatif stratégie 4 : Formation et développement professionnel continu à l'aide du *TeamSTEPPS*

Résumé

La formation continue est soutenue par les organisations de la santé qui vise une amélioration de la qualité des soins et un développement professionnel. La formation continue interprofessionnelle de son côté a été reconnue comme étant un élément essentiel au travail collaboratif.

Stratégie

❖ Formation continue (outil *TeamSTEPPS*)

L'utilisation du programme de formation *TeamSTEPPS* a un impact positif sur la totalité des compétences interprofessionnelles. Axé sur le travail collaboratif, cet outil a démontré son utilité dans les séances de briefing, de *débriefing* et sur la qualité du travail collaboratif.

Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées

Travail d'équipe ↔ Partage de solution pour amélioration de la qualité des soins, partenariat de soin, cohésion des équipes

Communication ↔ Communication structurée, *SBAR* présenté dans le programme

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Implication de tous les membres, outil de définition des rôles et responsabilités au sein des équipes

Gestion de conflit ↔ Techniques de gestion de conflits, intégrées dans le programme

Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux ↔ Planification *TeamSTEPPS checklist*, permet le suivi et la compréhension des rôles de chacun dans le plan, meilleure coordination des soins

Leadership partagé ↔ Partage de contrôle au sein de l'équipe, promotion du partage

Stratégie 5

5.1 Tournées en équipe interprofessionnelle incluant le patient

Articles cités : Brown et al. (2018), Gausvik et al. (2015), Geary et al. (2009), Gonzalo et al. (2014), Jiménez et al. (2018), O’Leary et al. (2011), O’Leary et al. (2012)

Les écrits traitants des tournées interprofessionnelles incluant le patient sont du nombre de sept. Les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé cherchent à trouver des solutions leur permettant de discuter des soins de leurs patients en personne, dans les milieux hospitaliers (O’Leary et al., 2011). L’implantation des tournées interprofessionnelles, sur les unités de soin, a donc été une solution plausible (O’Leary et al., 2011). Les tournées interprofessionnelles peuvent se définir comme un regroupement de différentes disciplines, incluant minimalement un médecin, dans le but de partager des informations par la discussion, la communication, la prise de décision commune au chevet du patient (Gonzalo, Kuperman, Lehman et Haidet, 2014). Elles peuvent survenir de différentes manières, soit en table ronde dans des salles de conférence ou soit dans les corridors (Gonzalo et al., 2014). Cependant, celle qui est abordée dans ce travail et celle qui fait l’objet des articles est celle qui se rapporte aux tournées interprofessionnelles au chevet du patient dans la perspective du partenariat patient et famille ; fondamentale dans ce travail.

Les différents milieux de soins devraient offrir l’opportunité aux différents partenaires de soin d’utiliser leurs compétences, leur expertise clinique dans une atmosphère de partage (O’Leary, Sehgal, Terrell et Williams, 2012; Jiménez, Swartz et McCorkle, 2018). Bien que la mise en œuvre de tournées interdisciplinaires au chevet ait été délaissée pour des différentes raisons associées aux conditions de travail difficiles et complexes dans les milieux hospitaliers, les initiatives en santé reconsidèrent ceux-ci comme étant une piste pour l’amélioration de la qualité des soins (Gonzalo et al., 2014). Il a été démontré que les tournées interdisciplinaires sont des occasions d’apprentissage, qu’elles favorisent la transmission de l’information, la compréhension du plan de soin pour le patient, la coordination des soins et le travail d’équipe (Jiménez et al., 2018).

Aujourd’hui, son utilisation dans un contexte de soin quotidien et l’intégration d’autres professionnels, telle que les infirmières et le patient lui-même, est naissante (Gonzalo et al., 2014; Jiménez et al., 2018). L’implication infirmière dans l’équipe aurait pour objectifs de transmettre des informations cliniques riches au sujet des patients, occasionnant une coordination des soins et une organisation efficace du plan de soin aux patients pour la journée (Jiménez et al., 2018). Nécessairement, les tournées interprofessionnelles impliquant avant tout l’infirmière et le patient

sont un moyen qui pourrait entraîner le développement des compétences en communication et en leadership partagé (Jiménez et al., 2018).

5.1 Compétences développées

Brown et al. (2018) relatent l'importance d'établir des directives ou protocoles clairs dans le but de renforcer les pratiques collaboratives. Ils font d'ailleurs mention des tournées interprofessionnelles comme étant un moyen efficace qui pourrait être valorisées dans les milieux hospitaliers. Une description d'interventions conçues pour améliorer le travail d'équipe a été détaillée par O'Leary et al. (2012) et recense les tournées interprofessionnelles comme étant l'une d'elles. Ces auteures soulignent que la communication entre médecins et infirmières est facilitée par la présence du médecin sur l'unité et par les tournées interprofessionnelles (O'Leary et al., 2012). La présence du médecin permet aux infirmières d'avoir accès facilement aux médecins pour partager les informations (O'Leary et al., 2012). Les tournées interprofessionnelles permettent aux participants de contribuer aux décisions mutuelles des soins, ainsi le suivi et la planification des soins sont améliorés (O'Leary et al., 2012). O'Leary et al. (2011), lors d'un essai randomisé contrôlé, ont examiné l'impact des tournées interprofessionnelles structurées sur les infirmières par rapport à la collaboration, le travail d'équipe et le climat de travail. Les infirmières ont souligné une plus grande facilité des échanges lors des tournées interprofessionnelles et un climat de travail d'équipe amélioré (O'Leary et al., 2011). Ce type d'intervention interprofessionnelle crée un forum rendant accessible la discussion en équipe (O'Leary et al., 2011).

Le manque de temps constitue une barrière aux tournées interprofessionnelles (Gonzalo et al., 2014). Par ailleurs, ce moyen est davantage souhaité pour contribuer à sauver du temps dans la planification de soin des patients (Gonzalo et al., 2014; O'Leary et al., 2011; O'Leary et al., 2012). Gonzalo et al. (2014) et Jiménez et al. (2018) soulignent que c'est un moyen qui favorise la communication et l'esprit d'équipe entre les médecins et les infirmières (Les tournées interdisciplinaires sont des occasions qui stimulent la réflexion face aux problèmes cliniques ou situations de santé pour trouver des solutions (Gonzalo et al., 2014). Les compétences associées à la planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux sont alors mobilisées. D'ailleurs, un projet pilote, portant sur la présence et la participation des infirmières dans les équipes lors des tournées interdisciplinaires, a été mené aux États-Unis par Jiménez et al.

(2018). Cette étude qualitative révèle que, suite à l'intervention, la communication entre les différents professionnels s'est améliorée, les infirmières ont pu démontrer de la facilité à communiquer les problématiques en lien avec le problème de santé du patient, elles se sont senties incluses dans le groupe médical donc la coordination des soins et de l'équipe infirmier-médecin était rehaussée (Jiménez et al., 2018). La reconnaissance de l'apport de l'infirmière dans l'équipe a pris de l'ampleur (Jiménez et al., 2018). Ces facteurs semblent permettre aux infirmières de faire connaître leur rôle et leur contribution, de communiquer aisément et de développer un sentiment de confiance mutuelle avec les médecins (Jiménez et al., 2018). Le développement des compétences associées au travail d'équipe, à la communication et à la clarification des rôles et responsabilités sont alors mobilisées. De plus, les auteures mentionnent que les infirmières étaient libres de partager leurs idées et se sentaient à l'aise que les autres partagent également leurs idées (Jiménez et al., 2018). Ces propos soutiennent ceux de Gausvik (2015) qui mentionne également l'impact positif des tournées interdisciplinaires sur la communication, l'aisance pour le partage en équipe des préoccupations et du suivi de soin amélioré. Geary, Cale, Quinn et Winchell (2009) rapportent que cette méthode offre l'opportunité aux professionnels de corriger les lacunes en collaboration et suscite une amélioration du professionnalisme. Elles soulignent l'amélioration des compétences et habiletés, mais ne les décrivent pas de façon exhaustive. Par contre, tout porte à croire qu'il est question de compétences collaboratives (Geary et al., 2009). Les auteures précisent une meilleure connaissance du plan de soin des patients, une planification des tournées avec les médecins plus aisés et une coordination des soins améliorée (Geary et al., 2009).

Le tableau 7 présente un sommaire de la tournée interdisciplinaire et les compétences qui sont mobilisées à travers cette stratégie.

Tableau 7

Tournées interprofessionnelles incluant le patient

Récapitulatif stratégie 5 : Tournées interprofessionnelles

Résumé

Les tournées interprofessionnelles font partie des moyens innovateurs pour favoriser la collaboration des différents acteurs dans les milieux de santé. Autrefois restreint qu'au corpus médical, les nouvelles données mettent davantage l'accent sur la présence infirmière et le patient lors des tournées.

Stratégie

❖ Établir des tournées interprofessionnelles dans les milieux hospitaliers
 Les tournées interprofessionnelles ont un impact positif la pratique collaborative. Axé sur le travail collaboratif, ce moyen a démontré des résultats positifs particulièrement dans les relations infirmières-médecins.

**Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat
 patient en santé et services sociaux mobilisées**

Travail d'équipe ↔ Aisance dans le partage des incompréhensions et des préoccupations
 Sentiment de confiance professionnel

Communication ↔ Échange plus accessible

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Implication de tous les membres, reconnaissance de rôle de chacun

Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux ↔ Plan de soin plus compréhensif par tous, meilleure coordination des soins

Leadership partagé ↔ Partage du contrôle au sein de l'équipe, partage de l'information

Stratégie 6

6.1 Soutien à la pratique collaborative avec l'utilisation de la technologie de l'information et de la communication (TIC)

Articles cités : Anderson et al. (2018), Barr et al. (2017), Brault et al. (2015), Kuziemyky et Reeves (2012), Kuziemyky et Varpio (2011), Rouleau et al. (2017), Tang et al. (2018).

Sept des 46 articles retenus portent sur l'utilisation des TIC comme soutien à la pratique collaborative. Le développement rapide et l'utilisation abondante de la technologie, l'informatisation et la communication, notamment dans le domaine de la santé, semblent offrir de nouvelles possibilités dans le contexte d'accès à des soins de qualité (Rouleau et al., 2017; Tang, Lim, Mansfield, MacLachlan et Quan, 2018). Distinctement, les TIC modifient les pratiques quotidiennes et engendrent de nouvelles formes de relation entre les professionnels (Barr et al., 2017; Rouleau et al., 2017). Les TIC permettent, en effet, les interactions entre les différents prestataires de soin (Kuziemyky et Reeves, 2012). Concrètement, les bienfaits incluent l'amélioration de la prise de décision en favorisant les soins centrés sur le patient par exemple en rendant accessibles les dossiers dans le temps comme soutien à la continuité des soins (Kuziemyky et Reeves, 2012), soit en temps réel (synchrone) ou en temps différé (asynchrone) (Kuziemyky et

Varpio, 2011; Kuziemyky et Reeves, 2012). Barr et al. (2017) et Rouleau et al. (2017) rapportent que les infirmières dénotent une réduction de l'isolement professionnel, une assistance bénéfique pour le transfert et la mise à jour de l'information ainsi que l'augmentation des connaissances. De plus, dans une perspective plus étendue, « l'informatique peut également contribuer au développement d'activités interprofessionnelles et soutenir la collaboration, la communication et la coordination à travers les multiples emplacements et prestataires de soin » (Kuziemyky et Reeves, 2012, p. 438). Kuziemyky et Reeves (2012) évoquent la possibilité de « concevoir des outils pour soutenir les équipes interprofessionnelles en fournissant moyens de réseautage, de développement d'équipe et de collaboration à travers le temps et l'espace » (p.438). Une approche intégrée des TIC, basée sur le travail en collaboration semble propice et utile (Barr et al., 2017).

6.2 Compétences développées

Brault, Therriault, St-Denis et Lebel (2015) ont mené un projet pilote dans quatre établissements de santé dans le but de présenter la mise en place d'activités d'apprentissage interprofessionnelle dans le contexte de stage. Ils ont également discuté de l'utilisation réelle de l'informatique et le potentiel de celui-ci dans la planification d'activités d'apprentissage interprofessionnel (Brault et al., 2015). Ils relatent qu'au Québec, l'utilisation de la technologie demeure limitée alors qu'elle pourrait être utile pour le développement d'activités d'apprentissage interprofessionnelles dans les milieux cliniques (Brault et al., 2015). Les auteurs précisent entre autres que l'utilisation de la technologie, lors des activités interprofessionnelles, favorise le développement et la commodité dans les communications interprofessionnelles (Brault et al., 2015). Les activités d'apprentissage interprofessionnel les impliquant permettraient possiblement une plus grande ouverture à d'autres professionnels (Brault et al., 2015). Elles semblent être utiles pour clarifier les rôles et favoriser la reconnaissance des différentes compétences des professionnels (Brault et al., 2015).

L'une des principales utilisations des TIC est en lien avec le dossier électronique. Il semble que l'usage du dossier électronique pourrait permettre le rehaussement de la communication à travers les différents prestataires de soins. (Anderson et al., 2018). La facilité d'accès aux informations et la mise à jour du dossier favorisent le développement d'aptitudes à coordonner les soins et à assurer la continuité dans les soins (Anderson et al., 2018). L'information annotée au dossier électronique et la mise à jour de celui-ci contribuent à l'apprentissage en continu par le transfert des connaissances (Anderson et al., 2018). De plus, l'engagement des différents

professionnels envers le dossier électronique contribue au développement des compétences éducatives (Anderson et al., 2018).

Les compétences en communication sont celles qui sont le plus associées à l'usage des TIC. En effet, Barr, Vania, Randall et Mulvale (2017) dans leur revue intégrative identifient et déterminent dans quelle mesure les dossiers électroniques améliorent la communication et, du même coup, améliore la collaboration interprofessionnelle dans la gestion des maladies chroniques. Ils appuient les propos d'Anderson et al. (2018) en mentionnant que celui-ci contraint les différents partenaires de soin à s'impliquer et s'engager l'un envers l'autre (Barr et al., 2017). La possibilité d'avoir accès rapidement à différents professionnels facilite la communication et favorise le partage (Barr et al., 2017). Cela engendre une meilleure gestion des conflits à travers le partage d'information (Barr et al., 2017). Ils mentionnent également la possibilité d'établir des communautés d'apprentissage en ligne qui offre la possibilité de soutien mutuel en ligne, d'apprentissage de façon continue et d'engagement collectif (Barr et al., 2017).

Kuziemsky et Varpio (2011) relatent des concepts d'intérêt sur lesquels les plates-formes technologiques devraient se pencher. Ces dispositifs devraient encourager la communication entre les membres de l'équipe, et ce, sans interruption (Kuziemsky et Varpio, 2011). Des activités de délibération et de décision de façon synchrone en sont un exemple (Kuziemsky et Varpio, 2011). Tang et al. (2018) recommandent l'utilisation de dispositifs de communication électroniques et mentionnent que ces types de dispositifs favorisent le partage et l'accès à l'information et aident à l'engagement et à l'implication en continu des différents partenaires de soins. D'ailleurs, Rouleau et al. (2017) ont effectué, au Québec, un sommaire des revues systématiques sur l'impact de l'utilisation des TIC par les infirmières. Les auteurs soutiennent que l'utilisation des TIC par les infirmières offre des opportunités de développer les habiletés en communication, des effets positifs sur la qualité de l'information et sur le transfert de l'information des infirmières (Rouleau et al., 2017). Les TIC offrent davantage des possibilités d'entrer en contact avec d'autres et ainsi la relation de confiance se trouve améliorée (Rouleau et al., 2017). L'avantage des dispositifs technologiques tourne autour du plan de traitement du patient et des objectifs de soin par la documentation et la dissémination de l'information concernant le patient. (Kuziemsky et Varpio, 2011). Les auteurs relatent des systèmes de technologie qui soutient la collaboration interprofessionnelle : le tableau blanc (électronique et manuel), les appareils mobiles, la messagerie électronique (Kuziemsky et Varpio, 2011). Bien que ces outils soient sujets à diminuer les

interactions sociales face à face, la collaboration interprofessionnelle basée sur les outils technologiques fondés sur ces concepts ne nécessite pas d'interactions face à face (Kuziemsky et Varpio, 2011).

Les compétences améliorées sont associées au processus de décision (Rouleau et al., 2017). Elle favorise l'éducation des patients et familles, améliore l'application des données probantes à la pratique et entraîne des effets positifs sur la coordination en prévenant des duplicata (Rouleau et al., 2017). L'utilisation des TIC afin de soutenir la pratique collaborative semble être une avenue prometteuse. Le tableau 8 présente sommairement les TIC et ses composantes. Il contient également les compétences interprofessionnelles mobilisées à travers l'utilisation des TIC.

Tableau 8

Technologies de l'information et de la communication (TIC)

Récapitulatif stratégie 6 : Technologies de l'information et de la communication (TIC)

Résumé

Les TIC sont de plus en plus répandues dans la société et le domaine de la santé n'y fait pas exception. Les TIC semblent avoir un impact sur la collaboration interprofessionnelle. Elles confèrent aux partenaires de soins des moyens pour l'amélioration des soins, l'accessibilité de l'information et le partage de l'information.

Stratégie

❖ Utilisation des TIC

Les TIC semblent être des moyens efficaces pour développer les compétences pour une pratique collaborative optimale. Pour qu'elles puissent être associées à ces résultats, les outils technologiques peuvent être établis selon des concepts d'intérêts tels que la communication, la clarification des rôles et la reconnaissance des différents partenaires de soin, les mécanismes du travail d'équipe et centrés sur le patient.

Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées

Travail d'équipe ↔ Support mutuel et relation de confiance favorisés; l'engagement infirmier et l'implication infirmière sont rehaussés

Communication ↔ Échange plus accessible, accès rapide à l'information

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Implication de tous les membres, reconnaissance du rôle de chacun

Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux ↔ Plan de soin plus compréhensif par tous, la mise à jour facilitée, une continuité de soin rehaussée

Leadership partagé ↔ Partage de l'information facilité

Stratégie 7

7.1 Changement de culture organisationnelle : *Magnet hospitals*

Articles cités : Anderson et al. (2018), Gausvik et al. (2015), Grant et al. (2010), Haller et al. (2018), Kim et al. (2014), Regan et al. (2016), Schmalenberg et Kramer (2009)

Cette stratégie a fait l'objet de sept articles sur les 46 articles retenus. Dans la visée d'une approche plus optimiste, des chercheurs américains en soins infirmiers ont mis en évidence, depuis le début des années 1980, l'existence d'hôpitaux dits magnétiques, soit les *Magnet hospitals* (Haller, Berends et Skillin, 2018). Le modèle de soin des *Magnets hospitals* a pour objectif de soutenir la pratique infirmière dans leur environnement de travail (Haller et al., 2018). En effet, les *Magnet hospitals* sont des « organisations qui créent un environnement qui soutient la pratique infirmière et se focalise sur l'autonomie professionnelle, la prise de décision au chevet des patients, l'implication des infirmières dans les décisions concernant l'organisation de travail infirmier, la formation professionnelle, le développement de carrière et le leadership infirmier » (Grant, Colello, Riehle et Dende, 2010, p. 327).

Il a été reconnu comme un modèle ayant un impact positif sur la promotion de la culture collaborative, sur la prestation de soins infirmiers et sur la reconnaissance de la profession infirmière (Haller et al., 2018; Regan, Laschinger et Wong, 2016). Ils y introduisent une pratique interactive, participative, fondée sur les résultats probants visant le développement continu des compétences soutenues par la littérature scientifique (Haller et al., 2018). Les milieux de santé magnétique se définissent par différentes caractéristiques soient : l'autonomie professionnelle des infirmières, le soutien, collaboration médecin-infirmière adéquate, la valorisation professionnelle et le leadership (Haller et al., 2018).

Ce modèle repose donc sur trois axes; le développement professionnel des infirmières, l'amélioration des pratiques et le leadership (Haller et al., 2018). Il est établi sur 14 construits soit : la qualité du leadership infirmier, la structure organisationnelle décentralisée et horizontale, le

modèle d'organisation participatif, les programmes et politiques conciliant vie professionnelle et vie personnelle, le modèle de soin professionnel, l'excellence de la qualité des soins, l'assurance de la qualité, la consultation possible et accessibilité des ressources, le niveau d'autonomie, les programmes de liaison : communauté à hôpital, l'infirmière comme formatrice, la perception positive des soins infirmiers, la relation de collaboration infirmière-médecin et l'optimisation du développement professionnel (Haller et al., 2018). Elles ont été regroupées en cinq composantes, dont l'*empowerment* structurel, la gouvernance partagée, le leadership transformationnel, les pratiques exemplaires et l'innovation et les résultats empiriques (Haller et al., 2018).

- *Empowerment structurel* : Un *design* organisationnel où les politiques, le plan stratégique et les programmes sont basés sur des valeurs associées au soutien des professionnels et à l'autonomie professionnelle (Regan et al., 2016; Grant et al., 2010).
- *La gouvernance partagée* : Elle soutient l'implication des membres d'une équipe lors des prises de décision (Haller et al., 2018). Ainsi, les décisions sont prises par le personnel et non pas par l'administration en place (Haller et al., 2018; Regan et al., 2016). Le modèle participatif de cette culture renforce la collaboration entre infirmières et médecins (Haller et al., 2018).
- *Pratique professionnelle exemplaire* : Des opportunités de développement professionnel amènent à une meilleure compréhension et valorisation du rôle infirmier auprès des autres membres de l'équipe interdisciplinaire (Regan et al., 2016). Cette progression implique entre autres l'application des données probantes et des nouvelles connaissances pour une pratique exemplaire (Grant et al., 2010). Les pratiques exemplaires sont entre autres axées sur le renforcement des interactions interprofessionnelles (Haller et al., 2018).
- *Leadership transformationnel* : Ce type de leadership cherche à élever le niveau de motivation des individus par rapport à un changement ou une innovation en offrant du soutien (Grant et al., 2010).
- *Innovation, nouvelles connaissances et amélioration* : Le soutien des professionnels en permettant des opportunités d'avancement, en permettant l'acquisition de nouvelles connaissances et une ouverture pour l'innovation (Haller et al., 2018). Des moyens qui soutiennent l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative sont préconisés (Haller et al., 2018).

- *Résultats empiriques* : La recherche ainsi que l'application des résultats probants issus de la recherche sont préconisées (Grant et al., 2010). Cette composante englobe des résultats de recherche portés sur l'excellence des soins infirmiers (Haller et al., 2018).

Ainsi, nous pouvons dire que les caractéristiques magnétiques sont regroupées autour de conditions de travail qui s'engage à adopter un environnement sain et stimulant pour les infirmières en promouvant l'autonomie professionnelle, une bonne collaboration interprofessionnelle, la reconnaissance de la valeur professionnelle des infirmières par leurs compétences spécifiques et les valeurs de partage. Des efforts qui soutiennent la pratique interprofessionnelle sont mis de l'avant à l'échelle de l'organisation (Haller al., 2018).

7.2 *Compétences développées*

Les résultats suggèrent une culture d'organisation de santé favorable au développement professionnel des infirmières et à une structure hiérarchique plate. Les auteurs Kim, King, Stein, Robinson, Salameh, O'Leary (2014) relatent brièvement l'expérience de six hôpitaux aux États-Unis ayant établi un modèle de leadership sur les unités de soins. Ils stipulent que des dyades infirmières-médecins appuyant le leadership partagé contribueraient à développer d'autres attributs relatifs à celui-ci. Ils soulignent que le modèle de leadership aiderait au développement des compétences en communication, favoriserait le respect mutuel et entraînerait l'adoption d'une approche collaborative pour la prise de décision et pour les soins (Kim et al., 2014). La promotion de l'engagement et de l'intérêt pour l'amélioration des soins y sont attachés (Kim et al., 2014).

Un lien existe entre l'environnement de travail positif et le développement des compétences infirmières. Par exemple, les hôpitaux « Magnet », qui offrent des nouvelles dispositions organisationnelles, bénéficient d'un taux de satisfaction des patients en hausse, d'une mortalité réduite, et surtout d'amélioration des indicateurs spécifiques aux pratiques (Anderson et al., 2018). Grant et al. (2010) ouvrent d'ailleurs une discussion sur le nouveau modèle d'hôpitaux magnétiques tel qu'associé à un changement de pratique novateur. Ils soutiennent que dans ces environnements magnétiques le rehaussement de la reconnaissance quant rôle infirmier et leur sphère de pratique est davantage présent (Grant et al., 2010). Ils soulignent également que dans ces environnements de travail, la communication au sein des équipes multidisciplinaires est rehaussée, une collaboration étroite entre les différents professionnels incluant le patient est préconisée et

l'étendue de pratique des infirmières est largement déployée. Le fait d'avoir l'opportunité de travailler à plusieurs reprises en collaboration permet aux infirmières de gagner confiance en leurs capacités (Grant et al., 2010). D'ailleurs, Schmalenberg et Kramer (2009) exposent une comparaison entre les hôpitaux magnétiques et celles qui ne le sont pas. Ils soutiennent ces propos en disant que dans ces les hôpitaux magnétiques, les tournées en équipe interdisciplinaire sont plus fréquentes et planifiées, que la participation de toutes les disciplines est privilégiée et que le rôle des infirmières et leur champ de pratique sont mieux connus et reconnus (Schmalenberg et Kramer, 2009). Il semblerait que ces environnements de pratique auraient une influence sur la totalité des compétences collaboratives pour une pratique collaborative optimale (Anderson et al., 2018; Grant et al., 2010; Haller et al., 2018; Schmalenberg et Kramer, 2009).

Regan et al. (2016), dans leur étude, examinent l'influence de l'*empowerment* structurel, du leadership authentique et de l'environnement de pratique infirmière sur les perceptions de la collaboration interprofessionnelle. Ils relatent que les relations médecins-infirmières se construisent dans le développement du respect mutuel et la confiance (Regan et al., 2016). Ils mentionnent que les milieux qui offrent du support, de l'enseignement sur le travail d'équipe et sur la pratique collaborative, contribuent au développement d'attitude positive face à la collaboration interprofessionnelle (Regan et al., 2016). Les milieux qui favorisent l'autonomie dans la prise de décision améliorent les relations entre médecins-infirmières (Regan et al., 2016). Schmalenberg et Kramer (2009) recommandent la création d'une structure qui favorise le développement des relations entre les professions de type collaboratif même collégial. Elle comprend l'encouragement aux échanges interdisciplinaires basés sur les données probantes (Schmalenberg et Kramer, 2009). Notons que le modèle des hôpitaux magnétiques semble corroborer avec ces recommandations (Gauvisk et al., 2015; Schmalenberg et Kramer, 2009). Grant et al. (2010), Regan et al. (2016) et Schmalenberg et Kramer (2009) soulignent que les possibilités de développement professionnel, le soutien et l'accès aux ressources mis à disposition par l'environnement de travail, permettent la progression de la pratique collaborative dans les soins et contribuent au développement des compétences rattachées à celle-ci. Le pouvoir de décision est partagé et les patients sont généralement inclus dans les décisions (Regan et al., 2016). Dans ces milieux, le transfert de connaissances et les connaissances peuvent s'accroître (Grant et al., 2010). Le changement de culture organisationnelle vers une culture où la pratique infirmière est soutenue et reconnue contribue au développement des compétences, et ce sur la totalité des compétences présentées dans

le référentiel de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux. Le tableau 9 présente brièvement la culture organisationnelle des *Magnet hospitals*, ses composantes et les compétences interprofessionnelles qui sont développées à travers celle-ci.

Tableau 9

« Magnet hospitals »

Récapitulatif stratégie 8 : Changement de culture -*Magnet hospitals*

Résumé

Milieu attirant pour les professionnels de la santé, particulièrement les infirmières. Ce milieu amène des dispositions où les infirmières ont la possibilité de faire progresser leur carrière professionnelle, de bénéficier d'une autonomie et de participer activement aux décisions qui concernent la pratique et les soins. Les différentes caractéristiques de ce modèle d'organisation promeuvent la culture collaborative, le développement professionnel et la prestation de soins basée sur les évidences. Le leadership infirmier est davantage mis en évidence dans ces milieux.

Stratégie

❖ Changement de culture organisationnelle : *Magnet hospitals*

Reconnaissance basée sur : Le leadership transformationnel

La pratique professionnelle exemplaire

Innovation, nouvelles connaissances et amélioration des pratiques

Empowerment structurel

Résultat empirique

Compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées

Travail d'équipe ↔ Pratique collaborative accentuée

Communication ↔ Relation interdisciplinaire recherchée, rétroaction privilégiée

Clarification des rôles et responsabilités ↔ Rôle et responsabilité infirmière en avant-plan et autonomie professionnelle poursuivie

Gestion de conflit ↔ Conflits diminués, relation de partage accentuée

Leadership partagé ↔ Gouvernance partagée, organisation décentralisée

Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux ↔ Suivi et qualité des soins basés sur les évidences, la recherche et son application dans les organisations sont privilégiées

Globalement, l'instauration de programme de formation par simulation interprofessionnelle *In Situ* est un moyen qui pourrait permettre aux infirmières et différents professionnels de développer leurs compétences collaboratives pour la formation pratique dans leur cadre de travail. L'optimisation des méthodes de communication interprofessionnelle structurées *SBAR* constitue un moyen de communiquer de façon claire et précise. Ceci permet aux infirmières de scinder les informations à transmettre aux professionnels. Les infirmières sont appelées à faire valoir leur rôle aux seins des équipes interprofessionnelles. Le déploiement optimisé de l'étendue de pratique infirmière demeure une possibilité qui semble favoriser la contribution infirmière, inspirer la confiance dans leur rôle et favoriser le développement de relation interpersonnelle saine pour une collaboration optimale. La mise en place de la formation et développement professionnel continu sur le travail d'équipe à l'aide de la trousse de *TeamSTEPPS* Canada est un moyen qui semble permettre le développement des compétences collaboratives. Cette trousse renferme une variété de techniques et de modules de formation factuels permettant de développer les connaissances sur la collaboration, de développer les compétences collaboratives pour amener à des résultats efficaces dans les milieux de travail. L'implantation de tournées interprofessionnelles incluant le patient est une méthode qui implique davantage la présence infirmière. Les infirmières jouent donc un rôle de partenaire pour le patient et du même coup, elle est un partenaire de choix pour les autres professionnels. Ce rôle de partenariat permet de développer la collaboration. Le développement des compétences collaboratives en milieu hospitalier peut se faire à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC), le transfert, les échanges et le partage d'information entre la diversité de professionnel œuvrant dans le milieu hospitalier peut être facilité. Les compétences collaboratives peuvent être alors rehaussées utilisant les TIC. Finalement, l'environnement de travail inspiré de la culture organisationnelle : *Magnet hospitals* est un milieu où le développement professionnel des infirmières sont mis de l'avant. Ce milieu permet aux infirmières de jouir d'une autonomie professionnelle tout en maintenant leur implication auprès des autres professionnels. Leur leadership dans ces milieux favorise l'expansion de leur rôle, la mise en place d'un leadership partagé permettant une collaboration resserrée avec les autres professionnels.

PROPOSITION

À la lumière des résultats obtenus, il est constaté que l'infirmière détient une grande part de responsabilité dans l'évolution de ses compétences collaboratives. Ce présent travail relate plusieurs stratégies pouvant être incorporées dans nos milieux. Ce qui est constaté c'est que la réalité et ce que proposent les écrits méritent d'être davantage analysé et des propositions sont requises pour les opérationnaliser dans les milieux hospitaliers. L'examen de la littérature a permis de recenser sept stratégies potentiellement influentes sur le développement de compétences essentielles à une pratique collaborative optimale chez les infirmières. Elles semblent générer de bons résultats pour la pratique infirmière, pour les patients et pour les organisations hospitalières. Ces stratégies concordent l'une avec l'autre, car plusieurs d'entre elles peuvent être appliquées simultanément avec une ou plusieurs autres stratégies. Selon l'analyse des résultats et des écrits sur le sujet, ils sembleraient que les stratégies portant sur la communication structurée, l'optimisation de l'étendue de pratique, l'implantation de tournées interdisciplinaires au chevet des patients et la formation continue seraient celles qui sont potentiellement applicables dans les milieux hospitaliers. Elles sont moins coûteuses, nécessitent peu de temps donc, elles pourraient être applicables à court terme et produire des résultats sur le court terme (D'amour et al., 2012; O'Leary et al., 2011; Renz, Boltz, Capezuti et Wagner, 2015). Celles qui consistent à des changements dans l'organisation de travail, tels que : la simulation *In Situ*, l'utilisation des TIC et le changement de culture organisationnelle vers les *Magnet Hospitals*, semblent comporter beaucoup de barrières. Les coûts qu'elles pourraient engendrer, le temps à y consacrer et les résultats atteints sur le moyen ou long terme semblent constituer des limites à l'application de ces stratégies dans les milieux hospitaliers (Forse et al., 2011; Stolee, Steeves, Glenny et Filsinger, 2010; Jayawardhana, Welton et Lindrooth, 2014). Le plan de la catégorisation des stratégies selon les coûts, la durée et les résultats dans le temps est présenté (figure 1). La réalisation de ce plan a été effectuée selon les écrits sur le sujet. La proposition consiste à déployer les stratégies qui peuvent être éventuellement mises en œuvre dans les milieux hospitaliers rapidement. Celles qui sont moins coûteuses et dont l'application pourrait se faire dans un délai minimum telles que : la mise en pratique de la méthode de communication SBAR, l'optimisation de l'étendue de pratique infirmière et les tournées interprofessionnelles (D'amour et al., 2012; O'Leary et al., 2011; Renz et al., 2015). Ce sont des stratégies qui pourraient être préconisées.

Figure 1*Catégorisation des stratégies*

Coûts	Temps	Durée des résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Élevé <ul style="list-style-type: none"> • Changement de culture - <i>Magnet hospital's</i> (Jayawardhana et al., 2014) • TIC (Stolee et al., 2010) • Moyen <ul style="list-style-type: none"> • Formation <i>TeamSTEPPS</i> (Forse, 2011) • Simulation <i>In Situ</i> (Forse, 2011) • Tournées interprofessionnelles (O'Leary et al., 2011) • Peu coûteux <ul style="list-style-type: none"> • Méthode de communication <i>SBAR</i> (Renz et al., 2015) • Optimisation de l'étendue de pratique infirmière (D'amour et al., 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> • Longue durée <ul style="list-style-type: none"> • Changement de culture - <i>Magnet hospital's</i> (Jayawardhana et al., 2014) • Simulation <i>In Situ</i> (Forse, 2011) • Durée moyenne <ul style="list-style-type: none"> • Formation <i>TeamSTEPPS</i> (Forse, 2011) • Tournées interprofessionnelles (O' Leary et al., 2011) • Courte durée <ul style="list-style-type: none"> • Méthode de communication <i>SBAR</i> (Renz et al., 2015) • Optimisation de l'étendue de pratique infirmière (D'amour et al., 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> • Long terme <ul style="list-style-type: none"> • Changement de culture - <i>Magnet hospital's</i> (Jayawardhana et al., 2014) • Tournées interprofessionnelles (O'Leary et al., 2011) • TIC (Stolee et al., 2010) • Méthode de communication <i>SBAR</i> (Renz et al., 2015) • Moyen terme <ul style="list-style-type: none"> • Simulation <i>In Situ</i> (Forse, 2011) • Formation <i>TeamSTEPPS</i> (Forse, 2011) • Optimisation de l'étendue de pratique infirmière (D'amour et al., 2012) • Court terme

Des recommandations pour la pratique gestion infirmière et pour l'organisation (décideurs) sont proposées. Ces recommandations reflètent des moyens qui soutiendront l'application et l'utilisation des stratégies retracées dans les écrits analysés plus haut. Elles répondront au deuxième objectif spécifique du travail dirigé qui consiste à proposer des moyens visant le développement et le maintien des compétences infirmières associées à la pratique collaborative optimale dans les milieux hospitaliers. Ensuite, les principales retombées associées à ce travail sont exposées.

Recommandations

1- Recommandations pour les gestionnaires et les conseillères cliniques infirmières

Le contexte et les méthodes de développement professionnel ont un impact sur la pratique collaborative. Le développement professionnel repose essentiellement sur l'encadrement des professionnels débutants et sur le maintien et l'évolution des compétences tout le long du parcours professionnel. Pour ce faire, les infirmières doivent être en mesure de prendre conscience de leurs lacunes pour apporter des correctifs. Elles doivent également être outillées afin que, quotidiennement, elles réfléchissent à leurs actions et qu'elles soient elles-mêmes en mesure de déceler les failles dans leur pratique et rechercher des solutions. En plus, des dispositions favorables à l'exercice de leur leadership leur permettront d'évoluer de la phase de débutante à experte en approche collaborative. Des recommandations sont alors élaborées pour le développement de pratiques professionnelles au tout début de la carrière professionnelle et durant la carrière professionnelle. L'incorporation de l'approche de collaboration interprofessionnelle dans ces recommandations est nouvelle et pourrait être utile aux gestionnaires et conseillères cliniques dans l'élaboration de programme de développement professionnel.

1.1 Procéder à l'évaluation de la pratique collaborative infirmière au sein des différentes équipes en milieux cliniques afin d'adapter les stratégies pour une pratique collaborative optimale

Les gestionnaires infirmières ont des fonctions à la fois administratives et cliniques (AHRQ, 2012; Baker et al., 2012; Dallaire, Thibault, Hegg-Deloye et Villeneuve, 2015). Dans le but d'atteindre les objectifs de l'organisation et promouvoir les valeurs de l'organisation, ils sont entre autres responsables d'assurer un contrôle sur la qualité des soins offerts (AHRQ, 2012). Ils adoptent également des démarches qui maximisent le potentiel infirmier en optimisant le rôle infirmier dans les équipes de professionnelle (AHRQ, 2012). Ils promeuvent des soins infirmiers fondés sur des données probantes et soutiennent le développement professionnel (AHRQ, 2012; Dallaire et al., 2015). Tout cela afin de maintenir un degré de performance de haut niveau en assurant la qualité et sécurité des soins aux patients (AHRQ, 2012). Les gestionnaires infirmières pourraient donc opter pour une analyse de la pratique collaborative avec des méthodes d'évaluation comme un moyen pour déceler les lacunes dans les compétences afin d'adapter les stratégies retracées dans les écrits; pour ainsi obtenir des résultats positifs sur leur pratique (Bahreini et al., 2011; Wilkinson,

2013). Il serait aussi avantageux de déterminer les lacunes dans les compétences ainsi que les manques propres à chaque établissement et à chaque unité de soin. L'évaluation de compétences demeure une tâche complexe, car elles sont interreliées et abstraites. Cependant l'évaluation des comportements associés aux compétences est envisageable (Hepp et al., 2014). Les infirmières devraient avoir la possibilité d'être au courant de leur pratique collaborative, car les efforts menés jusqu'à aujourd'hui tendent à amener les infirmières vers la conscientisation, l'autonomie et le développement de bonnes pratiques. Les infirmières semblent se détacher du rôle de répondante passive et sont aujourd'hui associées à celui de collaboratrice active œuvrant au sein d'une équipe interprofessionnelle (House et Haven, 2017).

Tout comme le questionnaire de l'*Actual scope of nursing practice* (ASCOP) permet d'avoir une évaluation de l'étendue de pratique (D'Amour et al. 2012), un modèle d'évaluation mesurable des compétences collaboratives pourrait être à créer. Dans le contexte d'évaluation des compétences, étant donné que la mesure des compétences ne semble pas quantifiable, l'évaluation se pencherait plutôt sur la mesure de l'écart entre ce qui est souhaité et ce qui est fait en termes de comportements et attitudes (Cowan, Wilson-Barnett, Norman et Murrells, 2008; Wilkinson, 2013). Ceci pourrait être réalisé par la production d'une grille d'évaluation adaptée à l'approche collaborative optimale en milieu hospitalier. L'évaluation de la pratique collaborative dans les milieux cliniques serait un atout pour la réussite de l'implantation des stratégies retracées dans ce travail. Elle serait du même coup utile pour l'amélioration continue de la qualité des soins et services et l'identification des besoins (Nyhus et Kamara, 2017; The nursing and midwifery board of Ireland, 2015).

Notons que la pratique infirmière est influencée par de nombreux facteurs qui ont un impact sur leur collaboration et, par conséquent, leur pratique holistique et globale de soin (Franklin et Melville, 2015). Donc, une évaluation soutenue et continue de la pratique collaborative dans les différents milieux semble être envisageable (Franklin et Melville, 2015). Ainsi, les professionnels saisiront probablement davantage l'ampleur de ce qui les limite dans leur pratique de soin et désireront possiblement participer plus aisément à l'amélioration de leur pratique collaborative.

1.2 Soutien infirmier au développement des compétences collaboratives

Les conseillères cliniques infirmières et gestionnaires infirmières sont impliqués dans l'accueil des nouvelles infirmières, dans leur encadrement et soutien le maintien des connaissances

basées sur les résultats probants (AHRQ, 2012). Ils sont responsables de veiller au développement des compétences de façon adéquate en s'assurant de la mise à jour des connaissances et des compétences des infirmières (Hamric et al., 2014). Pour ce faire, les leaders pourraient opter pour les stratégies qui soutiennent les interactions et la communication entre les différents professionnels. Car, Reeves et al. (2010) rapportent que la pratique interprofessionnelle s'appuie globalement sur des facteurs relationnels. Donc, la pratique collaborative englobe nécessairement les interactions interprofessionnelles. Il est alors favorable que ces leaders préconisent la mise en œuvre des stratégies portant sur la communication structurée *SBAR*, la simulation *In Situ* et les tournées interprofessionnelles au chevet des patients. Ces trois stratégies ont pu faire ressortir les interactions interpersonnelles comme étant un point central au développement des compétences interprofessionnelles. Qui plus est, des sessions de prise de contact, l'aménagement d'espaces pour permettre l'interaction entre patients et les différents professionnels sauraient être bénéfiques (Brown et al., 2018; Fewster-Thuente, 2015). Donc, afin d'inciter les infirmières à s'engager dans une pratique interprofessionnelle, l'accent est mis sur le développement de la capacité en communication, essentiel aux interactions quotidiennes (Franco et Cordero, 2017). Pour interagir efficacement, la communication demeure fondamentale.

Les infirmières gestionnaires s'impliquent dans le soutien des équipes (Schmalenberg et Kramer, 2009a). Notamment dans les cadres d'évaluation des besoins et de soutien en matière de développement professionnel continu (Morrison et Symes, 2011). Elles sollicitent un environnement où le personnel infirmier se sent valorisé (AHRQ, 2012). Les gestionnaires et les conseillères cliniques en soins infirmiers peuvent faire prévaloir leur leadership (AHRQ, 2012) afin d'aider les autres infirmières qui ont un besoin d'apprendre à interagir de manière efficace et renforcer leur communication pour une collaboration optimale afin qu'à leur tour elles deviennent des modèles de rôle pour la pratique de soins interprofessionnels (Regan et al., 2016). Leur contribution en ce sens vise à renforcer le rôle infirmier dans les équipes. En effet, selon Morrison et Symes (2011), l'exercice du leadership contribue à guider les actions des équipes interprofessionnelles dans la participation aux initiatives associées à collaboration interprofessionnelle et à agir auprès des autres professionnels comme exemple. En faisant preuve de leadership, ces leaders peuvent être le guide des infirmières pour les amener vers l'optimisation de l'étendue de leur pratique, l'une des stratégies ayant été retracées, qui a su démontrer un effet

positif sur le développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale (Hamilton et al., 2018). Sachant que les infirmières n'exercent pas pleinement leurs activités de soins (Déry, 2019), il incombe aux gestionnaires et conseillères cliniques infirmières de contribuer à leur développement, particulièrement pour les dimensions de l'étendue de pratique se rapportant aux activités interprofessionnelles. D'ailleurs, D'Amour et al. (2012) présentent six dimensions de l'étendue de pratique infirmière provenant du questionnaire d'étendue de pratique infirmière (QÉPI) dont la moitié d'entre elles s'opérationnalisent à travers la relation et les échanges interprofessionnels soient l'évaluation et planification des soins, la communication et coordination des soins et la qualité et sécurité des soins. Des dimensions sont potentiellement négligées (D'Amour et al., 2012 ; Jones, Hamilton et Murry, 2015; Oelke et al., 2008 ; White et al., 2009). L'opérationnalisation des dimensions de l'étendue de pratique infirmière en lien la pratique collaborative est présentée ci-dessous (Tableau 10).

Tableau 10

Dimensions de l'étendue de pratique infirmière selon la pratique collaborative

Six dimensions de l'étendue de pratique infirmière (QÉPI) en lien avec la pratique collaborative	
Évaluation et planification des soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à jour de l'information par la transcription et transmission des informations pertinentes ▪ Participation aux décisions
Enseignement à la clientèle et aux familles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification que le patient et sa famille aient compris l'enseignement fourni ▪ Vérification de la qualité de l'éducation du patient reçoit sur l'unité
Communication et coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication intra et interdisciplinaire susceptible d'influencer la coordination des soins ▪ Participation aux rencontres interdisciplinaires ▪ Coordonner les interventions de l'équipe interdisciplinaire
Intégration et encadrement du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participe au développement et à la dispensation des activités de formation à l'équipe de soin ▪ Propose des idées
Mise à jour et utilisation des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage dans les équipes les nouvelles connaissances acquises issues de la recherche

Qualité et sécurité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposition des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes ▪ Mises à jour de la pratique collaborative en fonction des résultats pour développer la pratique infirmière
--------------------------------------	--

Tableau inspiré des articles : D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2017

L'infirmière gestionnaire s'implique dans les dispositions que prennent les établissements de santé. Par conséquent, elle participe au processus décisionnel de différentes équipes de travail où différents gestionnaires d'autres disciplines professionnelles participent (Shirey, Ebright et McDaniel, 2013, Doucette, 2017). Cette implication sollicite davantage l'implication infirmière dans les prises de décisions de façon concertée avec les autres prestataires de soins (Huston, 2008). Elles peuvent donc participer aux efforts et initiatives interprofessionnels du milieu hospitalier, en partageant les données probantes sur le sujet et en orientant les démarches organisationnelles qui appuient la mise en application de ces données probantes dans les soins infirmiers. Elles seraient en mesure d'influencer leur équipe de travail afin de les sensibiliser à mettre en œuvre les différentes stratégies retracées dans le travail. En offrant leur soutien dans ce sens, les infirmières gestionnaires et les infirmières de terrain pourraient avoir des occasions pour développer leurs compétences collaboratives.

Pour expérimenter et partager le potentiel des stratégies énumérées dans ce travail, les infirmières gestionnaires sont des leaders appropriés pour mener ces actions novatrices. Le soutien à la pratique collaborative des infirmières, des gestionnaires infirmières et conseillères cliniques, peut grandement contribuer à amener les infirmières à une pratique collaborative optimale dans les milieux hospitaliers.

1.3 Programme de formation sur la collaboration interprofessionnelle dans les milieux cliniques

Les gestionnaires ont des responsabilités en ce qui concerne la gestion des services infirmiers, la prestation des soins et la performance de l'organisation (Dallaire et al., 2015). Les gestionnaires occupent une position qui leur demande de mettre en place toute une gamme de services de santé et de voir à la mise en œuvre des programmes (Dallaire et al., 2015). Particulièrement, ils sont appelés à évaluer la performance de leur personnel et voient à sa formation (Dallaire et al., 2015, Lee et Cummings, 2008).

Les écrits mentionnent que l'intérêt des infirmières par rapport à leur pratique professionnelle peut être de l'ordre de la formation (Clark, Draper et Rogers, 2015; Drey, Gould, et Allan, 2009). Lalonde et al. (2013) soulignent que « des stratégies doivent être mises en place pour améliorer la capacité des infirmières à participer à la formation continue » (p.58). Il est donc du ressort des gestionnaires de susciter l'engagement des infirmières selon l'approche collaborative en comblant les besoins en formation. À la lumière de la recension des écrits de ce travail, la formation continue semble être un facteur déterminant dans le développement des compétences pour une pratique infirmière sécuritaire et de qualité; ayant un impact sur l'engagement infirmier et la modification des pratiques (Clark, Draper et Rogers, 2015). L'identification des besoins en formation dans le but d'un changement envisageable est un moyen à considérer pour développer et instaurer des activités de formation congruentes (INSPQ, 2008). En fait, la formation continue « favorise l'enrichissement et la mise à jour des connaissances ainsi que le développement des compétences » (INSPQ, 2008, p.5). La formation interprofessionnelle a été approuvée dans des contextes cliniques pour améliorer la collaboration interprofessionnelle et la prestation des soins aux patients (Silver et Leslie, 2009). D'ailleurs, Ouellet et Thibault (2012) suggèrent que les infirmières adoptent des démarches d'amélioration continue de leur compétence professionnelle en posant un regard sur sa pratique professionnelle, en évaluant ses besoins et ressources et en fixant des objectifs, en réalisation des activités de formation et en mesurant l'atteinte de ses objectifs (Ouellet et Thibault, 2012).

Particulièrement, la formation à l'aide de simulation *In Situ* et l'utilisation de la trousse de formation *TeamSTEPPS* Canada sont des possibilités qui soutiennent concrètement le déploiement des compétences interprofessionnelles. De plus, la formation en ligne élaborée par les gestionnaires ou les conseillères cliniques peut être une plateforme considérable pour la transmission des connaissances en matière de collaboration interprofessionnelle en milieu hospitalier. Par contre, il existe un manque criant d'infirmières formées aux TIC (Jetté, 2014). En effet, bien qu'en constante évolution au Québec, les TIC sont très peu développées et sous-utilisées (Comité de la formation des infirmières, 2017). Pourtant, leur utilité devrait avoir une grande influence sur leur utilisation chez les infirmières. En effet, l'utilisation des TIC « permet d'optimiser les soins aux patients, notamment en ce qui concerne : la prestation de soins mobiles [...] et l'offre de nouvelles possibilités au niveau des soins interprofessionnels » (Comité de la formation des infirmières, 2017,

p. 1). Comme le soulève Gagnon, Pollender, Trepanier, Duplax et Ly (2011), les améliorations dans les relations entre les professionnels, secondés par les TIC, garantissent une approche interprofessionnelle dans la pratique de soin, ainsi que le transfert et la mise à jour des connaissances en santé. Les TIC sont alors perçues comme pouvant accroître les connaissances et les compétences collaboratives.

Cela dit, l'offre d'un programme de formation continue en collaboration interprofessionnelle par la simulation *In Situ* dans les milieux hospitaliers et l'utilisation de la trousse *TeamSTEPPS* est recommandée. De surcroît, la plate-forme d'apprentissage en ligne est une option à considérer. L'éducation par rapport aux TIC pourrait permettre aux infirmières de se familiariser davantage avec les TIC et permettrait possiblement un point d'ancrage pour le développement de formation en ligne pour les infirmières dans les milieux cliniques. L'opportunité d'avoir accès la formation continue sur la pratique collaborative est un accès plausible pour le développement des compétences associées à celle-ci.

2- Recommandation pour les organisations (décideurs)

2.1 Adoption d'un modèle d'organisation donnant l'opportunité de maximiser l'utilisation judicieuse des connaissances et compétences de l'infirmière.

Plusieurs publications concernant les soins infirmiers se positionnent sur le fait qu'une structure de travail saine est directement associée à la santé et le bien-être des infirmières au travail (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014 ; Gagnon, Paquet, Lavoie-Tremblay et Courcy, 2008). Un environnement de travail sain peut donc avoir un effet sur la collaboration des infirmières avec les autres professionnels (Stimpfel, Sloane, McHugh et Aiken, 2016). En effet, l'environnement de travail a un impact sur le rendement, la qualité de la prestation des soins et sur l'engagement des professionnels (Carlström et Ekman, 2012 ; Kieft, Brouwer, Francke et Delnoij, 2014). Cela dit, un bon climat de travail offre l'opportunité aux infirmières d'adopter un comportement professionnel approprié, alors qu'un climat de travail peu satisfaisant peut altérer la qualité du comportement professionnel et la qualité des soins (Van Bogaert, Kowalski, Weeks et Clarke, 2013; Van Bogaert, van Heusden, Timmermans et Franck, 2014). Un modèle d'organisation inspiré du modèle « Magnet hospitals » pourrait aider les infirmières à développer leur approche collaborative

(Stimpfel et al., 2016). En effet, Kaufman et McCaughan (2013) affirment qu'une culture organisationnelle favorisant le travail d'équipe selon une approche collaborative est primordiale dans tous les milieux de soins pour assurer la sécurité des patients. Ils rapportent que la culture organisationnelle a des répercussions sur le développement professionnel des infirmières et sur l'implantation et le développement des pratiques collaboratives au sein des établissements (Kaufman et McCaughan, 2013). Les résultats de ce travail révèlent que les hôpitaux devraient mettre en place toutes les conditions favorables pour que les infirmières soient davantage soutenues pour qu'elles puissent exercer leur rôle de collaboratrice avec le moins d'obstacles possible c'est-à-dire un environnement sain, un environnement positif (Stimpfel et al., 2016). Un modèle organisationnel favorable au développement des compétences infirmières et à l'acquisition de connaissances par rapport à l'approche collaborative est ce qui est suggéré, en suivant le modèle culture organisationnelle des *Magnet hospitals* tel un modèle d'excellence (Morgan, 2009).

Les changements organisationnels font partie intégrante du quotidien des professionnels œuvrant dans les organisations de la santé (Maletto, 2015). La nécessité d'organiser les établissements dans une démarche supportant les compétences infirmières et la pratique infirmière est une avenue pour développer des compétences en collaboration interprofessionnelle. En effet, dans ces conditions, la perception et l'expérience vécue des infirmières diffèrent dans le sens que la collaboration interprofessionnelle risque de ne pas être vécues ou perçues négativement telles une charge supplémentaire ou une responsabilité non pertinente; mais plutôt comme une opportunité de dialogue et de partage et entre différentes expertises professionnelles (Pfaff et al., 2014). Par conséquent, les décideurs pourraient aider les gestionnaires à revoir les conditions de travail et procéder à des changements managériaux afin de favoriser la pratique collaborative dans leur milieu (Numminen et al., 2016).

Les écrits suggèrent que les organisations mettent en place des balises qui soutiennent le développement des compétences, susceptibles d'avoir un effet sur l'engagement des infirmières, sur les perceptions et les pratiques de façon positive (Lee, Kwon, Kim et Cho, 2016; Karami, Farokhzadian et Foroughamer, 2017). Brunelle (2009) et McCay, Lyles et Larkey (2018) rapportent effectivement que, les milieux de travail où l'infirmière est valorisée, où l'autonomie dans l'exercice de leurs fonctions est assurée. Ils rapportent également des relations interpersonnelles améliorées, l'engagement des infirmières dans les décisions ainsi qu'une reconnaissance infirmière par les autres professionnels accentués (Brunelle, 2009; McCay et al.,

2018). Dans ces milieux, les infirmières pourraient être une ressource favorable, un leader dans le soutien des mécanismes de développement des compétences en ce qui a trait à la pratique collaborative interprofessionnelle dans les milieux hospitaliers.

Comme souligné plus haut, les décideurs et les gestionnaires semblent concernés par les nouvelles possibilités de fonctionnement dans les équipes soignantes (Begun, White et Mosser, 2011; Thakur, Hsu et Fontenot, 2012). Les gestionnaires sont donc des acteurs clés quant au renforcement de bonnes pratiques, mais également comme vecteur de changement (Kash, Spaulding, Johnson et Gamm, 2014; Thakur et al., 2012) dont l'instauration de stratégies pour le développement des compétences collaboratives à l'hôpital. En revanche, au Québec, ce ne sont pas tous les gestionnaires en soins infirmiers qui détiennent une formation en soins infirmiers et encore moins en pratique avancée. Pourtant, de par leur expertise, elles pourraient également avoir des rôles de décideur assumant une responsabilité de haut niveau pour l'ensemble d'une organisation de santé (Wong, Laschinger, Cummings, Vincent et O'Connor, 2010). Dans le cadre de cette recommandation, nous désirons promouvoir l'appréciation de la mise en place d'infirmières ayant des responsabilités de haut niveau. Davantage d'infirmières pourraient occuper les postes de gestionnaire, de direction et pourraient être les leaders de référence ; ceci teinterait l'organisation et les soins offerts dans les milieux hospitaliers (Larochelle et Beaudet, 2017; Numminen et al., 2016). En plus, la gestionnaire infirmière pourrait favoriser la formation d'autres leaders infirmiers (Besner et al., 2011; Larochelle et Beaudet, 2017) pouvant ainsi assurer la mise en place de stratégies favorables à l'optimisation de l'étendue de pratique infirmière (Besner et al., 2011).

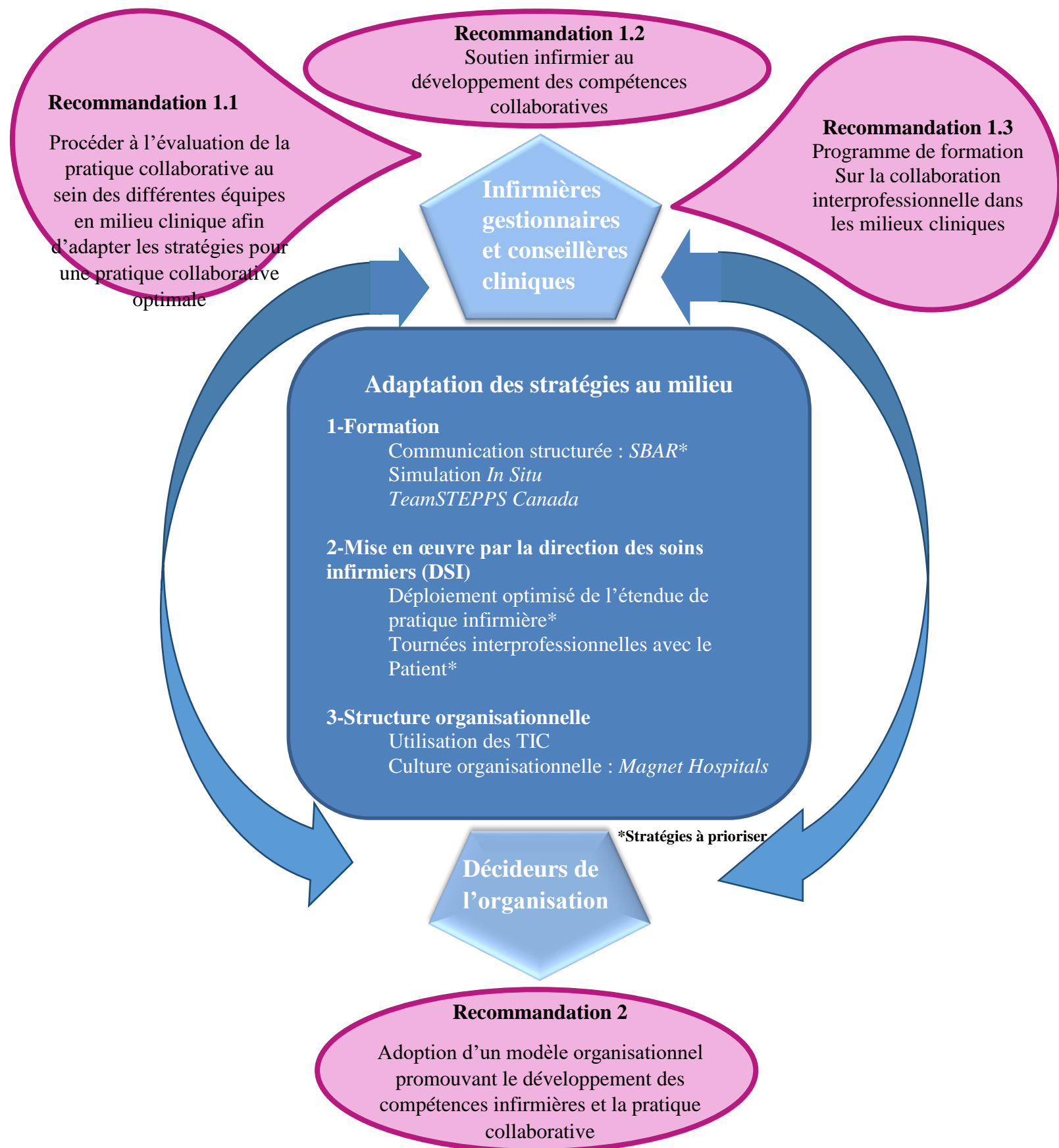
De ce fait, il serait pertinent pour les décideurs de prendre connaissance des résultats de ce travail, afin de les considérer dans leurs différentes prises de décisions, dans l'optique de promouvoir et de faciliter le développement des compétences en collaboration interprofessionnelle dans leur milieu clinique. L'introduction d'une autre forme d'organisation de travail dans laquelle de nouveaux rôles, pour lesquels les infirmières pourraient être appelées à agir à titre de leader de référence, au sein des autres groupes de professionnel pour transformer la culture organisationnelle de façon positive, une dynamique qui poursuit des valeurs et des dispositions de travail qui supportent la pratique collaborative.

Synthèse des recommandations

Les infirmières elles-mêmes et les gestionnaires ont un rôle d'influence pour le développement des compétences des infirmières et la pratique infirmière en contexte interprofessionnel. Les gestionnaires et les décideurs, eux, travaillent conjointement au sein des organisations, tels les hôpitaux, pour l'évaluation des pratiques, la création et le développement de programmes infirmiers ainsi que pour l'application de modèle organisation. Un schéma incorporant les trois types de recommandations et les sous-recommandations présentées ci-dessus est illustré (figure 2). Nous recommandons la création d'outils d'évaluation pour évaluer les besoins et adapter l'ensemble des stratégies énoncées dans les écrits sélectionnés selon les besoins. L'adoption d'un modèle organisationnel promouvant le développement des compétences infirmières et la pratique collaborative peut se faire par l'implantation de tournées interprofessionnelles incluant le patient dans les milieux hospitaliers, en utilisant davantage les TIC pour favoriser les interactions et en optant pour un changement de culture organisationnelle semblable aux *Magnet hospitals*. Les recommandations associées au programme de formation continue pourraient se faire à l'aide d'un programme de formation qui incorpore la simulation interprofessionnelle par immersion (*Simulation In Situ*), par l'apprentissage des méthodes de communication interprofessionnelle structurées tel le *SBAR* et également à l'aide de la trousse de formation continue *TeamSTEPS* Canada. Somme toute, les résultats et les recommandations de ce travail permettent de confirmer que les infirmières, de par leur leadership, pourraient être des acteurs clés dans la consolidation de la collaboration interprofessionnelle par le développement des compétences interprofessionnelles, seulement si elles exercent à la pleine étendue de leur pratique.

Figure 2

Modélisation des recommandations pour le développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale et les stratégies associées.



DISCUSSION

Les écrits recensés ont permis de répertorier sept stratégies de développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale qui permettent de répondre au but fixé de ce travail. Les effets de ces stratégies sur les compétences énoncées dans le cadre de référence ont été recherchés afin de relever celles qui ont été les plus développées. En effet, ce cadre de référence structure l'analyse et la présentation des résultats en une liste de stratégies soutenant le développement des compétences. En se reposant sur les connaissances récentes disponibles sur le sujet et l'analyse des écrits retenus, la proposition, qui s'avère novatrice pour atteindre les objectifs en lien avec le contexte de ce travail, a été exposée. Ainsi, des recommandations ont été faites dans le but de faciliter la mise en œuvre de ces stratégies. La proposition s'adresse aux responsables de développement de pratique, aux responsables de projet de soutien aux infirmières débutantes et aux gestionnaires/décideurs des milieux hospitaliers. Enfin, ce travail a également permis d'atteindre les objectifs d'apprentissage en lien avec le présent travail.

Analyse critique en regard des recommandations

Pertinence des recommandations et aspects novateurs

Les divergences, entre les écrits et la pratique, relatées dans la problématique demandent à ce que des recommandations soient faites dans le cadre de l'amélioration et du développement des pratiques et des organisations de la santé en matière de collaboration interprofessionnelle. En effet, le système d'organisation en santé des hôpitaux a une influence sur la pratique collaborative infirmière. De ce fait, des recommandations pour les responsables en milieux hospitaliers ont été faites dans le but de soutenir la pratique infirmière et améliorer la qualité des soins en matière de collaboration. Les infirmières semblent avoir besoin de reconnaissance dans les milieux de santé. Comme le soulignent Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich et Greer-Williams (2015), l'expertise des infirmières est fréquemment peu reconnue pourtant, le développement de leur pratique professionnelle collaborative est potentiellement tributaire de leur implication et reconnaissance au sein des équipes interprofessionnelles.

Une évaluation de la pratique et des compétences collaboratives ainsi que la modification des pratiques associées aux lacunes pourraient amener vers une pratique exemplaire. D'ailleurs, Smith (2012) a ultérieurement soutenu ces propos, en proposant l'approfondissement des recherches pour la détermination de meilleures méthodes d'évaluation des compétences. Bien que

le terme évaluation soit vaste et complexe, une analyse des pratiques collaboratives par questionnaire ou à l'aide d'outil d'évaluation pourrait être considérée.

La recommandation axée sur le changement de culture organisationnelle fait l'objet d'une multitude de recommandations au sein même des écrits retracés (Grant et al., 2010; Haller et al., 2018; O'Leary et al., 2012; Regan et al., 2016). Bien qu'il soit difficile de modifier la culture organisationnelle des hôpitaux, des démarches vers celui-ci sont toujours possibles. D'ailleurs, le changement de paradigme de soin devrait s'accompagner d'un changement de culture organisationnelle. Nous réalisons que malgré le changement de vision des soignants et des infirmières face à la collaboration interprofessionnelle, la culture organisationnelle change peu. Les infirmières pourraient transférer leur perspective de soin à leurs rôles et fonctions administratives. Pour ce faire, les postes de gestionnaire en soins et service de santé et les postes de décideurs pourraient être occupés par des infirmières expertes. Comme le rapportent Karami et al. (2017), les hôpitaux qui favorisent la pratique et le développement infirmier semblent avoir un grand impact sur l'engagement des infirmières, sur la satisfaction et sur la rétention infirmière. Qui à son tour détient une influence sur le développement professionnel des infirmières et leur engouement pour le choix de postes et fonctions supérieures (Spence Laschinger, Wong, Grau, Read et Pineau Stam, 2012). Les hôpitaux où les infirmières sont mises en avant-plan, comme le soulignent l'article de Stimpfel et al. (2016), semblent avoir de grands bénéfices pour le développement des compétences infirmières et leur engagement dans les démarches de collaboration interprofessionnelle.

Ces recommandations sont pertinentes car elles répondent aux buts et aux objectifs du travail. Elles répondent aux stratégies ministérielles et aux attentes de l'OMS concernant le travail en collaboration dans les organisations de la santé et concernant le développement des pratiques professionnelles des infirmières de façons exemplaires. Cara, Nyberg et Brousseau (2011) supposent que les valeurs qui orientent la dynamique relationnelle entre l'infirmière et le patient sont équivalentes à celles qui guident les relations entre les gestionnaires et les infirmières. Qui plus est, dans ce travail, il est suggéré d'octroyer des fonctions de dirigeants à des infirmières, afin que les valeurs infirmières aient un impact prédominant sur les soins.

Les différentes recommandations essentielles au développement des compétences collaboratives infirmières, qui ont émané des résultats de ce travail corroborent de façon générale avec les interventions proposées dans la littérature pour le développement des compétences

infirmières (Beyea, von Reyn et Slattery, 2007; Blanzola, Lindeman et King, 2004; Khomeiran et al., 2006; Ying, Kunaviktikul et Tonmukayakal, 2007). Pour ce qui concerne les stratégies, celles retracées dans la littérature actuelle sont comparables aux écrits antérieurs tels que : Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya, et Reeves (2009), Schmalenberg et al. (2005) et Zwarenstein et al. (2009). Les auteurs de ces différents travaux relatent que les stratégies visant le développement des compétences collaboratives sont essentiellement associées à la formation continue interprofessionnelle, la formation des professionnels par la simulation et le *débriefing*, aux techniques de communication facilitantes, à l'usage technologique et au changement de modèle de gestion organisationnelle. De plus, les recommandations nous dirigent vers une représentation novatrice de la collaboration interprofessionnelle par rapport à l'inclusion du patient/famille, une perspective nouvelle quant à un idéal holistique des soins et à l'accès à un recueil de stratégies fondamentalement axé sur les milieux hospitaliers. Aussi, ce travail génère de nouveaux résultats quant au positionnement possible des infirmières en tant que leaders de prédilection pour une collaboration interprofessionnelle optimale en contexte hospitalier. Encore, l'interdisciplinarité des connaissances et des résultats sur le sujet rend ce travail novateur. Bien évidemment, ce travail est dirigé vers les infirmières, mais pourrait être globalement applicable à d'autres professionnels de la santé.

Somme toute, les résultats et les recommandations de ce travail permettent de confirmer des connaissances provenant des écrits scientifiques qui soutiennent que les infirmières devraient, de par leur leadership, avoir l'opportunité d'occuper les postes de gestions et d'administration (Clavelle, Drenkard, Tullai-McGuinness et Fitzpatrick, 2012) afin d'être des modèles de rôle en pratique collaborative. En effet, elles semblent détenir une expertise et une approche de soin englobante qui pourraient être une boussole pour les futures infirmières et pour orienter les hôpitaux vers les soins axés sur la collaboration interprofessionnelle (Dyess, Sherman, Pratt, Chiang-Hanisko, 2016). Ainsi, elles sauraient être les leaders de choix pour les fonctions administratives en milieux hospitaliers. Les infirmières désireuses de développer leur compétence collaborative sauront adapter et adopter les stratégies retracées.

Pertinence du cadre de référence

Il est convenable d'ajouter que l'utilisation de ce cadre conceptuel est novatrice, car à ce jour, aucune autre étude ne semble l'avoir utilisée comme cadre conceptuel pour un travail de recherche.

De ce fait, cette étude contribue, à l'application de ce cadre conceptuel. Le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux (DCCP et CIO-UdeM, 2016) est récent, mais peu connu. En plus, il demeure un référentiel simple et facile à comprendre. Les auteurs, incluant des infirmières proviennent de différentes disciplines donc ce référentiel est le produit d'un travail interdisciplinaire. Ce qui rend l'utilisation de ce cadre de référence pertinent pour le travail. Ce référentiel présente un éventail de compétences et présente en détail les caractéristiques, comportements ou habiletés propres à chacune des compétences. Ceci a fortement contribué à retracer les compétences développées dans les articles retenus.

Retombées anticipées

Les différents écrits retenus dans ce travail ont permis d'obtenir un éventail de connaissances reliées à des stratégies pouvant conduire à des résultats positifs pour le développement des compétences en matière de collaboration interprofessionnelle. Ainsi, cette section du travail présente les répercussions possibles sur divers aspects reliés au but du travail. Les grandes contributions du présent travail pour la pratique, pour la discipline, pour les organisations et pour la recherche sont exposées.

Pratique

Contribution au développement personnel et professionnel des infirmières

Les stratégies et les recommandations rapportées suggèrent de manière globale des éléments pour enrichir la pratique et l'améliorer. Ce travail amène et regroupe des connaissances qui pourront encourager les démarches de développement professionnel et personnel des infirmières. Le développement professionnel contribue à l'augmentation de la performance des équipes. Ce travail enrichit également la base de connaissances contribuant activement au développement de la pratique infirmière. Il a permis de faire dégager des résultats concluants dans le but de faire des recommandations touchant la pratique infirmière.

Contribution à la reconnaissance du rôle infirmier dans le milieu hospitalier

Les résultats de cette étude méritent d'être connus des différents professionnels de la santé afin de les conscientiser aux multiples facteurs qui influencent leur collaboration et, par conséquent, leur pratique et afin de les éclairer face à l'importance du rôle infirmier dans les équipes. La

perception d'être soutenue et reconnue se manifeste à travers les stratégies et les recommandations présentées dans ce travail. La promotion du leadership infirmier et la revue de l'étendue de pratique infirmier affectent de manière positive l'expansion du rôle infirmier et sa valorisation (Mathieu, Bell, Ramelet et Morin, 2016). Ainsi, le leadership et la collaboration interprofessionnelle forment un tout favorisant la reconnaissance du rôle infirmier dans les équipes de professionnels.

Contribution pour la discipline sciences infirmières

Ce travail est d'une grande importance pour la discipline infirmière. La discipline infirmière reconnaît quatre concepts centraux de la perspective infirmière : le soin, la personne, la santé et l'environnement. Cette perspective influe sur les conceptions, valeurs et croyances propres à cette discipline (Pepin, Ducharme et Kérouac 2017). Étant actuellement située dans le paradigme de la transformation, l'infirmière développe des savoirs qui non seulement influent sur la pratique infirmière, mais également sur la pratique des autres professionnels (Lecordier, 2011; Pepin et al., 2017). Nous notons que les connaissances et les résultats de ce travail s'inscrivent dans la discipline infirmière, car ils sont axés sur le développement de la pratique infirmière et ils confirment certaines assises de l'exercice infirmier.

Ceci dit, un lien existe entre le cadre conceptuel utilisé et sa contribution pour la discipline infirmière. L'essence des soins infirmiers est enracinée dans un concept central qui est le soin centré sur le patient/famille (Krol et Legault, 2008). Donc, il devient possible et légitime de penser à la concrétisation d'une pratique infirmière interprofessionnelle centrée sur le patient/famille. En effet, le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux (DCCP et CIO-UdeM, 2016), le cadre de référence utilisé dans ce travail, se veut un référentiel holistique et humaniste. Ils suggèrent le partenariat patient pour une pratique collaborative optimale. Il est donc plausible de dire que ce référentiel de compétences adopte et défend les fondements de la discipline infirmière. Il a permis d'obtenir des données enrichissantes sur la pratique collaborative en lien avec la discipline infirmière et ses assises.

Le fait d'avoir un cadre de référence ayant des caractéristiques qui reflètent les quatre concepts centraux de la perspective infirmière, permet d'apporter une perspective infirmières unique au développement de la pratique collaborative. Ceci se reflète à travers les résultats et les recommandations. Aussi, d'un point de vue théorique, ce travail semble avoir permis l'opérationnalisation du cadre de référence et apparaît supporter les démarches de soins centrés sur

le patient/famille pour l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des soins au patient. Le développement des compétences interprofessionnelles aura, selon les écrits, une grande influence sur la qualité des soins et sur l'approche infirmière-patient. Les conseillères cliniques et les gestionnaires infirmières s'orientent, en général, vers cette perspective en termes de haute qualité des soins.

Organisation

Recueil de stratégies et d'outils basés sur les évidences pour les gestionnaires infirmières (Innovation)

Ce travail offre un recueil de stratégies détaillées basées sur des évidences scientifiques. La présentation attentive et explicite des meilleures preuves fondées de la recherche actuelle est exposée tel un recueil de stratégies pouvant guider les gestionnaires pour la gestion des nombreux changements organisationnels et projets novateurs à mettre en œuvre (Weberg, 2009). L'innovation doit faire partie de la pratique infirmière des gestionnaires infirmières car elle fait partie des objectifs des organisations (Dallaire et al., 2015 ; Dopson, Fitzgerald et Ferlie, 2008). En effet, les résultats de recherche contribuent aux changements dans les organisations de la santé par leur transférabilité et leur diffusion (Reigle et al., 2008). Subséquemment, les résultats de ce travail sont diffusés afin de contribuer aux changements et à l'amélioration des pratiques de soin en matière de collaboration.

Recherche

Contribution à de nouvelles ouvertures pour la recherche

Pour donner suite aux conclusions de ce présent travail, il semblerait qu'il soit intéressant de mener des recherches sur la mise en œuvre des stratégies les plus facilement applicables et l'engagement infirmier dans ces démarches tout comme le proposent divers auteurs (Andrew et Sofian, 2012 ; Pfaff et al., 2014). Afin de permettre des avancés et des opportunités de développement professionnel en matière de collaboration, l'engagement des infirmières face aux recommandations est essentiel. Il serait également intéressant d'explorer, par d'autres recherches, l'usage réel de la technologie par les infirmières dans les organisations de la santé et le point de vue des infirmières face à son utilisation (Thakur et al., 2012). En effet, des recherches axées sur la pratique infirmière et la technologie sont peu présentes dans la littérature et deviennent nécessaires.

Forces du travail dirigé et des recommandations

Ce travail incorpore des résultats d'une variété d'articles permettant d'accroître la richesse des informations et d'accorder une valeur scientifique considérable aux résultats. Plus de la moitié des articles datent de moins de trois ans. Ce travail permet donc aux utilisateurs de travaux de recherche en sciences infirmières de prendre connaissance des résultats les plus récents sur le sujet (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). De plus, la grande majorité des articles retenus proviennent de l'Amérique du Nord. Ainsi, les stratégies qui ont été recensées sont potentiellement applicables dans la pratique au Québec et au Canada. Également, la richesse des données probantes facilitant les conclusions relatives au travail les rend transférables, ce qui augmente la crédibilité du travail et des recommandations dégagées du travail. Finalement, à notre connaissance, aucune autre étude ou recension au Québec n'a étudié le sujet de la manière dont ce travail l'a fait. Le rapport permet d'obtenir de riches résultats dans un même document.

Limites du travail dirigé et des recommandations

Le travail constitue une première expérience de recension des écrits selon la méthode de revue de la portée. Malgré le respect des étapes essentielles à la méthode, il se pourrait que des erreurs méthodologiques apparaissent et affaiblissent la portée du travail. De plus, la plupart des articles ne traitent pas de façon précise et directe le développement des compétences en lien avec la pratique collaborative. Il a été plutôt question de rechercher les données se rapportant au descriptif de chaque compétence pour pouvoir enrichir les données. Les devis de recherche des articles retenus ne sont pas principalement empiriques ; ceci ayant un impact sur la robustesse des résultats. Les recommandations ont principalement été faites pour le contexte hospitalier ou tertiaire. Il est alors possible qu'elles soient limitées à ce secteur d'activité de soin. Ce qui constitue une limite dans la transférabilité des recommandations.

CONCLUSION

Le développement des compétences infirmières associé à une pratique collaborative peut se faire à l'aide de différentes stratégies. Sept stratégies ont été décrites. Bien qu'elles soient reliées entre elles, chacune d'elle représente une solution prometteuse pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins offerts aux patients/famille. Ces stratégies et ces recommandations doivent être examinées et prises en considération par les gestionnaires des milieux hospitaliers. Les recommandations issues de la proposition pourront les outiller s'ils désirent obtenir un impact positif sur la collaboration interprofessionnelle et les soins aux patients. Les infirmières sont interpellées dans toutes les sphères du domaine de la santé notamment par leur contribution dans les équipes interprofessionnelles. Leur leadership demeure un atout à la valorisation de leur rôle auprès de leur collègue en santé et des moyens pour le développer ou le rehausser est nécessaire. Dans l'objectif de retracer des stratégies essentielles au développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale, ce sujet actuel, permet de bien comprendre ce sur quoi le domaine de la santé, particulièrement les milieux hospitaliers aspirent. L'environnement de travail dans lequel évoluent les infirmières est soumis à une remise en question par rapport à la structuration de la collaboration interprofessionnelle et le développement des compétences essentielles à celle-ci. Faisant référence à la stratégie canadienne en lien avec l'interprofessionnalisme et au modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle, les infirmières, des leaders en elles-mêmes pourraient faire la différence et pourraient contribuer à faire progresser le système de santé vers ce qui est attendu, ce qui est exemplaire. Le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux (DCCP et CIO-UdeM, 2016) influence la proposition et permet de soulever l'importance du développement professionnel pour les infirmières. Ce cadre de référence empreint d'humanisme soutient la discipline infirmière.

Pour terminer, l'initiation des recommandations demeure tout de même un défi pour les milieux hospitaliers et les professionnels impliqués. L'offre de soins et services de qualité repose sur l'organisation des soins. Actuellement, le travail de collaboration en milieu hospitalier ne permet pas le plein développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale. C'est là une situation préoccupante qui érige la problématique manifestée dans ce travail. Le présent travail nous montre qu'il soit essentiel d'initier ou de poursuivre les réflexions et de mettre de l'avant des pistes de solution pouvant favoriser l'engagement infirmier dans leur milieu de travail

RÉFÉRENCES

- Adler, P. et Heckscher, C. (2013). The collaborative, ambidextrous enterprise. *Universia business review*, 40(2013), 34-51.
- Agency for healthcare research and quality (AHRQ). (2012). *CUSP toolkit*. Repéré à <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/modules/download/index.html>
- Anderson, R. J., Sparbel, K., Barr, R. N., Doerschug, K. et Corbridge, S. (2018). Electronic health record tool to promote team communication and early patient mobility in the intensive care unit. *Critical care nurse*, 38(6), 23-34.
- Andrew, O. C. et Sofian, S. (2012). Individual factors and work outcomes of employee engagement. *Procedia-social and behavioral sciences*, 40(2012), 498-508.
- Amestoy, S. C., Cestari, M. E., Thofehrn, M. B., Milbrath, V. M., Trindade, L. D. L. et Backes, V. M. S. (2010). Education process of nurse leaders. *Revista brasileira de enfermagem*, 63(6), 940-945.
- Allen, P., Lauchner, K., Bridges, R. A., Francis-Johnson, P. et McBride, S. G. (2008). Evaluating continuing competency: a challenge for nursing. *The journal of continuing education in nursing*, 39(2), 81-85.
- America's authentic government information. (2009). *h.r. 855 to amend the public health service act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th congress 1st session*. Repéré à <https://www.congress.gov/111/bills/hr855/BILLS-111hr855ih.pdf>
- Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J. et Waters, E. (2011). 'Scoping the scope' of a Cochrane Review. *Journal of public health*, 33(1), 147-150.
- Asmar, M. K., et Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire*. Repéré à https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/170357/filename/article_3fevfinal.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2011). *Énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à http://www.cnaaiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/2013/07/26/10/48/ps117_interprofessional_collaboration_2011_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2014). *Optimizing the role of nurses in primary care in Canada*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/optimizing-the-role-of-nurses-in-primary-care-in-canada.pdf?la=en>

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2014a). *Quality and safety in patient care*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/quality_and_safety_in_patient_care_roundtable_report_summary_e.pdf?la=en
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2017). *Leadership*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/en/on-the-issues/best-nursing/leadership>
- Baerg, K., Lake, D. et Paslawski, T. (2012). Survey of interprofessional collaboration learning needs and training interest in health professionals, teachers, and students: an exploratory study. *Journal of research in interprofessional practice and education*, 2(2), 187-204.
- Bahreini, M., Moattari, M., Ahmadi, F., Kaveh, M. H., Hayatdavoudy, P. et Mirzaei, M. (2011). Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(3), 227-234.
- Baker, S., Marshburn, D. M., Crickmore, K. D., Rose, S. B., Dutton, K. et Hudson, P. C. (2012). What do you do? Perceptions of nurse manager responsibilities. *Nursing management*, 43(12), 24-29.
- Barr, N., Vania, D., Randall, G. et Mulvale, G. (2017). Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: a systematic review. *Journal of health services research & policy*, 22(4), 250-257.
- Beckett, C. D. et Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for healthcare quality*, 31(5), 19-28.
- Beaumont, C., Lavoie, J. et Couture, C. (2010). *Les pratiques collaboratives en milieu scolaire: cadre de référence pour soutenir la formation*. Repéré à http://crires.ulaval.ca/sites/crires/files/roles/membre_crires/guide_sec_nouvelle_version.pdf
- Begun, J. W., White, K. R. et Mosser, G. (2011). Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. *Journal of interprofessional care*, 25(2), 119-123.
- Bender, M., Connelly, C.D. et Brown, C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader, *Journal of nursing management*, 21(1), 165–174. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01385.x
- Benner, P., Tanner, C. et Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). New York, NY: Springer.
- Berrut, G et de Decker, L. (2015). Évaluation des comorbidités chez la personne âgée. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 13(supplement1), 7-12. doi:10.1684/pnv.2015.054

- Besner, J., Drummond, J., Oelke, N., McKim, R. et Carter, R. (2011). *Optimizing the practice of registered nurses in the context of an interprofessional team in primary care (Rapport final)*. Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/researchers/if-res-hswru-pc-nursing-report-2010.pdf>
- Beyea, S. C., von Reyn, L. K. et Slattery, M. J. (2007). A nurse residency program for competency development using human patient simulation. *Journal for nurses in professional development*, 23(2), 77-82.
- Bianco, C., Dudkiewicz, P. B. et Linette, D. (2014). Building nurse leader relationships. *Nursing management*, 45(5), 42-48.
- Bilodeau, K., Dubois, S. et Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 43-50. doi:10.3917/rsi.113.0043.
- Bittle, M., O'Rourke, K. et Srinivas, S. K. (2018). Interdisciplinary skills review program to improve team responses during postpartum hemorrhage. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 47(2), 254-263.
- Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières: stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118(3), 85-96.
- Bordage, G. (1989), Considerations on preparing a paper for publication. *Teaching and learning in medicine*, 1(1), 47-52.
- Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94-105. doi:10.3917/rsi.093.0094.
- Bower, K. A. (2016). Nursing leadership and care coordination: creating excellence in coordinating care across the continuum. *Nursing administration quarterly*, 40(2), 98-102.
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C. A., ... et Beaulieu, M. D. (2014). Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nursing research and practice*, 2014(Article ID 170514), 1-10.
- Brault, I., Therriault, P. Y., St-Denis, L. et Lebel, P. (2015). Implementation of interprofessional learning activities in a professional practicum: the emerging role of technology. *Journal of interprofessional care*, 29(6), 530-535.

- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R. et Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), 101-109.
- Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of nursing management*, 18(2), 145-156.
- Browne, G., Birch, S. et Thabane, L. (2012). *Better care: an analysis of nursing and healthcare system outcomes*. Repéré à <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2013/06/030429355.pdf>
- Brown, L. G., Johnson, T. L., McMillan, L. R. et Brandon, A. (2018). Two head better than one: partnering to improve a critical care work environment. *Nurs manage*, 49(7), 22-29. doi: 10.1097/01.NUMA.0000538913.15041.3d.
- Burdick, K., Kara, A., Ebright, P. et Meek, J. (2017). Bedside interprofessional rounding: the view from the patient's side of the bed. *Journal of patient experience*, 4(1), 22-27.
- Burger, J. L., Parker, K., Cason, L., Hauck, S., Kaetzel, D., O'nan, C. et White, A. (2010). Responses to work complexity: the novice to expert effect. *Western journal of nursing research*, 32(4), 497-510.
- Burns, K. (2011). Nurse-physician rounds: a collaborative approach to improving communication, efficiencies, and perception of care. *Medsurg nursing*, 20(4), 194-199.
- Buring, S. M., Bhushan, A., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L. et Westberg, S. (2009). Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American journal of pharmaceutical education*, 73(4), 1-8.
- Burzotta, L. et Noble, H. (2011). The dimensions of interprofessional practice. *British journal of Nursing*, 20(5), 310-315.
- Blanzola, C., Lindeman, R. et King, M. L. (2004). Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency. *Journal for nurses in professional development*, 20(1), 27-37.
- Boivin, J., Ntetu, A. L. et Poirier, D. (2009). Facteur explicatif de la non-rétention du personnel infirmier : étude de la situation au service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 38-47.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1), 39-48.

- Cara, C. M., Nyberg, J. J. et Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nurses administrator quarterly*, 35(1), 6-14.
- Carlström, E. D. et Ekman, I. (2012). Organisational culture and change: implementing person-centred care. *Journal of health organization and management*, 26(2), 175-191.
- Cavaliere, R. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins (OIIQ-CMQ-OPQ)*. Repéré à <https://www.oiiq.org/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq>
- Cebul R., Rebitzer J. et Taylor L. (2008). Organizational fragmentation and care quality in the US health care system. *Journal of economic perspectives*, 22(4), 93–113.
- Chan, A. K. et Wood, V. (2010). Preparing tomorrow's health care providers for interprofessional collaborative patient-centred practice today. *UBC medical journal*, 1(2), 22-24.
- Clark, C. E., Smith, L. F., Taylor, R. S. et Campbell, J. L. (2010). Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 341(c3995), 1-17.
- Clark, E., Draper, J. et Rogers, J. (2015). Illuminating the process: enhancing the impact of continuing professional education on practice. *Nurse education today*, 35(2), 388-394.
- Clavelle, J. T., Drenkard, K., Tullai-McGuinness, S. et Fitzpatrick, J. J. (2012). Transformational leadership practices of chief nursing officers in Magnet® organizations. *Journal of nursing administration*, 42(4), 195-201.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Apprendre des meilleurs: étude comparative des urgences du Québec*. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
- Comité de la formation des infirmières (2017). *Technologies de l'information et de la communication (tic) dans la formation infirmière initiale*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-tic-ca-20170615-16.pdf/b97aa514-d8d9-ae62-046e-852ce299796d>
- Comité directeur de l'AFISS (2011). *Principes et pratiques pour intégrer la formation interprofessionnelle dans les normes d'accréditation de six professions de la santé au Canada*. Repéré à <http://www.cihc.ca/files/aiphe/resources/AIPHE%20Principles%20and%20Practices%20Guide%20-%20v.2%20%20FR.pdf>

- Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L. et Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *Medsurg nursing*, 23(5), 334-342.
- Cowan, D. T., Jenifer Wilson-Barnett, D., Norman, I. J. et Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International journal of nursing studies*, 45(6), 902-913.
- Cummings, G., Lee, H., Macgregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L. et Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of health services research & policy*, 13(4), 240-248.
- Cummings, G. G., Midodzi, W. K., Wong, C. A. et Estabrooks, C. A. (2010). The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. *Nursing research*, 59(5), 331-339.
- Curran, V. R., Sharpe, D., Forristall, J. et Flynn, K. (2008). Attitudes of health sciences students towards interprofessional teamwork and education. *Learning in health and social care*, 7(3), 146-156.
- Dasgupta, P. (2012). Effect of role ambiguity, conflict and overload in private hospitals' nurses' burnout and mediation through self efficacy. *Journal of health management*, 14(4), 513-534.
- Dallaire, C., Thibault, N., Hegg-Deloye, S. et Villeneuve, F. (2015). Une dimension professionnelle : à quoi ça sert quant on est infirmière-chef ? *Le point en santé et services sociaux*, 11(1),81-83.
- Davis, K., Drey, N. et Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International journal of nursing studies*, 46(10), 1386-1400.
- D'Agostino, T. A., Bialer, P. A., Walters, C. B., Killen, A. R., Sigurdsson, H. O. et Parker, P. A. (2017). A communication training program to encourage speaking-up behavior in surgical oncology. *AORN journal*, 106(4), 295-305.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodrigues, L. et Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131.
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
doi:10.7202/038041ar

- D'Amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *The journal of nursing administration*, 42(5), 248-255.
- DCPP et CIO-UdeM. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal
- de Bont, A., van Exel, J., Coretti, S., Ökem, Z. G., Janssen, M., Hope, K. L., ... et Wallenburg, I. (2016). Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe. *BMC health services research*, 16(637), 1-14.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G. et Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196.
- Demiris, G., Washington, K., Oliver, D. P. et Wittenberg-Lyles, E. (2008). A study of information flow in hospice interdisciplinary team meetings. *Journal of interprofessional care*, 22(6), 621-629.
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 14(1), 51-55.
- Déry, J. (2019). *Conséquences d'une étendue de pratique infirmière non optimale*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no-1-2019.pdf/#page=37>
- Despins, L. A. (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical care nurse*, 29(2), 85-91.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Programme national de soutien clinique : volet préceptorat*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- Dopson, S., Fitzgerald, L. et Ferlie, E. (2008). Understanding change and innovation in healthcare settings: reconceptualizing the active role of context. *Journal of change management*, 8(3-4), 213-231.
- Doucette, J. N. (2017). Transforming the role of the nurse manager: a call to action. *Journal of Nursing administration*, 47(10), S2.
- Drey, N., Gould, D. et Allan, T. (2009). The relationship between continuing professional education and commitment to nursing. *Nurse education today*, 29(7), 740-745.

- Dyess, S., Sherman, R., Pratt, B., Chiang-Hanisko, L. (2016). Growing nurse leaders: their perspectives on nursing leadership and today's practice environment. *The online journal of issues in nursing*, 21(1), 1-10. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No01PPT04
- Eccott, L., Greig, A., Hall, W., Lee, M., Newton, C. et Wood, V. (2012). Evaluating students' perception of an interprofessionnel problem-base pilot learning projet. *Journal of allied health*, 41(4), 185-189.
- Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: a review. *Surgical neurology international*, 5(Suppl 7), S295–S303. doi: <http://doi.org/10.4103/2152-7806.139612>
- Fackler, C. A., Chambers, A. N. et Bourbonniere, M. (2015). Hospital nurses' lived experience of power. *Journal of nursing scholarship*, 47(3), 267-274.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2008). *Grille PRT*. Document inédit.
- Ferguson, S. L. (2008). TeamSTEPPS: integrating teamwork principles into adult health/medical-surgical practice. *Medsurg nursing*, 17(2), 122-126.
- Fewster-Thuente, L. L. (2015). Working together toward a common goal: a grounded theory of nurse-physician collaboration. *Medsurg nursing*, 24(5), 356-362.
- Fewster-Thuente, L. et Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing administration quarterly*, 32(1), 40-48.
- Forse, R. A., Bramble, J. D. et McQuillan, R. (2011). Team training can improve operating room performance. *Surgery*, 150(4), 771-778.
- Franco, N. P. et Cordero, M. A. W. (2017). Collaboration effort between physicians and nurses: a feedback tool for the review of the hospitals. *International journal of nursing*, 4(1), 19-26.
- Franklin, N. et Melville, P. (2015). Competency assessment tools: an exploration of the pedagogical issues facing competency assessment for nurses in the clinical environment. *Collegian*, 22(1), 25-31.
- Fung, L. Y., Downey, K., Watts, N. et Carvalho, J. C. (2017). Barriers to collaborative anesthetic care between anesthesiologists and nurses on the labour and delivery unit: a study using a modified Delphi technique. *Canadian journal of anesthesia*, 64(8), 836-844.
- Furåker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of nursing management*, 17(3), 269-277.

- Gagnon, S., Paquet, M., Lavoie-Tremblay, M. et Courcy, F. (2008). *Programme inter établissement de recherche action sur le climat de travail: rapport final*. Repéré à http://criso.ca/cms/media/102_14_fr-ca_0_124. Pdf
- Gagnon, M. P., Pollender, H., Trepanier, A., Duplaa, E. et Ly, B. A. (2011). Supporting health professionals through information and communication technologies: a systematic review of the effects of information and communication technologies on recruitment and retention. *Telemedicine and e-Health*, 17(4), 269-274.
- Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H. et Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, 33–37. doi: [10.2147/JMDH.S72623](https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623)
- Garside, J. R. et Nhemachena, J. Z. (2013). A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse education today*, 33(5), 541-545.
- Geary, S., Cale, D. D., Quinn, B. et Winchell, J. (2009). Daily rapid rounds: decreasing length of stay and improving professional practice. *Journal of nursing administration*, 39(6), 293-298.
- George, K. L. et Quatrara, B. (2018). Interprofessional simulations promote knowledge retention and enhance perceptions of teamwork skills in a surgical-trauma-burn intensive care unit setting. *Dimensions of critical care nursing*, 37(3), 144-155.
- Gerrish, K., Guillaume L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A. et Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence - based practice among front - line nurses: findings from a cross - sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1079–1090.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O. et Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of continuing education in the health professions*, 29(3), 151-156.
- Gonzalo, J. D., Kuperman, E., Lehman, E. et Haidet, P. (2014). Bedside interprofessional rounds: perceptions of benefits and barriers by internal medicine nursing staff, attending physicians, and housestaff physicians. *Journal of hospital medicine*, 9(10), 646-651.
- Grant, B., Colello, S., Riehle, M. et Dende, D. (2010). An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. *Journal of nursing management*, 18(3), 326-331.
- Grimshaw, J. (2010). *Chapitre sur la synthèse des connaissances*. Repéré à http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/knowledge_synthesis_chapter_f.pdf

- Hamilton, A. J., Huber, E., Shakshuki, A. et Hebb, A. L. (2018). Nursing leadership strategies for implementing nursing full scope of practice into acute care team-led healthcare settings. *Biomed j sci & tech Res*, 3(5), 1-4.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing : an integrative approach*. Elsevier Health Sciences. St. Louis, Missouri : Elsevier
- Harmer, V. (2010). Are nurses blurring their identity by extending or delegating roles?. *British journal of nursing*, 19(5), 295-299.
- Haute Autorité de Santé. (2016). *SAED guide complet* (France). Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
- Haller, K., Berends, W. et Skillin, P. (2018). Organizational culture and nursing practice: the magnet recognition program® as a framework for positive change. *Revista médica clínica Las Condes*, 29(3), 328-335.
- Hepp, S.L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J. et Birmingham, L. (2014). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 29(2), 131-137.
- Higazee, M. Z. A. (2015). Types and levels of conflicts experienced by nurses in the hospital settings. *Health science journal*, 9(6), 1-6.
- Hoffman, K. A., Aitken, L. M. et Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis. *International journal of nursing studies*, 46(10), 1335-1344.
- House, S. et Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: a systematic review. *Journal of nursing administration*, 47(3), 165-171.
- Huston, C. (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of nursing management*, 16(8), 905- 911.
- Inforoute de la formation professionnelle et technique. (2019). *Soins infirmiers*. Repéré à <https://www.inforoutefpt.org/progColDet.aspx?prog=291&sanction=1>
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). (2018). *TeamSTEPPS Canada*. Repéré à <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/education/teamstepps/pages/default.aspx>
- Institute of Medicine. (2010). *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academies Press, Washington, DC.

- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : méthodologie et description de la population visée*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-metho.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2016). *Démographie : le bilan démographique du Québec*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *L'approche par compétence: un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf
- James, T. A., Page, J. S. et Sprague, J. (2016). Promoting interprofessional collaboration in oncology through a teamwork skills simulation programme. *Journal of interprofessional care*, 30(4), 539-541.
- Jayawardhana, J., Welton, J. M. et Lindrooth, R. C. (2014). Is there a business case for Magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a Magnet. *Medical care*, 52(5), 400-406.
- Jetté, S. (2014). Dossier clinique informatisé en soins infirmiers : un rendez-vous manqué?. *Technologie de l'information*, 11(5), 27-30.
- Jiménez, R. A., Swartz, M. et McCorkle, R. (2018). Improving quality through nursing participation at bedside rounds in a pediatric acute care unit: a pilot project. *Journal of pediatric nursing*, 43(2018), 45-55.
- Jones, T. L., Hamilton, P. et Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
- Karami, A., Farokhzadian, J. et Foroughameri, G. (2017). Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management?. *PLoS one*, 12(11), 1-15.
- Kash, B. A., Spaulding, A., Johnson, C. E. et Gamm, L. (2014). Success factors for strategic change initiatives: a qualitative study of healthcare administrators' perspectives. *Journal of healthcare management*, 59(1), 65-81.
- Kato, C. et Kataoka, Y. (2017). Simulation training program for midwives to manage postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial. *Nurse education today*, 51(2017), 88-95.
- Kaufman, G. et McCaughan, D. (2013). The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing standard (through 2013)*, 27(43), 50-56.

- Kenaszchuk, C., MacMillan, K., van Soeren, M. et Reeves, S. (2011). Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC medicine*, 9(29), 1-10.
- Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M. et Ahmadi, F. (2006). Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International nursing review*, 53(1), 66-72.
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L. et Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC health services research*, 14(249), 1-10.
- Kim, C. S., King, E., Stein, J., Robinson, E., Salameh, M. et O'leary, K. J. (2014). Unit-based interprofessional leadership models in six US hospitals. *Journal of hospital medicine*, 9(8), 545-550.
- Komasawa, N. et Berg, B. W. (2016). Interprofessional simulation training for perioperative management team development and patient safety. *Journal of perioperative practice*, 26(11), 250-253.
- Kramer, M., Maguire, P. A. T. et Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of nursing management*, 19(1), 5-17.
- Krol, P. et Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins, *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 25-41.
- Kurup, V., Matei, V. et Ray, J. (2017). Role of in-situ simulation for training in healthcare: opportunities and challenges. *Curr opin anaesthesiol*, 30(6), 755-760.
- Kuziemsky, C. E. et Varpio, L. (2011). A model of awareness to enhance our understanding of interprofessional collaborative care delivery and health information system design to support it. *International journal of medical informatics*, 80(8), e150-e160.
- Kuziemsky, C. et Reeves, S. (2012). The intersection of informatics and interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 26(6), 437-439.
- Laird-Fick, H. S., Solomon, D., Jodoin, C., Dwamena, F. C., Alexander, K., Rawsthorne, L., ... et Smith, R. C. (2011). Training residents and nurses to work as a patient-centered care team on a medical ward. *Patient education and counseling*, 84(1), 90-97.
- Lalonde, M., Hall, L. M., Price, S., Andrews, G., Harris, A. et MacDonald-Rencz, S. (2013). Support and access for nursing continuing education in Canadian work environments. *Nursing leadership*, 26(Special Issue), 51-60.

- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J. et Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of nursing scholarship*, 47(3), 275-284.
- Larochelle, N. et Beaudet, L. (2017). Développement du rôle des infirmières-chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier : une revue intégrative des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, 1(128), 6-28.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., ... et Pinakiewicz, D. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *BMJ quality & safety*, 18(6), 424-428.
- Lecordier, D. (2011). La santé et les soins infirmiers: l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné. *Recherche en soins infirmiers*, 3(106), 82-85.
- Lee, H. et Cummings, G.G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of nursing management*, 16, 768-783.
- Lee, Y., Kwon, K., Kim, W. et Cho, D. (2016). Work engagement and career: proposing research agendas through a review of literature. *Human resource development review*, 15(1), 29-54.
- Loiselle, C.G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI
- Louis, M. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue médicale Suisse*, 13(579), 1771-1772.
- Lutgendorf, M. A., Spalding, C., Drake, E., Spence, D., Heaton, J. O. et Morocco, K. V. (2017). Multidisciplinary in situ simulation-based training as a postpartum hemorrhage quality improvement project. *Military medicine*, 182(3-4), e1762-e1766.
- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Murray, B. L., Fowler-Kerry, S. E. et Anonson, J. M. (2010). Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse education in practice*, 10(4), 238-242.
- Maletto, M. (2015). *Fermer les CSSS: la réforme du réseau*. Repéré à <http://gestiondamboise.com/wp-content/uploads/2016/02/LePointEnSante11-1IMPweb.pdf#page=70>
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S. et Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2(2), 105-113.

- McAndrew, N. S., Leske, J. S. et Garcia, A. (2011). Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *Journal of trauma nursing*, 18(4), 221-230.
- McCaffrey, R., Hayes, R. M., Cassell, A., Miller - Reyes, S., Donaldson, A. et Ferrell, C. (2012). The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 293-301.
- McCay, R., Lyles, A. A. et Larkey, L. (2018). Nurse leadership style, nurse satisfaction, and patient satisfaction: a systematic review. *Journal of nursing care quality*, 33(4), 361-367.
- McGrail, K. A., Morse, D. S., Glessner, T. et Gardner, K. (2009). “What is found there”: qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *Journal of general internal medicine*, 24(2), 198-204.
- McKay, K. et Narasimhan, S. (2012). Bridging the gap between doctors and nurses. *Journal of nursing education and practice*, 2(4), 52-55.
- Merrick, E., Fry, M. et Duffield, C. (2014). Australian practice nursing: collaboration in context. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3525-3532.
- Ministère de la santé et des services Sociaux (MSSS). (2008). *Programme national de soutien clinique : volet préceptorat*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2016). *Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-924-04W.pdf>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7), 1-6. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Morales-Asencio, J. M., Gonzalo-Jiménez, E., Martin-Santos, F. J., Morilla-Herrera, J. C., Celdráan-Mañas, M., Carrasco, A. M., ... et Toral-López, I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in primary health care: a quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC health services research*, 8(1), 1-13.
- Morgan, S. H. (2009). The magnet™ model as a framework for excellence. *Journal of nursing care quality*, 24(2), 105-108.
- Morgan, S., Pullon, S. et McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 52(2015), 1217–1230.

- Morrison, S. M. et Symes, L. (2011). An integrative review of expert nursing practice. *Journal of nursing scholarship*, 43(2), 163-170.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. et Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for health*, 11(19), 1-11.
- Nandan, M. et Scott, P.A. (2014). Interprofessionnal practice and education : holistic approaches to a complex health care challenges. *Journal allied health*, 43(3), 150-156.
- Naylor, M. D. et Kurtzman, E. T. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health affairs*, 29(5), 893-899.
- Needleman, J. et Hassmiller, S. (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health affairs*, 28(4), w625-w633.
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. et Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Social science & medicine*, 71(5), 898-909.
- Numminen, O., Ruoppa, E., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., Hupli, M. et Meretoja, R. (2016). Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. *Journal of nursing management*, 24(1), E1-E11.
- Nyhus, H. B. et Kamara, M.M. (2017). Quality improvement in emergency service delivery: assessment of knowledge and skills amongst emergency nurses at Connaught Hospital, Sierra Leone. *Afr J Emerg Med*, 7(3), 113-117.
- Oandasan, I. F., Gotlib Conn, L., Lingard, L., Karim, A., Jakubovicz, D., Whitehead, C., ... et Reeves, S. (2009). The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform. *Primary health care research & development*, 10(2), 151–162. doi:10.1017/S1463423609001091
- O'Connor, M. et Fisher, C. (2011). Exploring the dynamics of interdisciplinary palliative care teams in providing psychosocial care: “Everybody thinks that everybody can do it and they can't”. *Journal of palliative medicine*, 14(2), 191-196.
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M. et Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing leadership academy of canadian executive nurses*, 21(1), 58-71.
- O'Daniel, M. et Rosenstein, A. H. (2008). Chapter 33: Professional communication and team collaboration. Dans Hughes, R.G. (dir.) *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses* (Vol.3). Rockville, MD: Agency for healthcare research and quality. [Repéré à https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/pdf/Bookshelf_NBK2637.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/pdf/Bookshelf_NBK2637.pdf)

- Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines: guide explicatif*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf
- Ouellet, J. et Thibault, S. (2012). *Amélioration continue de sa compétence professionnelle : en quatre étapes*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/386_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2017-2018.pdf
- Orchard, C.A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurses role in interprofessional collaborative practice. *Journal of nursing management*, 18(3), 248-257.
- Orchard, C. et Bainbridge, L. (2016). Competent for collaborative practice: what does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education?. *Journal of taibah university medical sciences*, 11(6), 526-532.
- O'Leary, K. J., Haviley, C., Slade, M. E., Shah, H. M., Lee, J. et Williams, M. V. (2011). Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a hospitalist unit. *Journal of hospital medicine*, 6(2), 88-93.
- O'Leary, K. J., Sehgal, N. L., Terrell, G., Williams, M. V. et High performance teams and the hospital of the future project team. (2012). Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. *Journal of hospital medicine*, 7(1), 48-54.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *Framework for action on interprofessional education and Collaborative practice*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015). *Vieillesse et santé*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1
- Patton, C. M. (2014). Conflict in health care: a literature review. *The Internet journal of healthcare administration*, 9(1), 1-11.

- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2014). *La pensée infirmière* (4^e   d.). Montréal : Chenelière   ducation inc
- Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A. et Langford, C. A. (2016). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the american association of nurse practitioners*, 29(1), 12–16. doi:10.1002/2327-6924.12380
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing forum*, 45(2), 73-82.
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M. et Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1142–1152.
- Plsek, P. E. et Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ: British medical journal*, 323(7313), 625-628.
- Powers, K. A., Staton-Williams, D. R., Sheeler, C. et Howard, J. (2017). Creating collaborative learning opportunities. *Nursing management*, 48(1), 9-11.
- Reeves, S. (2012). The rise and rise of interprofessional competence. *Journal of interprofessional care*, 26, 253–255. doi: 10.3109/13561820.2012.695542
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, 6(CD000072), 1-48. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. et Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane library*, 3(CD002213), 1-47. doi : 10.1002/14651858.CD002213.pub3
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. et Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *Journal of interprofessional care*, 24(3), 230-241.
- Regan, S., Laschinger, H. K. et Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses’ perceived interprofessional collaboration. *Journal of nursing management*, 24(1), E54-E61.
- Reigle, B. S., Stevens, K. R., Belcher, J. V., Huth, M. M., McGuire, E., Mals, D. et Volz, T. (2008). Evidence-based practice and the road to Magnet status. *Journal of nursing administration*, 38(2), 97-102.

- Renz, S. M., Boltz, M. P., Capezuti, E. et Wagner, L. M. (2015). Implementing an SBAR communication protocol: a quality improvement project. *Annals of long-term care*, 23(7), 27-31.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). (2010). *Étude des besoins de formation continue en lien avec la collaboration interprofessionnelle dans les établissements du RUIS-UL : rapport d'analyse*. Repéré à http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2010_Rapport%20Etude%20de%20besoins%20CIP.pdf
- Richardson, A. et Storr, J. (2010). Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International nursing review*, 57(1), 12–21.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?. *Nursing in critical care*, 16(1), 5-10.
- Rouleau, G., Gagnon, M. P., Côté, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E. et Dubois, C. A. (2017). Impact of information and communication technologies on nursing care: results of an overview of systematic reviews. *Journal of medical Internet research*, 19(4), 1-21.
- Ryan, S. (2017). Promoting effective teamwork in the healthcare setting. *Nursing standard*, 31(30), 52-60.
- Rizany, I., Hariyati, R. T. S. et Handayani, H. (2018). Factors that affect the development of nurses' competencies: a systematic review. *Enfermeria clinica*, 28(Suppl. Part I), 154-157.
- Salmond, S. W. et Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopedic nursing*, 36(1), 1-12.
- Sanmartin, C. (2015). *Faits saillants de la recherche sur la santé et le vieillissement*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-631-x/11-631-x2016001-fra.htm#a2>
- San Martin-Rodriguez, L. (2007). *Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie*. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/17941/San_Martin_Rodriguez_Leticia_2007_these.pdf?sequence=1
- Santé Canada. (2008). *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : rapport 2007-2008*. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2008-ar-ra-fra.pdf
- Schmalenberg, C., Kramer, M., King, C. R., Krugman, M., Lund, C., Poduska, D. et Rapp, D. (2005). Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 2. *Journal of nursing administration*, 35(11), 507-514.

- Schmalenberg, C. et Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Critical care nurse*, 29(1), 74-83.
- Schmalenberg, C. et Kramer, M. (2009a). Nurse manager support: how do staff nurses define it?, *Critical care nurse*, 29(4), 61-69.
- Smith, S. A. (2012). Nurse competence: a concept analysis. *International journal of nursing knowledge*, 23(3), 172-182.
- Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M. C. et Lanctot, S. (2010). Exploring nurses' perceptions of organizational factors of collaborative relationships. *The health care manager*, 29(3), 271-278.
- Simard, J.-M. (2015). *Rapport annuel de gestion 2014-2015: Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*. Repéré à https://ciusss.nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_nim/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Rapports-annuels/HSCM-Rapport-Annuel-2015.pdf
- Silver, I. L. et Leslie, K. (2009). Faculty development for continuing interprofessional education and collaborative practice. *Journal of continuing education in the health professions*, 29(3), 172-177.
- Skei, K. (2008). Collaboration at risk: registered nurses' experiences on orthopaedic wards. *Journal of clinical nursing*, 17(14), 1907-1914.
- Solevåg, A. L. et Karlgren, K. (2016). Competences for enhancing interprofessional collaboration in a paediatrics setting: enabling and hindering factors. *Journal of interprofessional care*, 30(1), 129-131.
- Souza, G.C., Peduzzi, M., Silva, J.A.M. et Carvalho, B.G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Revista da escola enfermagem USP*, 50(4), 640-647. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
- Shirey, M. R., Ebright, P. R. et McDaniel, A. M. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 17-30.
- Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A. et Gilin, D. (2009) Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of nursing management*, 17(3), 302-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x>
- Spence Laschinger, H. K., Wong, C. A., Grau, A. L., Read, E. A. et Pineau Stam, L. M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of nursing management*, 20(7), 877-888.

- Staines, A., Baralon, C. et Farin, A. (2016). TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients. *Risques et qualité en milieu de soins*, XIII(3), 159-164.
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of family medicine*, 7(2), 100–103. doi: 10.1370/afm.971
- Steinemann, S., Bhatt, A., Soares, G., Wei, A., Ho, N., Kurosawa, G., ... et Berg, B. (2016). Trauma team discord and the role of briefing. *The journal of trauma and acute care surgery*, 81(1), 184-189.
- Stuedler, F. (2014). *Le management hospitalier de demain : approche sociologique*. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2004/497/43-52.pdf>
- Stievano, A., Bellass, S., Rocco, G., Olsen, D., Sabatino, L. et Johnson, M. (2018). Nursing's professional respect as experienced by hospital and community nurses. *Nursing ethics*, 25(5), 665-683.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., McHugh, M. D. et Aiken, L. H. (2016). Hospitals known for nursing excellence associated with better hospital experience for patients. *Health services research*, 51(3), 1120-1134.
- Stolee, P., Steeves, B., Glenny, C. et Filsinger, S. (2010). The use of electronic health information systems in home care: facilitators and barriers. *Home healthcare now*, 28(3), 167-181.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. et Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors, *Journal of public health*, 37(4), 716–727.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. et Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41-51.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. et Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International nursing review*, 60(3), 291-302. doi:10.1111/inr.12034
- Tang, T., Lim, M. E., Mansfield, E., McLachlan, A. et Quan, S. D. (2018). Clinician user involvement in the real world: designing an electronic tool to improve interprofessional communication and collaboration in a hospital setting. *International journal of medical informatics*, 110(2018), 90-97.
- Thakur, R., Hsu, S. H. et Fontenot, G. (2012). Innovation in healthcare: issues and future trends. *Journal of business research*, 65(4), 562-569.

- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical education*, 46(1), 58-70.
- Thistlethwaite, J. E., Forman, D., Matthews, L. R., Rogers, G. D., Steketee, C. et Yassine, T. (2014). Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Academic medicine*, 89(6), 869-875.
- Ting, W. H., Peng, F. S., Lin, H. H. et Hsiao, S. M. (2017). The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwanese journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 171-174.
- Tremblay-Paquet, S., Toupin, M., Faucher, L., Lebel, P. et Samsom, L. (2011). *Projet de formation à la collaboration interprofessionnelle au département de radiologie du CHUM (Poster électronique)*. Repéré à <http://pe.sfnnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2011/1/af55a270-7bc9-45c7-88dd-05861f3f2eb5.pdf>
- Truta, T. S., Boeriu, C. M., Copotoiu, S. M., Petrisor, M., Turucz, E., Vatau, D. et Lazarovici, M. (2018). Improving nontechnical skills of an interprofessional emergency medical team through a one day crisis resource management training. *Medicine*, 97(32), 1-7.
- Tyrrell, E. F., Levack, W. M., Ritchie, L. H. et Keeling, S. M. (2012). Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of advanced nursing*, 68(11), 2466-2476.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M. et Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1667-1677.
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K. et Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1123-1134.
- Vanier, M.-C., Rivest, J. et Boucher, S. (2011). *Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne : rêve ou réalité?* Repéré à <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2010%20-%202019/2011/MQ-02-2011/055-061MmeVanier0211.pdf>
- Vanier, M.-C., Therriault, P.-Y., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I., ... et Interfaculty operational faculty. (2013). Innovating in teaching collaborative practice with a large student cohort at Université de Montréal. *Journal of allied health*, 42(4), 97E-106E.

- Weberg, D. (2009). Innovation in healthcare: a concept analysis. *Nursing administration quarterly*, 33(3), 227-237.
- Weller, J., Boyd, M. et Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061), 149-154.
- Weller, J., Civil, I., Torrie, J., Cumin, D., Garden, A., Corter, A. et Merry, A. (2016). Can team training make surgery safer? Lessons for national implementation of a simulation-based programme. *New Zealand medical journal*, 129(1443), 9-17.
- White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M. et Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing leadership academy of canadian executive nurses*, 21(1), 44-57.
- White, D., Jackson, K., Besner, J., Suter, E., Doran, D., McGillis Hall, L. et Parent, K. (2009). *Enhancing nursing role effectiveness through job redesign: final report*. Repéré à http://www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_JobRedesignStudyFinalReport2009.pdf
- Wilkinson, C. A. (2013). Competency assessment tools for registered nurses: An integrative review. *The journal of continuing education in nursing*, 44(1), 31-37.
- Wong, C. A., Laschinger, H., Cummings, G. G., Vincent, L. et O'Connor, P. A. T. T. Y. (2010). Decisional involvement of senior nurse leaders in Canadian acute care hospitals. *Journal of nursing management*, 18(2), 122-133.
- Xyrichis, A. et Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45(1), 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015
- Ying, L., Kunaviktikul, W. et Tonmukayakal, O. (2007). Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese university hospital. *Nursing & health sciences*, 9(3), 221-227.
- Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. et Taleghani, F. (2015). Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(2), 214-224.
- Zwarenstein, M, Goldman, J et Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(CD000072), 1-31. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

ANNEXES

ANNEXE A

Phases de développement de l'expertise infirmière

Niveau	Caractéristiques
Novice	Sans expérience clinique. Utilisation des règles, connaissances et principes appris lors des cours théoriques, lui permettant d'agir dans différentes situations.
Débutante	Fait face à plusieurs situations élémentaires lui permettant d'être capable de reconnaître les cas similaires et certains aspects isolés. Accumulation de prototypes et de situations qu'elle pourra ensuite reconnaître et utiliser.
Compétente	Sentiment de maîtrise, plus grande efficacité, meilleure planification et organisation dans son travail et aisance pour faire aux imprévus de la pratique.
Performante	Perceptions améliorées, reconnaissance des situations «typiques» en comparaison avec les «atypiques», incorporation d'un processus analytique des situations et établissement de priorités. Meilleure disposition dans la prise de décisions.
Experte	Vision globale des situations, les priorités se font de façon naturelle, sans processus analytique préalable des différentes possibilités. Bonne connaissance de la clientèle de patient qu'elle épaulé, intuition et développement de réflexes dans sa pratique. Bonne gestion des situations cliniques complexes.

Tableau inspiré de Benner et al. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). New York, NY: Springer. p. 9-21.

ANNEXE B

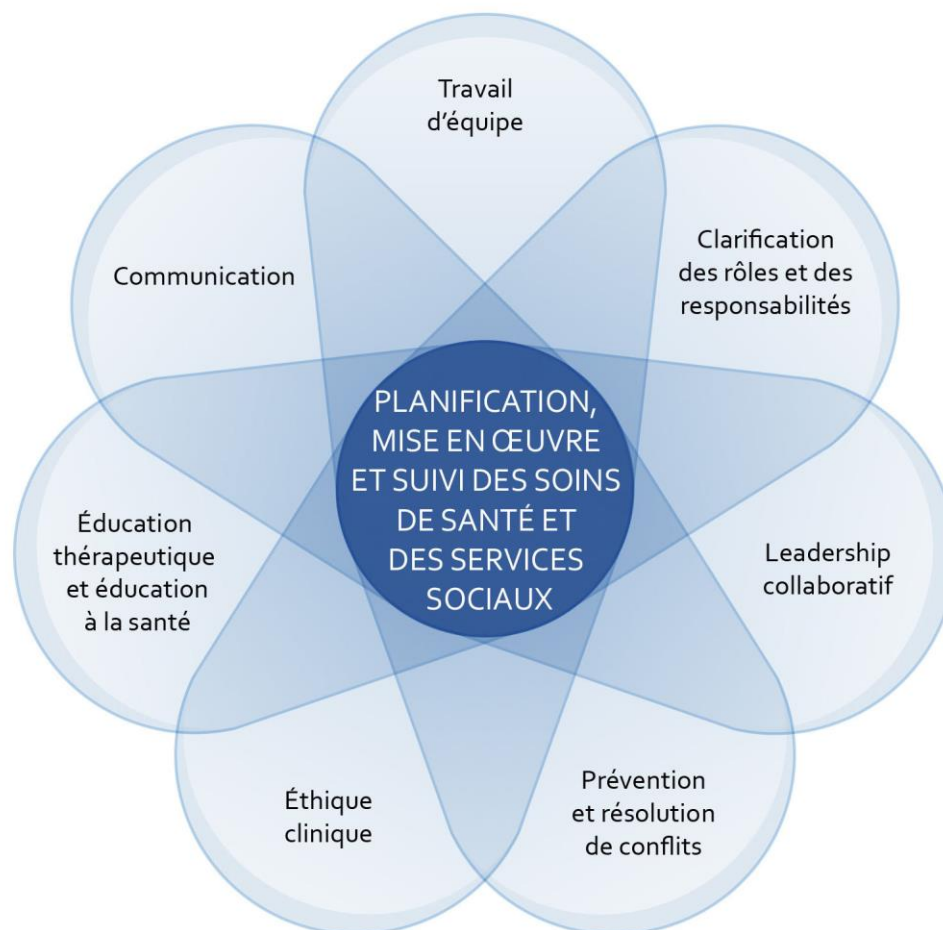
Schéma des compétences associées à la pratique collaborative et au partenariat patient en santé et services sociaux*Cadre de référence*

Image reproduite avec permission de l'article : DCPD et CIO-UdeM. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal, p. 5.

ANNEXE C

Plan de concepts (Cinhal)

Sujet de recherche : __Stratégies de développement de compétences infirmières les plus pertinentes à une collaboration interprofessionnelle optimale en milieux hospitaliers

Concepts	Développement des compétences	Infirmières	Collaboration	Hôpital
Mots-clés	Competency development Skills development	Nurse Nursing Nursing role Nursing staff	Collaboration Collaborative practice Interprofessionnal care Interdisciplinary approach Interprofesionnal collaboration Interprofessionnal team Multidisciplinary team Teamwork	Hospital care Hospice Hospital setting
Descripteurs de CINAHL	(MH "Professional Competence+") OR (MH "Staff Development") OR (MH "Skill Acquisition") OR (MH "Clinical") OR (MH "Nursing Skills")	(MH "Staff Nurses") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Practice") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing as a Profession+") OR (MH "Nursing Care+")	(MH "Multidisciplinary Care Team") OR (MH "Collaboration") OR (MH "Teamwork") OR (MH "Interpersonal Relations") OR (MH "Interprofessional Relations") OR (MH "Shared Governance") OR (MH "Joint Practice") OR (MH "Networking, Professional")OR (MH "Group Practice") OR (MH "Nurse-Physician Relations")	(MH "Hospitals, Public") OR (MH "Magnet Hospitals") OR (MH "Hospitals, Community") OR (MH "Hospitals, Special+") OR (MH "Hospital Units+") OR (MH "Hospitals, Public+") OR (MH "Hospital") OR (MH "Health Facilities+")
Concept 1 (équation)	(((Competenc* OR Skill*) N3 develop*)			

avec mots-clés)	
Concept 2 (équation avec mots-clés)	Nurs*
Concept 3 (équation avec mots-clés)	((Interprofessionnal OR Multidisciplinary OR Interdisciplinary) N3 (Team* OR Approach OR Collaborat* OR Care) OR Teamwork
Concept 4 (équation avec mots-clés)	Hosp*

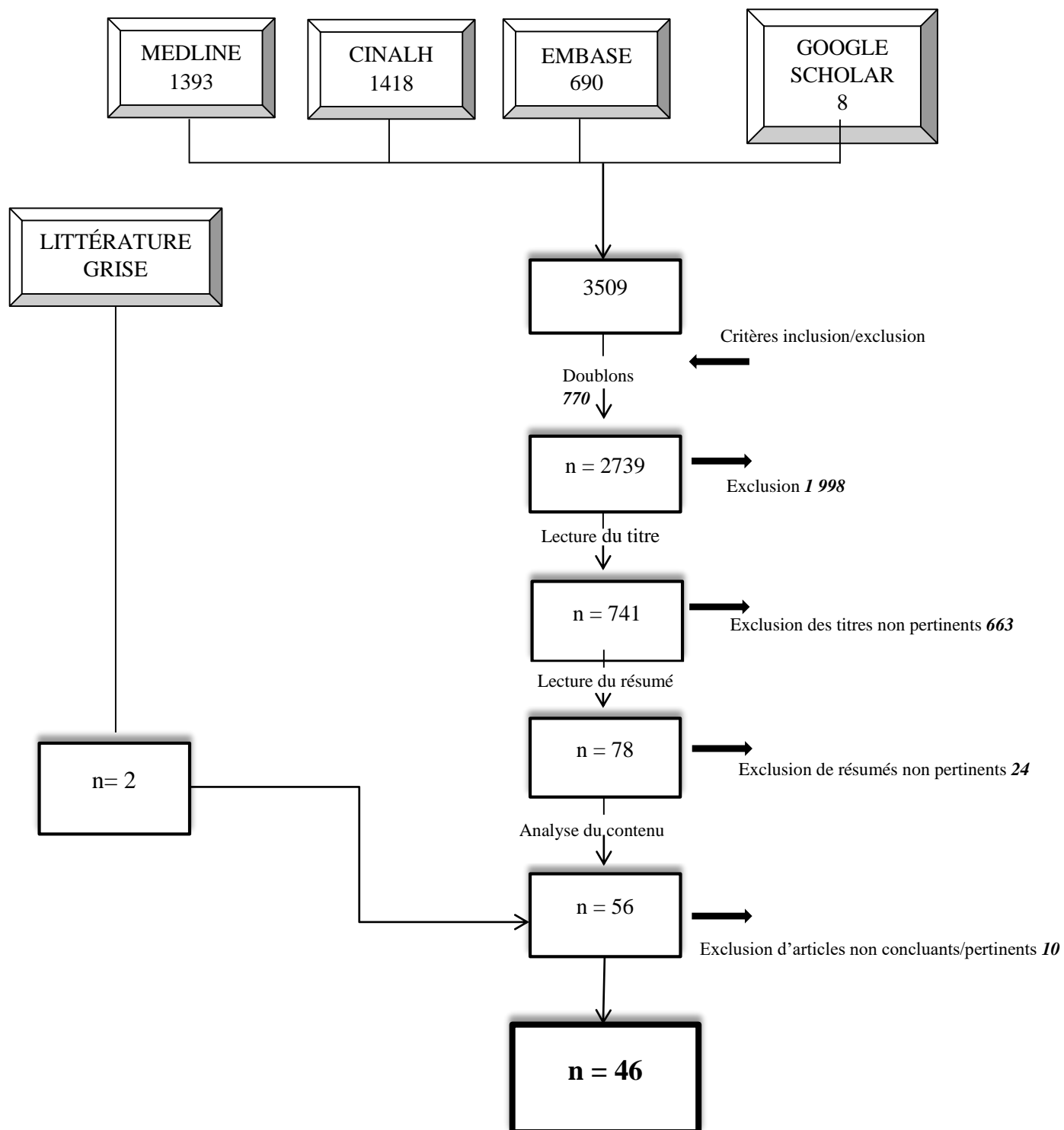
ANNEXE D

Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion

Inclusion	Exclusion
Publications de 2008 à nos jours	Publications antérieures à 2008
Langue française et anglaise	Langues autres que le français et l'anglais
Tous les pays	Articles portant sur la collaboration exclusive en 1 ^e ligne
Infirmières, infirmières cliniciennes, conseillères, assistantes infirmières chefs	Articles axée exclusivement sur les étudiants et les infirmières praticiennes
Articles portant sur les thèmes de la collaboration, le développement des compétences en collaboration et faisant référence aux mots-clés	
Articles quantitatifs et qualitatifs, thèses, livres, opinions, vidéos, documentaires	

ANNEXE E

Processus de sélection



Inspiré du diagramme de flux de sélection FPRISMA de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et The PRISMA Group (2009).

ANNEXE F

Tableau d'extraction de données

# de l'article	1.	2.
Titre	Electronic Health Record Tool to Promote Team Communication and Early Patient Mobility in the Intensive Care Unit	
Auteurs / Année/ Pays	Anderson, Sparbel, Barr, Doerschug et Corbridge (2018) États- Unis	
Devis	Quantitative Projet pilote : Étude expérimentale	
But de l'étude	Mettre en œuvre un programme de collaboration consistant en une formation au protocole et à un outil de dossier de santé électronique conçu pour améliorer la communication et la collaboration interprofessionnelles	
Rigueur conceptuelle (Thèmes)	Communication Dossier électronique	
Rigueur méthodologique	<u>Milieu</u> : Centre médical universitaire reconnu Magnet <u>Échantillon</u> : 43 (majoritairement des médecins et infirmières) <u>Collecte de données</u> : Sondage <u>Analyse</u> : Statistique	
Pertinence		

<p>Résultats (Compétences) <i>Communication</i></p>	<p>Amélioration de la communication entre les différents professionnels à l'aide du dossier électronique</p> <p>Mise à jour du dossier rehaussé par l'entremise du dossier électronique</p>	
<p><i>Travail d'équipe</i></p>	<p>Facilité d'accès à ce que les autres professionnels écrivent au dossier, évitant ainsi les duplicatas</p> <p>Engagement collectif</p>	
<p><i>Clarification des rôles et responsabilités</i></p>	<p>-</p>	
<p><i>Prévention et résolution de conflit</i></p> <p><i>Éthique clinique</i></p>	<p>-</p>	
<p><i>Éducation thérapeutique et à la santé</i></p>	<p>Permet l'apprentissage en continu</p>	
<p><i>Leadership collaboratif</i></p>	<p>-</p>	
<p><i>Planification, mise en œuvre et suivi de soin</i></p>	<p>Amélioration modérée de la documentation émise dans le dossier électronique</p>	
<p>Stratégies de développement des compétences retenues</p>	<p>Utilisation de la technologie pour favoriser les apprentissages et la communication interprofessionnelle</p>	

Recommandations	Formation aux TIC	
Autres	Faiblesse : article basé fondamentalement sur le développement d'une seule compétence	

Exemple de l'extraction de données de l'article : Anderson, R. J., Sparbel, K., Barr, R. N., Doerschug, K. et Corbridge, S. (2018). Electronic health record tool to promote team communication and early patient mobility in the intensive care unit. *Critical care nurse*, 38(6), 23-34.

ANNEXE G

Exemple de SBAR sous une forme électronique

S i t u a t i o n	1127-01 Xxxxxxx, Xxxxx X DOB: xx/xx/xxxx Privacy: No Password: _____		
	Admit Dt: 11/01/2010 04:56 Age: xx Y Gender: F LOS: 3 Days, 01:30	Active Current Situation: R knee replacement Chief Complaint on Admission: W - SEVERE DEGENERATIVE ARTHRITIS	
	Attending Physician: Brilliant, I. M. MD Consulting MDs: (Only latest 8 listed) Surgeon, Sergio MD;	Diagnostic Orders: (latest 6 in the last 24 hours) No Diagnostic Orders	
B a c k g r o u n d	Allergies: (Note: Only first 25 Allergies listed) CODEINE, IV DYE, IODINE CONTAINING	Code Status: (Latest charted since admit) DNR (no resus) (10/27-10:05)	
	Medical Problems: (Only Active Medical problems listed) Asthma; Osteoarthritis	Isolation: (Latest charted in last 24 hours) No Charting	
	Surgical History: Cholecystectomy, Appendectomy; Mastoidectomy; Tonsillectomy; Hysterectomy; Comments: Bladder Suspension, Left Mastoidectomy	Precautions: (Latest charted in last 24 hours) No Charting Vaccine History: Influenza: 2009; Pneumonia: 2009 Barriers to Communication: No Adverse Charting	
A s s e s s m e n t	Vital Signs: (latest in last 24 hrs) Tnp: 97.9F (11/04 06:24) HR: 64 (11/04 06:24) RR: 18 (11/04 06:24) BP: 98/52 (11/04 06:24) Sat: 97% oxy (11/04 06:24) BG: Not Charted Ref: Not Charted	Intake and Output: 11/03 23:01-11/04 07:00 Intake: 0 Output: 0 Net: 0 Stool(O): 0 Hemodialysis: 0 Urination method: catheter (11/04 04:26)	Height/Weight: (latest since admit) 152.4cm(11/01-12:32) 95.2543kg(11/01-12:32)
	O2/Vent: (latest in last 24hrs) O2: 2lpm nasal cannula (04:26) Trach size: No Charting No Vent Charting	Cardiac: (latest in last 24hrs) No Charting	Line Management: (latest in last 8hrs) Line # 1: Type- peripheral (11/04 04:26) Location- right, forearm Inserted- 11/01/2010
	Abn Labs: (L 35 last 24hrs) INR No result since admit No Abnormal Labs	IV Manage: Lactated Ringers 1000 Ml @ 100 ml/hr	Scores/Scales: (latest since admit) Braden: 19total per shift (11/03-20:10)
		Tubes/Drains: (latest last 24hrs) No Charting	Diet/Supplements: Diet: regular (11/02 07:00)
		Skin/Incisions/Wounds: (latest last 24hrs) Wound 1: Location- left, knee (11/04 04:26) Type- incisional (11/04 04:26)	Activity: (latest in last 8hrs) No Charting
			Pain: (latest 2 for each site in last 24 hours) L knee- 6 (11/03 20:10), 10 (11/03 18:06) PRN Meds Given (last 24 hours): Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/04 00:22) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/03 17:52) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/03 13:22) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/03 09:50)
R e c o m m e n d	Consult Orders: (latest for each since admit) Acute Rehab Consult (11/01 22:07), Case Management Consult (11/01 23:19), Chaplain Consult (11/01 23:17), Dietitian Consult (11/01 23:20), Ot Initial Evaluation (11/01 22:05), Pt Initial Evaluation (11/01 22:02), Social Service Consult (11/01 23:18)	Nursing Orders: (latest active select orders) No Active Orders	
	Nurse Reminders: (latest in last 48hrs) No Reminders Charted	Medications: (Overdue in the last 12hrs and Non-Confirmed) Overdue: None Non-Confirmed: (25) Ondansetron Hcl; (13) Zolpidem; (12) Zolpidem; (11) Diphenhydramine Hcl; (10) Diphenhydramine Hcl; (9) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg; (8) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg; (5) Alum-Mag Hyd-Sim200-200-20/5; (4) Magnesium Hydroxide; (3) Acetaminophen; (2) Promethazine	
	Core Measures: (latest since admit) VTE mechanical: ALPs (11/02-07:59) Compress device: calf, alp boots, in place (11/04-04:26)		

Image reproduite de Cornell, P., Gervis, M.T., Yates, L. et Vardaman, J.M. (2014). Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding, *Medsurg nursing*, 23(5), p. 336.