

# UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Les variables associées à la collaboration interprofessionnelle dans les équipes interdisciplinaires de santé mentale

*Par*

**Ndibu Muntu Keba Kebe**

Département de gestion, d'évaluation et politique de santé

École de santé publique

Thèse présentée

en vue de l'obtention du grade Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en Santé publique

Option : Systèmes, organisations et politiques de santé

Août, 2019

© Ndibu Muntu Keba Kebe, 2019

# UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Département de gestion, d'évaluation et politique de santé  
École de santé Publique

---

*Cette thèse intitulée :*

## **Les variables associées à la collaboration interprofessionnelle dans les équipes interdisciplinaires de santé mentale**

*Présentée par :*

**Ndibu Muntu Keba Kebe**

*a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :*

**Lise Lamothe**

Présidente-rapporteure

**Marie-Josée Fleury**

Directrice de recherche

**Karine Bilodeau**

Membre du jury

**Louise Lemieux-Charles**

Examinatrice externe

**Roxane Borgès Da Silva**

Représentante du doyen

## Résumé

Plusieurs études ont montré que la collaboration interprofessionnelle (CIP) produit des retombées positives pour les usagers, les professionnels de la santé et les organisations de soins. Cependant, les chercheurs estiment que son adoption dans les organisations et les services de santé est insuffisante. Cette situation conduit à des conflits souvent nuisibles entre les professionnels, à des erreurs médicales, à une augmentation des coûts de soins de santé et à des taux de mortalité élevés. Il existe un besoin de recherche pour identifier les variables associées à la CIP, particulièrement dans le domaine de la santé mentale (SM). La présente thèse vise à combler les lacunes susmentionnées et à permettre d'approfondir les connaissances que nous avons à l'heure actuelle sur la CIP.

Trois cent quinze (315) professionnels œuvrant dans les équipes interdisciplinaires de soins primaires (N=101) et spécialisés (N=214) de SM, localisées dans quatre réseaux locaux de services (RLS) du Québec, ont participé à l'étude. Plusieurs variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique du domaine de la santé ont été prises en compte et catégorisées dans un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003). Trois objectifs spécifiques ont été fixés, et chacun a fait l'objet d'un article scientifique.

Le premier article visait à identifier les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS. Des analyses de régression linéaire ont été effectuées. Cinq variables liées aux caractéristiques interpersonnelles (l'engagement affectif envers l'équipe, le climat d'équipe, l'autonomie de l'équipe, le partage et l'intégration des

connaissances), une variable liée au rôle professionnel (l'identification multifocale) et une autre liée aux caractéristiques personnelles (l'âge) étaient associées à la CIP.

Le deuxième article visait à identifier les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP ainsi que les variables associées pouvant les différencier. À l'aide de l'analyse typologique, quatre profils de professionnels en SM ont été identifiés. Deux profils présentaient un niveau élevé de perception de la CIP, un profil présentait un niveau moyen et un autre présentait un niveau faible. Le support organisationnel, la participation à la prise de décisions, la confiance mutuelle, l'engagement affectif envers l'équipe, les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire, le partage et l'intégration des connaissances étaient associés aux profils ayant des scores élevés de la CIP.

Enfin, le troisième article a porté sur la comparaison des variables associées à la CIP selon le contexte de soins, à savoir : les soins primaires de SM (SP-SM) et les services spécialisés. Deux modèles de régression multivariée ont été réalisés, et ont permis d'identifier les variables significativement associées à chacun des contextes. Il s'agit du partage des connaissances pour les équipes de SP-SM, du soutien organisationnel et de l'âge pour les services spécialisés.

Au regard de ce qui précède, des recommandations ont été formulées à l'intention des gestionnaires des services de SM, aux CSSS et organisations de soins.

**Mots-clés :** Collaboration interprofessionnelle, équipes interdisciplinaires de santé mentale, professionnels de la santé mentale, variables associées, régressions linéaires multiples, analyse typologique, santés primaires, services spécialisés.

## **Abstract**

Studies have shown that interprofessional collaboration (IPC) has a positive impact on service users, health professionals and healthcare organizations. However, researchers believe that the adoption of IPC in organizations and health services is insufficient, leading to conflict among professionals, medical errors, increased costs of care and higher mortality rates. While IPC has emerged over the past several years as a best practice, research is needed to identify variables associated with IPC, particularly in mental health (MH) which has received relatively little attention. The present thesis aims to fill these gaps and to deepen the present state of knowledge about IPC, particularly in the MH field.

Three hundred and fifteen (315) MH professionals working in interdisciplinary primary care teams (N = 101) and specialized MH teams (N = 214) located in four Quebec local service networks (RLS) participated in the study. Many of the variables recognized as strongly associated with IPC in the health sciences literature, were integrated and categorized within a conceptual framework inspired by the Bronstein model (2003). Three specific study objectives were established, with each one the subject of a scientific article.

The first article aimed to identify variables associated with IPC in interdisciplinary MH teams. Linear regression analyzes were performed. Five variables related to interpersonal characteristics (emotional commitment to the team, team climate, team autonomy, knowledge sharing and integration), one variable related to professional role (identification multifocal) and another related to personal characteristics (age) were associated with IPC.

The second article aimed to identify profiles of MH professionals according to their perception of IPC as well as other distinguishing variables. Using Cluster Analysis, four profiles of MH professionals were identified. Two profiles had high levels of IPC, one profile an average level, and the other profile a low level of IPC. Organizational support, participation in decision-making, mutual trust, emotional commitment to the team, belief in the benefits of IPC, knowledge sharing, and knowledge integration were associated with the profiles that revealed high IPC scores. By contrast, team conflicts were associated with the profile of MH professionals with the lowest IPC score.

Finally, the third article focused on a comparison of IPC-related variables by care settings: primary health care (PHC) and specialized MH care. These two contexts of care differ in terms of their activities, clients served, the actors involved in care episodes of care and the roles of team members. Two multivariate regression models were performed, identifying the following variables as significantly associated with each of the care settings: knowledge sharing for PHC teams, and organizational support and age for specialized MH teams.

Considering the above, recommendations have been made to managers, health and social service centers and care organizations for promoting IPC in interdisciplinary MH teams

**Keywords:** Interprofessional collaboration, interdisciplinary mental health teams, mental health professionals, associated variables, multiple linear regression, cluster analysis, primary health care, specialized MH services.

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>ix</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>x</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b> .....	<b>xi</b>
<b>Dédicaces</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>xiv</b>
<b>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
1.1. <b>Problématique</b> .....	<b>1</b>
1.2. <b>Objectifs généraux et spécifiques</b> .....	<b>6</b>
1.3. <b>Organisation de la thèse</b> .....	<b>8</b>
<b>CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES</b> .....	<b>9</b>
2.1. <b>Contexte de l'étude</b> .....	<b>9</b>
2.1.1. Le système de santé mentale .....	<b>9</b>
2.1.2. Les soins primaires en santé mentale .....	<b>12</b>
2.1.3. Les services spécialisés en santé mentale .....	<b>14</b>
2.1.4. Les services superspécialisés e santé mentale .....	<b>15</b>
2.2. <b>La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé</b> ..	<b>18</b>

2.2.1. Définitions de la collaboration interprofessionnelle .....	18
2.2.2. Composantes de la collaboration interprofessionnelle .....	20
2.2.3. Collaboration interprofessionnelle et concepts apparentés.....	21
2.2.4. L'équipe de travail.....	23
2.2.5. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle .....	24
2.2.5.1. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle pour les patients .....	25
2.2.5.2. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle pour les intervenants	25
2.2.5.3. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle pour les organisations de soins de santé .....	26
2.2.6. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle .....	26
2.2.6.1. Facteurs personnels ou individuels .....	28
2.2.6.2. Facteurs interpersonnels ou interactionnels .....	29
2.2.6.3. Facteurs organisationnels ou structurels .....	34
2.2.6.4. Facteurs systémiques ou liés au rôle professionnel.....	37
2.2.7. Les théories de la collaboration interprofessionnelle.....	40
2.2.8. Les modèles de la collaboration indentifiant les facteurs qui influencent la CIP.	41
2.2.8.1. Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière .	41
2.2.8.2. Le modèle de West, Borril et Unworth (1998).....	43
2.2.8.3. Cadre analytique de collaboration interdisciplinaire de Sicotte et al. (2002) .	44
2.2.8.4. Le modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein (2003).....	45
<b>2.3. Synthèse de l'état des connaissances et objectifs de la recherche ....</b>	<b>47</b>
<b>CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>51</b>



<b>CHAPITRE 4 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>56</b>
<b>4.1. Brève présentation du projet de recherche .....</b>	<b>56</b>
<b>4.2. Devis et calcul de la taille de l'échantillon .....</b>	<b>57</b>
<b>4.3. Population à l'étude et critères d'inclusion .....</b>	<b>57</b>
<b>4.4. Variables à l'étude et instruments de mesure .....</b>	<b>59</b>
4.4.1. Variable dépendante (VD) .....	59
4.4.2. Variables indépendantes (VI) : les variables associées à la CIP .....	60
4.4.2.1. Variables liées aux caractéristiques personnelles .....	60
4.4.2.2. Variables liées aux caractéristiques interpersonnelles ou interactionnelles .....	62
4.4.2.3. Variables liées aux caractéristiques structurelles .....	67
4.4.2.4. Variables liées au rôle professionnel .....	69
<b>4.5. Considérations éthiques.....</b>	<b>72</b>
<b>4.6. Plan d'analyse des données .....</b>	<b>72</b>
<b>CHAPITRE 5 : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>74</b>
<b>5.1. Premier article.....</b>	<b>77</b>
<b>5.2. Deuxième article .....</b>	<b>112</b>
<b>5.3. Troisième article.....</b>	<b>143</b>
<b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION .....</b>	<b>182</b>
<b>6.1. Discussion.....</b>	<b>182</b>
6.1.1. Rappel des objectifs de la recherche .....	182

6.1.2. Bref retour sur les résultats clés .....	183
<b>6.2. Limites de l'étude et stratégies pour réduire les biais .....</b>	<b>197</b>
<b>CHAPITRE 7 : CONCLUSION, RECOMMANDATIONS ET CONTRIBUTION DE</b>	
<b>L'ÉTUDE.....</b>	<b>200</b>
<b>7.1. Conclusion et recommandations de l'étude .....</b>	<b>200</b>
<b>7.2. Contributions de l'étude .....</b>	<b>204</b>
7.2.1. Contribution méthodologique .....	204
7.2.2. Contribution sur la pratique professionnelle .....	207
7.2.3. Pistes pour les futures recherches .....	208
<b>Mot de la fin.....</b>	<b>208</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>210</b>
<b>Annexe 1: Instruments de mesure utilisés.....</b>	<b>256</b>
<b>Annexe 2: Lettre d'approbation du projet de recherche (MP-IUSDM-11-37)</b>	<b>265</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumé des variables indépendantes à l'étude et leurs outils de mesure .	71
Table 1 ( <b>Article 1</b> ): Variables and instruments used in the study .....	90
Table 2 ( <b>Article 1</b> ): Participant characteristics and unadjusted associations with interprofessional collaboration-IPC .....	92
Table 3 ( <b>Article 1</b> ): Variables independently associated with interprofessional collaboration (IPC): Multiple linear regression .....	93
Table 1 ( <b>Article 2</b> ): Variables and instruments used in the study .....	121
Table 2 ( <b>Article 2</b> ): Characteristics of participating mental health professionals .....	123
Table 3 ( <b>Article 2</b> ): Cluster analysis of mental health (MH) professionals based on interprofessional collaboration (IPC) .....	126
Table 1 ( <b>Article 3</b> ): Variables and instruments used in the study .....	155
Table 2 ( <b>Article 3</b> ): Participant characteristics and unadjusted associations with interprofessional collaboration .....	158
Table 3 ( <b>Article 3</b> ): Variables independently associated with interprofessional collaboration (IPC): Multiple linear regressions .....	160
Tableau 2 : Les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM	196

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Représentation graphique des états disciplinaires proposés par Choi et Pak (2006) .....	22
<b>Figure 2</b> : Modèle conceptuel des interactions de Corser (1998).....	42
<b>Figure 3</b> : Modèle de West, Borril et Unsworth (1998) .....	43
<b>Figure 4</b> : Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire de Sicotte et al. (2002) .....	45
<b>Figure 5</b> : Modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein (2003)	47
<b>Figure 6</b> : Modèle conceptuel des variables associées à la collaboration interprofessionnelle en santé mentale .....	55
<b>Figure 1 (Article 1)</b> : Conceptual framework .....	88
<b>Figure 1 (Article 3)</b> : Conceptual framework .....	153

## Liste des sigles et abréviations

<b>AFISS:</b>	Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé
<b>ASPC:</b>	Agence de la santé publique du Canada
<b>CAIPE:</b>	Advancement of Interprofessional Education
<b>CAU:</b>	Centre affilié universitaire
<b>CH:</b>	Centre hospitalier
<b>CHU:</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CHPSY:</b>	Centre hospitalier psychiatrique
<b>CIP:</b>	Collaboration interprofessionnelle
<b>CLSC:</b>	Centre local de services communautaires
<b>CCS:</b>	Conseil canadien de la santé
<b>CRWJF:</b>	Committee on the Robert Wood Johnson Foundation
<b>CSSS:</b>	Centre de santé et des services sociaux
<b>DGEPS:</b>	Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé
<b>DASUM:</b>	Département de l'administration de santé de l'Université de Montréal
<b>EIP:</b>	Éducation interprofessionnelle
<b>FRQS:</b>	Fonds de la recherche Québec – Santé
<b>FCRSS:</b>	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
<b>MO:</b>	Médecin omnipraticien
<b>MSSS:</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>MSRP:</b>	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie

<b>OMS:</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PASM:</b>	Plan d'action en santé mentale
<b>RCPI:</b>	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
<b>R-DLL:</b>	Dorval-Lachine-Lasalle
<b>RLS:</b>	Réseaux locaux de services de santé
<b>RUIS:</b>	Réseau universitaire intégré de santé
<b>R-VC:</b>	Vieille-Capitale
<b>SAC:</b>	Système organisé d'actions
<b>SM:</b>	Santé mentale
<b>SP-SM:</b>	Soins primaires de santé mentale
<b>R-SV:</b>	Sud-Ouest Verdun
<b>TM:</b>	Troubles mentaux
<b>TUS:</b>	Troubles liés à l'usage de substances
<b>VD:</b>	Variable dépendante
<b>VI:</b>	Variable indépendante
<b>WHO:</b>	World Health Organization

# Dédicaces

## En mémoire de :

- mon père **Colonel Ndibu Tshiosha Anaclet**, prématurément enseveli au moment où j'avais encore besoin de lui, pour me guider dans ma vingtaine et m'aider à finir mes études;
- ma mère **Ngalula Tshaba Godélive**, rappelée à l'éternité au moment où j'avais grandement besoin de son affection, son amour et ses orientations;
- mon grand-frère aîné **Jean-Louis Mukandu Ndibu**, mon petit-frère **Éric Ndibu** et mon ami et frère **Mathieu Kapuku** partis dans l'au-delà en pleine jeunesse;

## À ma tendre épouse Munanga Solange Gloria :

Sans ton indéfectible amour combiné avec ton niveau élevé de compréhension et ton sens aigu du progrès, les interminables moments que j'ai passés à produire cette thèse m'auraient été très ennuyeux et, pour le moins, frustrants pour toi. Au contraire, avec tes encouragements, je n'ai pas vu le temps passer et tu as fini par devenir une alliée de taille dont je ne pouvais me passer pour avancer dans ma thèse. Je reste donc marqué par ton soutien et ton amour.

## À mes enfants : Laetitia Ndibu, Jean-Anaclet Ndibu, Jean-Nicolas Ndibu, Jean-Élie Ndibu et Jean

**Élisée Ndibu** : Je voudrais que cette recherche vous serve d'exemple de détermination et d'abnégation. Merci également, mes chers cinq enfants, d'avoir pu endurer parfois mon absence physique et morale qu'exigeait la réalisation de cette œuvre. Le fait d'avoir accepté ces privations mérite que je vous sois très reconnaissant.

## Remerciements

Je tiens premièrement à exprimer ma profonde reconnaissance, mes respects et mes sincères remerciements au **Professeure Marie-Josée Fleury**, ma bienveillante directrice de recherche, pour son implication rassurante, ses encouragements, sa patience et sa compréhension. Préparer une thèse est un travail ardu et de longue haleine. Prof. Marie-Josée Fleury a montré un comportement exemplaire : elle savait toujours comment me motiver, elle me montrait qu'elle croyait en mes capacités et à mes compétences, même lorsque je lui donnais du fil à retordre. Sa grande disponibilité, son ouverture intellectuelle et sa rigueur scientifique, m'ont permis d'apprendre beaucoup à ses côtés. J'ai beaucoup apprécié ses suggestions et ses remarques ainsi que son attitude positive et encourageante qui m'ont permis de pousser mes réflexions plus loin et d'améliorer la qualité de mes travaux tout au long du processus de réalisation de cette thèse. Pour moi, Marie-Josée restera toujours un exemple de ténacité au travail, de rigueur et de respect. Encore une fois, merci **Professeure Marie-Josée Fleury**.

Je ne peux passer sous silence au rôle important qu'a joué l'équipe du Professeure Marie-Josée Fleury pendant la rédaction de trois articles de ma thèse. Je remercie particulièrement Dr. Guy Grenier et Dr. Judith Sabetti pour leur assistance. J'adresse également mes remerciements à Dr. Jean-Marie Bamvita, pour sa grande capacité à me redonner de l'énergie et du courage et pour son soutien sans faille dans les analyses statistiques.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement le Professeur François Chiochio et tous mes Professeurs de l'Université de Montréal, précisément de l'École de santé publique (ESP-UM) qui m'ont donné l'occasion de me confronter à un champ d'étude interdisciplinaire. Sans leurs encouragements et leur ténacité, je n'aurai pas mené ce projet à bout. Je pense plus



particulièrement aux professeurs **Nicole Leduc, François Beland, Régis Blais, Louise Potvin, Sami Haddad, François Champagne et Paul Lamarche.**

Je remercie mon épouse et mère de mes enfants, **Gloria Solange Munanga**, pour sa confiance inébranlable, sa patience, ses encouragements, ses conseils et du respect qu'elle m'a toujours témoigné. Un immense merci pour ton soutien quotidien inestimable, ton amour inconditionnel, ta présence attentionnée et apaisante et l'équilibre que tu apportes dans ma vie. Tu me rends heureux, tu m'inspires et tu m'aides à grandir. Un merci du fond du cœur, à mes cinq enfants **Laetitia, Jeanac, Jeanic, Élie et Élisée** pour leur amour inconditionnel et leur grande patience. Sans l'amour et le soutien de ma famille, je n'aurais jamais eu la possibilité d'aller jusqu'au bout de mes études doctorales.

Merci également à mes collègues et amis de l'Université de Montréal que j'ai eu le privilège de rencontrer à travers les années, à **Mr. Ouattara Kodjo, Ir. Tonde Ingace** et au **Dr. Pasteur Kacil Monj** pour la lecture de ma thèse et à tous les professionnels de la santé mentale qui ont accepté de participer à cette recherche. Merci aussi à mes amis, mes proches et mes collègues qui m'ont soutenu de mille et une façons.

Je ne peux clôturer ces remerciements sans m'adresser à ma famille et à ma belle-famille pour m'avoir donné l'occasion d'être ce que je suis aujourd'hui. Merci à l'Éternel Dieu Tout Puissant et à Jésus-Christ de Nazareth pour l'amour, la fidélité, la protection et la vie éternelle.

Enfin, avec modestie, remercier tous les membres du jury qui, malgré leurs multiples occupations, ont accepté de lire ce travail et d'y apporter leur contribution.

# CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE

## 1.1. Problématique

Depuis plusieurs années, au Canada comme ailleurs dans le monde, la pression sur les systèmes de santé continue à s'accroître à cause du changement démographique, du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques, et ce, dans un contexte de ressources financières limitées et de pénurie des ressources humaines (Gauthier, 2003; Frenk et al., 2010; World Health Organization [WHO], 2010). Plusieurs chercheurs estiment qu'une des stratégies la plus prometteuse pour faire face à ces défis est de soutenir l'approche qui encourage les professionnels de différentes disciplines de la santé et des services sociaux à travailler ensemble et en étroite collaboration (Kirby, 2002; Romanow, 2002 ; Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé [AFISS], 2011; Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing [CRWJF], 2011; Frenk et al., 2010; Honoré & Scott, 2010; WHO, 2010). La collaboration interprofessionnelle (CIP) permettrait de mieux faire face au volume et à la complexité des problèmes auxquels les systèmes de santé sont confrontés et pour lesquels aucun professionnel de la santé ne possède en lui tout seul l'expertise requise pour intervenir efficacement et adéquatement (Paul & Peterson, 2001; D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999; Roy & Sylvain, 2004; Strasser et al., 2008; Oandasan et al., 2006). Actuellement, il n'est donc plus envisageable qu'une seule discipline soit en mesure de répondre à la complexité grandissante des problèmes de santé (D'Amour & Oandasan, 2005; Allison, 2007). La CIP devient ainsi l'approche efficace, efficiente, satisfaisante et incontournable pour offrir des soins de qualité

et pour améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé (AFISS, 2011; CRWJF, 2011; Frenk et al., 2010; Honoré & Scott, 2010; WHO, 2010).

Mentionnons qu'il existe un consensus au sein de la communauté scientifique quant aux bénéfices de la CIP pour les patients, les professionnels de la santé et les organisations de soins de santé (Maas, 1998; Mansourimoaied, Boman, & Causley, 2000; Oandasan et al., 2006; D'Amour & Oandasan, 2005; Kates et al., 2011; Clarke, 2010). De nombreuses études ont montré qu'une bonne collaboration entre les professionnels de la santé réduit les erreurs médicales et l'incidence de suicide, améliore la qualité des soins donnés aux patients et l'état de santé des malades (Archer et al., 2012; Craven & Bland, 2013; Xyrichis & Lowton, 2008). La CIP augmente également la satisfaction au travail et la cohésion des membres de l'équipe (Bell, Michalec, & Arenson, 2014). Elle réduit les tensions au travail et favorise la résolution des problèmes (Kates et al., 2011; Suter et al., 2012; Mitchell et al., 2010). Elle est également associée à des taux bas d'admission à l'hôpital, à une durée de séjour plus courte et à des coûts des soins de santé plus bas (Clarke, Hafner, & Holme, 1997; Dewa, Hoch, Carmen, Guscott, & Anderson, 2009). Finalement, la CIP réduit les doubles emplois de services, la fragmentation des soins, la rotation du personnel et favorise un environnement de travail sain et productif (Byrnes et al., 2012; Archer et al., 2012 ; Kilbride, Perry, Flatley, Turner, & Meyer, 2011).

Cependant, malgré l'abondance des évidences sur les effets positifs de la CIP, plusieurs études montrent que l'adoption de celle-ci dans les organisations et les services de santé demeure insuffisante et inadéquate (Mitchell, Parker, & Giles, 2011 ; WHO, 2010; Kates et al., 2011; Clarke, 2010; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], 2006;

Slomp, Bland, Patterson, & Whittaker, 2009). Cette situation s'avère préoccupante car, elle conduit à des répétitions abusives et inutiles des services, à une fragmentation de soins de santé, à des conflits souvent nuisibles entre les professionnels de la santé, à des erreurs médicales, à une hospitalisation plus longue, à une augmentation de coûts de santé et à des taux de mortalité plus élevés (Pronovost, 2000; Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux [RCPI], 2010; Weinberg, Miner, & Rivlin, 2009 ; Bender, Connelly, & Brown, 2013; Manser, 2009). Martin Makary et Michael Daniel (2016) estiment que les erreurs médicales dues entre autres aux diagnostics erronés, aux problèmes de prescription et aux manques de CIP au sein des équipes de santé, causent annuellement la mort d'environ 251454 patients aux États-Unis. Dans le même ordre d'idée, l'institut de la médecine américaine estime que les coûts générés par les erreurs médicales sont d'environ 17\$ milliards (Hoff et al., 2004; Fernandez et al., 2013). Il existe un besoin de recherche pour identifier les variables associées à la CIP, en particulier dans le domaine de la santé mentale (SM) (Kates et al., 2011 ; Bell et al., 2014; Mulvale, Embrett, & Razavi, 2016). En effet, à la lumière des études consultées, les connaissances sur les variables associées à la CIP dans le domaine de la SM demeurent lacunaires (Bell et al., 2014; Mulvale et al., 2016; Chiochio, 2012; Xyrichis & Lowton, 2008). Moins d'attention a été accordée à ce secteur (SM) comparativement à d'autres secteurs de la santé. Il s'agit d'un secteur important de la santé fortement sous-étudié, alors que la CIP y est depuis plusieurs années mise à l'avant-scène comme une pratique gagnante et introduite dans la plupart des organisations de soins (Fleury & Grenier, 2012). La majorité des études sur la CIP en SM portent sur les effets de la CIP (Malone, Newron-Howes, Simmonds, Marriot, & Tyrer, 2007; Simmonds, Coid, Joseph, Marriott, & Tyrer, 2001; Kates et al., 2011; Thota et al., 2012). Par

ailleurs, la plupart des études portant sur les facteurs influençant la CIP ont été menées dans le contexte de soins primaires, et se limitent le plus souvent à analyser la CIP entre les médecins et les infirmières (D'Amour & Oandasan 2005; Oandasan & Reeves, 2005; San Martin Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005; Craven & Bland, 2006; Kates et al., 2011). De plus, les auteurs ont tendance à limiter leurs recherches sur un petit nombre de variables indépendantes (Mulvale et al., 2016; O'Leary et al., 2012), et négligent de ressortir la particularité de l'hétérogénéité des professionnels de la SM dont les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles, culturelles et économiques peuvent varier considérablement (Harrison & Klein, 2007; Fleury, Imboua, Aube, Farand & Lambert, 2012a). À notre connaissance, aucune étude n'a à ce jour identifié les profils de professionnels de la santé selon leurs perceptions de la CIP ainsi que les variables associées pouvant les différencier. L'étude des profils, fréquemment réalisée dans plusieurs autres domaines de la santé tels qu'en utilisation des services en SM (Fleury, 2013) et en itinérance (Kuhn & Culhane, 1998), offre des informations pertinentes identifiant des groupes homogènes par rapport à des critères de sélection préalablement établis (Hair & Black, 2000). Une meilleure compréhension des similitudes et des différences des professionnels de la santé basée sur la CIP permettrait de développer des interventions et approches adaptées aux besoins des sous-groupes identifiés (Everitt, 1993; Bouroche & Saporta, 2005).

Dans le même ordre d'idée, aucune recherche n'a à ce jour comparé les variables associées à la CIP chez les professionnels de la SM travaillant dans les soins primaires versus les services spécialisés. Or, ces deux contextes de soins diffèrent considérablement en termes d'activités, de la clientèle desservie, des acteurs impliqués dans les actes de soins, de la composition et du rôle de leurs membres (Ministère de la santé et des Services Sociaux [MSSS], 2005; 2012; 2015;

Commissaire à la santé et aux bien-être, 2012). Les soins primaires de SM (SP-SM) rassemblent des équipes ayant une expertise limitée et les traitements qui y sont offerts, sont également limités en intensité et en durée (Thiebaut, Farand, & Fleury, 2014; Kisely & Campbell, 2007). Concrètement, les SP-SM s'occupent principalement des patients atteints de troubles mentaux (TM) courants (Thielke, Vannoy, & Unutzer, 2007), ce qui inclut le traitement de la dépression et de l'anxiété, la fourniture d'une gamme d'interventions de traitement biopsychosocial à court terme et des conseils sur les options de référence (Fleury, 2009; Fleury et al., 2012a). À l'inverse, les équipes spécialisées traitent des problèmes de SM graves ainsi que des troubles concomitants de consommation de substances nécessitant une intervention spécialisée et des sessions plus intensives durant une longue période (MSSS, 2015). La cooccurrence des TM avec les troubles liés à l'usage de substances et les maladies physiques chroniques rend le traitement plus difficile et complexe en services spécialisés (Wüsthoff, Waal, Ruud, Røislien, & Gråwe, 2011). De plus, elle requiert l'intervention de plusieurs professionnels ainsi qu'un besoin de CIP plus important par rapport aux SP-SM (Upshur & Weinreb, 2008; Körner et al., 2016).

Face à ce constat, la présente étude vise à combler les lacunes susmentionnées et permettre d'approfondir les connaissances que nous avons à l'heure actuelle sur la CIP, particulièrement dans le domaine de la SM.

## 1.2. Objectifs généraux et spécifiques

L'objectif général de cette thèse est d'approfondir nos connaissances sur la CIP par l'identification des variables associées à la CIP dans le domaine de la SM. Concrètement, notre recherche poursuit trois objectifs spécifiques :

- (1)** Identifier les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS du Québec;
- (2)** Identifier les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP ainsi que les variables associées pouvant les différencier;
- (3)** Identifier et comparer les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM selon le contexte de soins, c'est-à-dire les soins primaires et les services spécialisés.

Plusieurs variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique du domaine de la santé seront testées. L'étude va générer des connaissances pouvant aider les établissements de santé à améliorer la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM, dont la plupart ont été nouvellement implantées dans les RLS. Les gestionnaires pourront utiliser les résultats pour mieux s'informer sur les variables auxquelles il faudrait porter une attention particulière dans le but de gérer efficacement la diversité de professionnelles et de maximiser la CIP en SM, secteur important de la santé où, la prise en charge basée sur l'approche biopsychosociale impliquant une collaboration plus étroite entre les professionnels est fortement recommandée.

Enfin, soulignons que chaque objectif spécifique de la thèse a fait l'objet d'un article scientifique. En somme, trois articles, rédigés en anglais, selon le modèle standard exigé des articles scientifiques, ont été publiés dans des revues internationales, avec arbitrage par les pairs. Le chapitre 5 de la thèse présente les trois articles. Le premier article intitulé '*Variables associated with interprofessional collaboration: The case of professionals working in Quebec local mental health service networks*' a été publié dans la revue *Journal of Interprofessional Care*, le 28 Aout 2018. Le deuxième article intitulé '*Profiling mental health professionals in relation to perceived interprofessional collaboration*' a été publié dans la revue *SAGE Open Medecine*, le 12 mars 2019. Finalement, le troisième article de la thèse intitulé '*Variables associated with interprofessional collaboration: A comparison between primary health care and specialized mental health teams*' a été publié dans la revue *BMC Family Practice*, le 11 janvier 2020.

Je suis le premier auteur des trois articles insérés dans la thèse. À ce titre, j'ai produit toutes versions initiales des manuscrits. Concrètement, j'ai réalisé la revue de la littérature, fixé les objectifs, apporté des ajustements majeurs au modèle de Bronstein (2003) afin de l'adapter à l'étude et de répondre aux besoins de la recherche, déterminé les variables à insérer dans le modèle, analysé les données, interprété les résultats et formulé les recommandations. Les Professeurs Marie-Josée Fleury et François Chiochio, coauteurs de ces trois articles, ont supervisé la rédaction des articles et fortement contribué aux réponses à des questions posées par les éditeurs. Finalement, le Dr Jean-Marie Bamvita, un autre coauteur de ces articles, a énormément contribué dans les analyses statistiques des variables.



### **1.3. Organisation de la thèse**

La présente thèse est organisée en sept chapitres. Le premier chapitre est l'introduction générale de la thèse qui comprend trois points à savoir la problématique, les objectifs de la thèse et l'organisation de la thèse. Le deuxième chapitre examine l'état des connaissances sur la CIP dans le domaine de la santé et le contexte de l'étude, à savoir les équipes interdisciplinaires de SM. Le troisième chapitre présente le modèle conceptuel sur lequel s'appuie ce projet doctoral. La méthodologie générale de la thèse fait l'objet du quatrième chapitre. Le cinquième chapitre présente les principaux résultats de la recherche en trois articles correspondant aux trois objectifs définis précédemment. Le sixième chapitre concerne la discussion des résultats et les limites de l'étude. Enfin, le septième chapitre concerne la conclusion de la thèse. Ce dernier chapitre résume les points essentiels de la thèse, les recommandations, les contributions de l'étude et les voies de futures recherches.

## **CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Cette section est divisée en deux sous-sections à savoir : le contexte de l'étude et l'état des connaissances sur la CIP dans le domaine de la santé.

### **2.1. Contexte de l'étude**

#### **2.1.1. Le système de santé mentale**

Comme mentionné précédemment, notre étude est menée dans le domaine de la SM. Ce secteur est connu comme étant d'une importance majeure au sein de la santé publique mondiale (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2001). En effet, selon les estimations de l'OMS, les TM représenteront d'ici 2030, la principale cause de morbidité dans les pays développés (Mathers & Loncar, 2006). La prévalence annuelle des TM varie entre 4,3% (en Chine) et 26,4% (aux États-Unis) (Demyttenaere et al., 2004). Cette prévalence est estimée à 11% au Canada et varie entre 12% (Lesage et al., 2013) et 15% (Ouadahi et al., 2009) au Québec. De plus, 15 % à 50 % des personnes aux prises avec des TM présentent également des troubles concomitants tels que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, respiratoires, infectieuses et la toxicomanie (Jones, Clarke, & Carney, 2004). Ils ont une espérance de vie réduite de 10 à 25 ans et un taux de suicide plus élevé (OMS, 2001).

Au-delà de l'importance de la prévalence des TM, ces derniers constituent dans la plupart des pays, un lourd fardeau économique, humain et sociétal (OMS 2001; Santé Canada, 2002). Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), concernant les coûts totaux associés aux soins directs, les TM viennent en tête des sept principaux problèmes de santé au Canada (ASPC,

2009). Trente pour cent (30%) de tous les séjours dans les hôpitaux en 2003-2004 étaient associés à un diagnostic primaire ou secondaire de maladie mentale (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). De plus, la valeur des coûts annuels associés aux TM au Canada varient entre 48,5 (Smetanin et al., 2011) et 51 milliards de \$ (Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher, & Dewa, 2008). Au Québec, ces coûts représentent environ 8 % des dépenses allouées à l'ensemble des programmes de la santé (Fleury & Grenier, 2012). Sur le plan humain et sociétal, la prévalence et les coûts élevés liés aux TM sont associés à une plus grande stigmatisation, à un fardeau soutenu des familles et à un ensemble de facteurs de risque tels que la pauvreté, l'isolement et la toxicomanie (Skinner, O'Grady, Bartha, & Parker, 2004).

Pour faire face aux multiples et complexes problèmes de SM, la plupart des pays industrialisés ont consenti des efforts substantiels pour réformer leurs services de santé afin de mieux répondre aux besoins des usagers (Hogan, 2014; Nicaise, Dubois, & Lorant, 2014). S'inscrivant dans ces tendances, le Québec a lancé en 2005, un *Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010*, prolongé officieusement jusqu'en 2015. Ce plan propose un virage majeur dans l'organisation des services de la SM au Québec. En effet, contrairement aux orientations politiques précédentes, en l'occurrence la *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) et le *PASM 1998-2002*, le *PASM 2005-2010* innove sur plusieurs axes notamment : (a) la priorisation des TM courants ou modérés (alors que les plans précédents mettaient l'accent sur les TM graves) et la consolidation du rôle de médecins de famille; (b) la mise à l'avant-scène des soins primaires par le déploiement d'équipe de SM dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) (alors que les plans précédents étaient surtout axés sur le milieu hospitalier); et (c) l'implantation de guichets d'accès dans tous les RLS ayant une population de plus de 50 000 habitants.

Selon la vision de la réforme du *PASM 2005-2010*, les SP-SM doivent occuper une place majeure dans l'organisation et la dispensation des services de SM. Les SP-SM rehaussés permettront de diagnostiquer, d'évaluer et de traiter un nombre important de clients afin de désengorger la 2<sup>ème</sup> ligne (MSSS, 2005). Une meilleure consolidation des services de 1<sup>ère</sup> ligne serait garante d'une population en meilleure santé (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Cela permettrait également aux services spécialisés de s'investir davantage dans le traitement des personnes avec des troubles de SM graves et complexes (MSSS, 2005). Le *PASM 2005-2010* prévoit également l'entrée en fonction des psychiatres répondants, la création des équipes interdisciplinaires de SP-SM, la valorisation des organismes communautaires comme partenaires clés en SM, et la promotion des soins basés sur la CIP (MSSS, 2005; Fleury, Grenier, Bamvita, Vallée, Farand, & Chiochio, 2018). Cette dernière (la CIP) est considérée par plusieurs chercheurs, comme un moyen efficace et incontournable pour répondre aux besoins des personnes qui présentent des problèmes de santé chroniques et/ou complexes, tels que les TM (Honoré & Scott, 2010; WHO, 2010; Fleury et al., 2018). Une CIP sous-développée ou problématique peut, à l'inverse, compromettre la sécurité des patients et des professionnels de la santé (Despins, 2009; Manser, 2009; Rose, 2011).

Ajoutons qu'en 2015, un autre *PASM 2015-2020* a été mis en place par le MSSS afin d'améliorer la réponse du système aux besoins des personnes aux prises avec des TM, ainsi que l'efficacité du dispositif de soins (MSSS, 2015). Plus explicitement, en plus du rétablissement, principe directeur du *PASM 2005-2010*, les principes directeurs suivants ont été ajoutés au nouveau *PASM* : a) le plein exercice de la citoyenneté ; b) la détection et l'intervention précoce chez les jeunes, et le déploiement; c) une gamme complète de services en SM, et ; d) des pratiques

organisationnelles et cliniques favorisant spécifiquement la qualité des soins et un travail collaboratif.

Enfin, notons que les services de SM sont organisés en services de SM primaires (1<sup>ère</sup> ligne), en services spécialisés (2<sup>ème</sup> ligne) et en services surspécialisés (3<sup>ème</sup> ligne). Dans les lignes qui suivent, nous explicitons la différence entre ces trois types de service de SM.

### **2.1.2. Les soins primaires en santé mentale**

Il s'agit des services de 1<sup>ère</sup> ligne qui offrent des soins de proximité à la population pour garantir l'accès à des soins de qualité aux personnes atteintes de problèmes de santé et réduire l'utilisation des services hospitaliers (Fleury, 2009). Ce premier point de contact du système de soins de santé sert à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à la population (Bilsker, 2010; MSSS, 2005; 2015). Les soins primaires s'appuient sur une infrastructure légère et utilisent une expertise limitée pour répondre aux problèmes de santé des usagers (Bilsker, 2010; Thiebaut et al., 2014).

En effet, tel que décrit dans le *PASM 2005-2010*, les soins primaires s'occupent principalement des personnes atteintes de problèmes de SM courants, du diagnostic et du traitement de la dépression, de l'anxiété ainsi que du soutien aux usagers ayant des TM graves dont l'état s'est stabilisé (Thiebaut et al., 2014; Kisely & Campbell, 2007; Thielke et al., 2007). Ces services s'occupent également de la fourniture d'une gamme d'interventions de traitement biopsychosocial à court terme et des conseils sur les options de référence (Fleury, 2009; Fleury et

al., 2012b). Ils servent à l'accroissement des activités de prévention et de promotion de la santé, particulièrement la lutte contre la stigmatisation de la SM (MSSS, 2015).

Les professionnels que l'on retrouve généralement dans les équipes de SM au niveau des soins primaires sont : les médecins généralistes, les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les diététistes, les nutritionnistes et les psychothérapeutes (MSSS, 2015). Le *PASM 2005-2010* recommande à tout territoire de 50 000 habitants d'avoir une équipe de SM primaire qui bénéficie au besoin de l'appui d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP). Cependant, ce dernier (MSRP) ainsi que les médecins de famille se retrouvent très peu dans les équipes de soins primaires (Fleury et al., 2018). On attend de cet ensemble de professionnels, la réalisation d'un travail en équipe qui offre des soins de qualité aux personnes souffrant des TM afin de répondre efficacement à la complexité croissante des besoins des malades. Selon le *PASM 2005-2010*, la clientèle présentant un TM devrait être suivie par les équipes interdisciplinaires de 1<sup>ère</sup> ligne, dans la proportion de 70 % par rapport à 30 % par les services de 2<sup>ème</sup> ligne. Walters, Tylee et Goldberg (2008) ajoutent que 90 % de l'ensemble de la population aux prises avec des TM est potentiellement traitable en 1<sup>ère</sup> ligne. La présence d'une 1<sup>ère</sup> ligne forte dans le domaine de la SM permet une rétention maximale de la clientèle, désengorgeant ainsi les services spécialisés pour qu'ils investissent plus d'énergie et de ressources dans des cas graves et complexes (Fleury, 2009).

### **2.1.3. Les Services spécialisés en santé mentale**

Il s'agit des services de 2<sup>ème</sup> ligne offrant des soins aux personnes atteintes des problèmes graves et complexes de SM (MSSS, 2005; 2015). Ces patients demeurent une cible prioritaire d'intervention en raison d'une stigmatisation élevée et de leur grande vulnérabilité (risque élevé de pauvreté, d'isolement social, d'itinérance, de morbidité, d'espérance de vie réduite, etc.). Sauf exception, les services spécialisés en SM requièrent une référence pour y accéder et agissent en soutien aux services de 1<sup>ère</sup> ligne (MSSS, 2005; 2015).

Au Québec, les services spécialisés en SM sont généralement disponibles dans les hôpitaux dotés d'un département de psychiatrie. Soixante (60) CSSS sur les 95 existants, possèdent un département de psychiatrie (MSSS, 2005). Ces services incluent le plus souvent l'évaluation, le diagnostic, les services d'urgence, l'hospitalisation, les services de consultation-liaison et le traitement médical spécialisé (Fleury & Grenier, 2012). Ils comprennent également les hôpitaux de jour, les services de réadaptation, de suivi intensif, de soutien d'intensité variable, des cliniques externes et des centres de crise. Quelques hôpitaux possèdent en outre un service de pédopsychiatrie (9 hôpitaux) ou de gérontopsychiatrie (6 hôpitaux) (MSSS, 2005; 2015).

Ajoutons que les services spécialisés en SM requièrent l'intervention de plusieurs professionnels, une infrastructure importante et un besoin de CIP plus important par rapport aux services de SM primaires (Upshur & Weinreb, 2008; Körner et al., 2016). Les professionnels qu'on y retrouve sont généralement des psychiatres, des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux, des préposés aux bénéficiaires, d'ergothérapeutes et des psychothérapeutes (MSSS, 2005). Ces professionnels constituent l'équipe psychiatrique de 2<sup>ème</sup> ligne, qui s'occupe des

personnes ne pouvant pas recevoir un traitement adéquat en 1<sup>ère</sup> ligne (MSSS, 2005). Le *PASM 2005-2010* propose une série de mesures afin de faciliter la continuité des services pour les personnes présentant des problèmes de SM. Chaque département de psychiatrie a le devoir d'identifier au moins un psychiatre qui agit à titre de MSRP. Cela sous-entend que là où la fonction de psychiatre répondant est bien implantée, on assisterait à une meilleure continuité, à une communication plus efficace entre les services de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne, à une plus grande participation et collaboration des omnipraticiens et à un accroissement des compétences de ces derniers (MSSS, 2012). Toutefois, dans certains milieux, les transformations se seraient heurtées à la résistance des psychiatres, laquelle est parfois alimentée « par un manque d'expérience en 1<sup>ère</sup> ligne par rapport à des clientèles particulières » (MSSS, 2012, p. 45).

Enfin, le *PASM 2005-2010* recommande l'implantation d'agents de liaison afin de « créer des ponts entre les ressources du milieu » (MSSS, 2005, p. 71). Plus explicitement, chaque département de psychiatrie doit avoir, au sein de ses équipes, des intervenants qui assurent la liaison principalement avec les équipes de 1<sup>ère</sup> ligne, mais aussi avec les autres partenaires du RLS (MSSS, 2005). Cela sous-entend que dans les lieux où les agents de liaison sont déployés, la fonction de liaison permettrait une continuité des soins, une consolidation de mécanismes de référence ainsi qu'une approche cohérente pour les personnes suivies par plusieurs professionnels et utilisant plusieurs services différents (Aubé & Poirier, 2010).

#### **2.1.4. Les Services surspécialisés en santé mentale**

Il s'agit des services qui s'occupent des personnes ayant des problèmes de SM très complexes qui requièrent une expertise très spécialisée, ne pouvant pas être offerte par les services de 1<sup>ère</sup> et



de 2<sup>ème</sup> ligne (MSSS, 2005, pp. 24-25). Ces services sont concentrés dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles habituellement sur référence. Les soins offerts par ces services reposent sur un personnel hautement qualifié et sur des interventions diagnostiques et thérapeutiques pointues, pouvant nécessiter un plateau technique très développé et un vaste champ de connaissances et de compétences (MSSS, 2005). Ces professionnels hautement spécialisés, forment les équipes interdisciplinaires de 3<sup>ème</sup> ligne regroupant des psychiatres, des infirmières, des psychologues, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux. Ces services de 3<sup>ème</sup> ligne, par leur nature hautement spécialisée, entretiennent des liens très serrés avec les activités d'enseignement, de formation et de recherche visant l'avancement des connaissances scientifiques (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; MSSS, 2015).

Au Québec, les services de 3<sup>ème</sup> ligne sont déterminés par le MSSS, identifiés par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires à savoir : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres affiliés universitaires (CAU) et les centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY) ou instituts universitaires en SM (MSSS, 2005). Concrètement, ces services sont dispensés par six hôpitaux psychiatriques, ainsi que par les départements de psychiatrie des centres hospitaliers universitaires ou affiliés (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Parmi ces hôpitaux psychiatriques, quatre sont des instituts universitaires en SM, dont trois à vocation générale (Institut universitaire en santé mentale Douglas, Institut universitaire en santé mentale de Montréal et Institut universitaire en santé mentale de Québec) et un possédant un mandat national en psychiatrie et justice (Institut Philippe-Pinel, à Montréal). Le Centre hospitalier Rivière-des-Prairies est, pour sa part, spécialisé

en pédopsychiatrie (Montréal). Dans le cadre des RUIS, ces hôpitaux se divisent la couverture de l'ensemble des régions du Québec (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012).

En résumé, au Québec, les services en SM sont regroupés sur plusieurs lignes de soins à savoir les SP-SM, représentant la 1<sup>ère</sup> ligne, les services spécialisés en SM, représentant la 2<sup>ème</sup> ligne et soutenant la 1<sup>ère</sup> ligne et, les services surspécialisés en SM représentant la 3<sup>ème</sup> ligne et soutenant la 2<sup>ème</sup> ligne. Les services de 1<sup>ère</sup> ligne s'occupent des personnes ayant des TM communs, tandis que la 2<sup>ème</sup> ligne s'occupe des personnes ayant des problèmes de SM graves et, la 3<sup>ème</sup> ligne s'occupe des personnes ayant des problèmes de SM très complexes (MSSS, 2005). Les services de SP-SM s'appuient sur une infrastructure légère et utilisent une expertise limitée, alors que ceux de la 2<sup>ème</sup> ligne, s'appuient sur une expertise spécialisée et une technologie avancée. Finalement, les services de la 3<sup>ème</sup> ligne s'appuient sur des expertises sophistiquées incluant l'évaluation psychiatrique spécialisée, pratiquée par un personnel hautement qualifié. Ces trois services diffèrent considérablement en termes d'activités, de la clientèle desservie, des acteurs impliqués dans les actes de soins, de la composition et du rôle de leurs membres. Cependant, aucune recherche n'a comparé les variables associées à la CIP chez les professionnels travaillant dans ces services en SM, ni identifié les différents profils de ces professionnels selon leurs perceptions de la CIP. Les connaissances générées par cette comparaison pourront aider les gestionnaires à connaître les variables sur lesquelles il faudrait porter une attention particulière dans le but de gérer efficacement la diversité de professionnelles, de maximiser la CIP et de promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM, afin de les rendre plus performantes.

La présente thèse vise à combler les lacunes susmentionnées. Plusieurs variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP, dans la littérature scientifique du domaine de la santé seront testées, et catégorisées dans un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003). Ce modèle a l'avantage d'inclure les principales catégories de variables influençant la CIP, exposées dans la littérature scientifique du domaine de la santé (Santé Canada, 2004). Il illustre clairement, dans un même cadre conceptuel, le lien qui existe entre d'une part, les variables qui influencent la CIP, regroupées en 4 catégories et, d'autre part, la CIP, comme variable dépendante. De plus, ce modèle a été développé à partir d'une recension d'écrits multidisciplinaires et d'études empiriques.

## **2.2. La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé**

Cette sous-section comporte plusieurs parties visant à mettre en lumière différents aspects de la CIP, notamment : (i) les définitions de la CIP, (ii) les concepts apparentés, (iii) les effets de la CIP, (iv) les facteurs influençant la CIP, (v) les modèles de la CIP, et (vi) quelques limites des études recensées.

### **2.2.1. Définitions de la collaboration interprofessionnelle**

Dans le domaine de la santé, plusieurs définitions de la CIP sont répertoriées. D'un point de vue étymologique, le concept « collaboration » provient du latin qui signifie « travailler ensemble » (Henneman, Lee, & Cohen, 1995). D'Amour (2002, p. 343), définit la CIP comme un « acte collectif des personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses, dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise

séparément ». Pour Barrett, Curran, Glynn et Godwin (2007), la CIP est un « processus complexe, volontaire et dynamique qui fait appel à plusieurs aptitudes, dont le leadership, la communication et la construction de relations ». Le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010, p. 8) quant à lui, définit la CIP comme un « processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux ». Reeves, Lewin, Espin et Zwarenstein (2010) évoquent également la collaboration selon une perspective interdisciplinaire. Selon eux, la CIP est un processus selon lequel, des intervenant(e)s partagent des rôles et des tâches pour convenir d'une solution à un problème donné. Dans la même lignée, Petri (2010, p. 79) estime que la CIP est un « processus interpersonnel entre des professionnels de la santé provenant de plusieurs disciplines qui partagent des objectifs communs, la prise de décisions et des responsabilités, qui travaillent ensemble pour résoudre les problèmes de soins des patients » [traduction libre]. Enfin, selon Bedwell et al. (2012), la CIP est un processus évolutif dans lequel deux ou plusieurs entités s'engagent réciproquement dans des activités de résolution de problèmes afin d'atteindre des objectifs communs et mutuellement souhaitables.

En somme, dans la littérature scientifique du domaine de la santé, la CIP est définie comme une approche (Henneman et al., 1995), un processus complexe (D'Amour et al., 1999) ou encore un cadre dynamique (Barrett et al., 2007) qui implique des relations et interactions entre les acteurs qui travaillent ensemble (Chomienne, Vanneste, Grenier, & Hendrick, 2015; Drewlo, 2014).

## 2.2.2. Composantes de la collaboration interprofessionnelle

Plusieurs chercheurs ont identifié les composantes requises pour définir la CIP (Bronstein, 2003; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005; D'Amour et al., 2005; Petri, 2010 ; Chiocchio, Grenier, O'Neil, Savaria, & Willms, 2012).

Bronstein (2003) a proposé cinq composantes de la CIP à savoir : l'interdépendance, les activités professionnelles émergentes, la flexibilité, l'adhésion aux objectifs et l'autorégulation. D'Amour et al. (2005) ont également proposé cinq composantes à savoir : le partage, le partenariat, l'interdépendance, le pouvoir et l'aspect évolutif du processus. Petri (2010) pour sa part a proposé trois composantes à savoir : le processus axé sur un problème, le partage et le fait de travailler ensemble. Finalement, Chiocchio et al. (2012) ont proposé quatre composantes qui reflètent l'ensemble de celles proposées par Bronstein (2003), D'Amour et al. (2005) et Petri (2010) à savoir: la communication d'équipe, la synchronisation, la coordination explicite et la coordination implicite. La coordination explicite réfère au processus par lequel l'équipe échange de l'information sur le rôle et les tâches, tandis que la coordination implicite a trait au processus grâce auquel les membres de l'équipe anticipent les besoins de leurs collègues et s'adaptent aux situations. La synchronisation fait référence au processus par lequel les membres de l'équipe exécutent les tâches à temps et en relation avec les tâches des autres, tandis que la communication fait référence aux interactions permettant aux membres de l'équipe d'échanger des idées et de recevoir de la rétroaction. Ainsi, pour les besoins de la présente étude, nous utiliserons les composantes proposées par Chiocchio et al. (2012) car, elles nous paraissent plus objectives, claires et aisément mesurables.

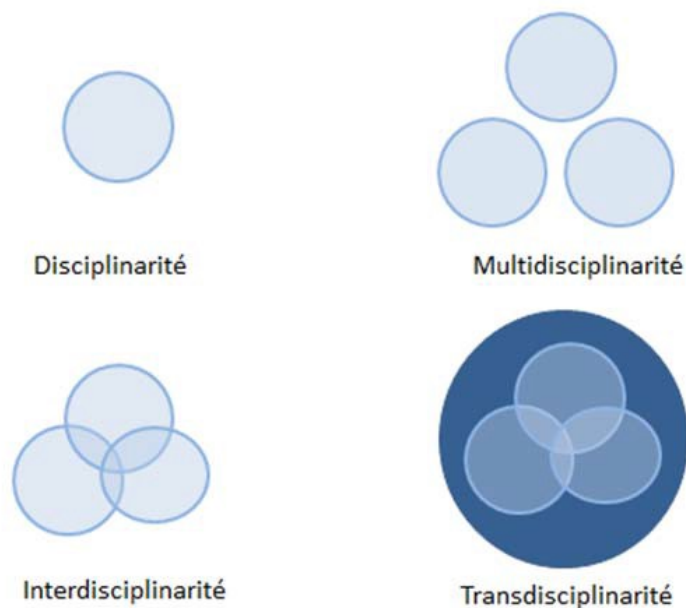
### 2.2.3. Collaboration interprofessionnelle et concepts apparentés

Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs concepts apparentés à la CIP. Parmi ces concepts, nous pouvons citer : la coopération (Martin & Arcand, 2005), le partenariat (Dionne, 2003) et la collégialité (Henneman et al., 1995). Dionne (2003) résume les trois notions en précisant que la coopération correspond à « une réunion de personnes en vue de l'accomplissement d'une tâche dont la visée est essentiellement instrumentale et axée sur les résultats » (Dionne, 2003, p. 55); le partenariat est « l'interaction entre deux partenaires qui ne sont pas naturellement en position de collaboration » et la collégialité « s'adresse à une communauté de leaders où l'on partage les mêmes croyances, les mêmes rites, les mêmes normes et les mêmes activités » (Dionne, 2003, p. 56).

Dans les écrits scientifiques anglais, Petri (2010) identifie plusieurs termes apparentés à la CIP à savoir : *interdisciplinary collaboration*, *multidisciplinary collaboration*, *interdisciplinary teamwork*. Les termes « multidisciplinarité » et « interdisciplinarité » sont tous deux utilisés pour décrire l'implication de deux disciplines ou plus (Schofield et Amodeo, 1999). Toutefois, selon le degré de collaboration, d'intégration et de contribution des professionnels, l'interdisciplinarité se situe sur un continuum allant de l'équipe multidisciplinaire à l'équipe transdisciplinaire (Manière, Aubert, Mourey, & Ouata, 2005; Voyer, 2000; 2006). La multidisciplinarité et la pluridisciplinarité correspondent au travail de l'équipe où les différents savoirs se juxtaposent et se combinent pour une meilleure efficacité (Ivey, Brown, Teske, & Siverman, 1988; Manière et al., 2005; Voyer, 2006). La transdisciplinarité est quant à elle, une situation dans laquelle les interactions entre les différentes disciplines sont tellement fondamentales qu'elles aboutissent à

la création d'une nouvelle discipline telle que la psychogériatrie ou sociogérontologie (Voyer, 2006). La figure 1 ci-dessous montre la représentation graphique proposée par Choi et Pak (2006) pour circonscrire les trois concepts en l'occurrence multi, inter et transdisciplinarité.

**Figure 1. Représentation graphique des états disciplinaires proposés par Choi et Pak (2006)**



Par ailleurs, notons que la collaboration interdisciplinaire et la CIP sont souvent utilisées de façon interchangeable dans les écrits scientifiques (Robidoux, 2007; Reeves et al., 2010). Malgré les distinctions entre les vocables « discipline » et « profession », une fois utilisés comme suffixes, ils seraient plutôt équivalents (Ray, 1998).

Dans le même ordre d'idée, soulignons que la CIP peut être formelle ou informelle. Les rencontres fortuites et les échanges d'idées au cours des pauses ou dans le corridor entre les individus qui partagent les mêmes intérêts et/ou les mêmes difficultés ou problèmes renvoient à la collaboration informelle (Borges & Lessard, 2007). À l'inverse, la tenue des rencontres, la

participation à des comités et des activités de formation sont associées à la collaboration formelle (Borges, 2011; Portelance, Pharand, & Borges, 2011). Cette dernière fait référence à un processus collaboratif structuré qui ressort de la création d'interdépendances entre individus, équipes ou groupes, et de la spécification des responsabilités de chaque partie prenante (Harris, 2005). Cette forme de collaboration (formelle) est plus avantageuse que la collaboration informelle, car, elle favorise le partage de règles de fonctionnement, de méthodes de travail et la production de documents (Beaumont, Lavoie, & Couture, 2010).

Enfin, l'éducation interprofessionnelle (EIP) ou formation interprofessionnelle est un autre concept parfois utilisé de manière abusive pour désigner la CIP. Selon la définition du Centre for the Advancement of Interprofessional Education du Royaume-Uni (CAIPE), il y a formation interprofessionnelle lorsque deux professions ou davantage sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint et réciproque, qu'elle soit pré ou postgraduée, dans le but d'acquérir des connaissances, d'améliorer la CIP et la qualité des soins donnés aux patients (CAIPE, 2002). À l'inverse, la CIP consiste à prendre les responsabilités propres à un secteur de pratique et à les coordonner efficacement et avec les autres, lors de la prise de décisions touchant la gestion du patient (McMurty, 2007).

#### **2.2.4. L'équipe de travail**

Évoquer le concept de la CIP implique un passage obligé à évoquer la notion « équipe de travail », le lieu où se concrétise la CIP. Plusieurs définitions d'équipe de travail sont proposées dans les écrits scientifiques. Parmi ces définitions, celle de Kozlowski et Ilgen (2006) nous paraît plus générique. En effet, ces auteurs définissent l'équipe de travail selon sept aspects à savoir: (a) deux



personnes et plus qui (b) interagissent socialement; (c) possèdent plus d'un objectif commun; (d) sont regroupées pour effectuer des tâches organisationnelles pertinentes; (e) manifestent de l'interdépendance par rapport au rythme de travail, aux objectifs et aux résultats; (f) ont des rôles et responsabilités distincts; et (g) sont intégrés dans un système organisationnel plus large.

Notons par ailleurs que la notion d'équipe est souvent confondue avec celle du groupe. Monello et Elton Mayo (cités dans Cauvin, 2007) distinguent les deux concepts en évoquant la notion de pluridisciplinarité. Selon eux, un groupe est une entité constituée par les mêmes éléments travaillant ensemble de la même manière pour réaliser des tâches communes. À l'inverse, toujours selon Monello et Elton Mayo, une équipe est une entité constituée par des éléments hétérogènes qui collaborent dans le but d'atteindre un objectif commun, sans pour autant avoir les mêmes tâches à réaliser. Mucchielli (2003) précise que « *le travail en équipe est défini par la pluridisciplinarité. Il groupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres* » (Mucchielli, 2003, p.9). Dans le domaine de la santé, c'est le terme « équipe » qui est le plus souvent utilisé. On y trouve des « équipes de soins », « équipes mobiles », « équipes pluridisciplinaires », « équipes en SM », etc.

### **2.2.5. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle**

Plusieurs chercheurs soulignent que la CIP apporte des bénéfices aux patients, aux travailleurs, aux organisations des soins de santé et au système de santé (Mickan, Hoffman, & Nasmith 2010 ; Kates et al., 2011).

### **2.2.5.1. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle pour les patients**

À ce niveau, les études rapportent qu'une CIP efficace contribue à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients, à l'amélioration des symptômes, à la réduction des jours d'incapacité, à une meilleure observance de la prise de médicaments et à l'amélioration de la qualité de vie (Barrett et al., 2007 ; Kates et al., 2011). De plus, les personnes ayant bénéficié de services dans un contexte collaboratif, se disent plus impliquées dans le traitement et plus satisfaites des services reçus (Preen et al., 2005). La CIP contribue également à la diminution des complications des maladies, à la réduction des erreurs médicales, à l'amélioration de l'état de santé des patients et à la réduction du taux de mortalité (Borrill et al., 2002; Freeth, Hammick, Koppel, Reeves, & Barr, 2002; Schmitt, Farrell, & Heinemann, 1988; Bender et al., 2013; RUIS, 2013). Finalement, la CIP permet de recentrer les intervenants autour du patient et les éloigne de la rivalité, des guerres de pouvoir et du désir de contrôler (D'Amour, 1997).

### **2.2.5.2. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle pour les intervenants**

Pour ce qui concerne les fournisseurs de services, la CIP contribue à augmenter la satisfaction au travail (Barrett et al., 2007; RUIS, 2013; San Martin Rodriguez et al., 2005), à motiver les intervenants, à développer leurs compétences, à favoriser le sentiment d'appartenance et le changement dans les pratiques (Barrett et al., 2007; Henneman et al., 1995; Borrill et al., 2002). De plus, la CIP contribue à la diminution des tensions et des conflits entre les soignants, à renforcer le sentiment de compétence, d'importance, du succès et d'accomplissement (Kates et al. 2011; Craven & Bland, 2006; Thota et al., 2012). La CIP augmente également la collégialité et le respect parmi les professionnels (Henneman et al., 1995) et diminue les problèmes liés au

stress, au surmenage et à l'épuisement (Canadian Institute for Health Information, 2001; Rafferty, Ball, Aiken, & Fagin, 2001).

### **2.2.5.3. Les bénéfices de la collaboration interpersonnelle pour les organisations de soins de santé**

Pour ce qui concerne les organisations de soins, plusieurs chercheurs soutiennent que la CIP améliore la rétention du personnel et la qualité des services et des soins (Schmitt et al., 1988; Baggs, Ryan, Phelps, Richeson, & Johnson, 1992; Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013). Elle est également associée à une réduction des coûts des services de santé (Baggs & Schmitt, 1997; Zwarenstein & Bryant, 2000) et facilite les équipes à mieux prendre en charge des situations complexes afin d'éviter la fragmentation et la duplication des services (D'Amour, 1997). D'autres études montrent que, lorsque les soins et les services sont dispensés en collaboration, une baisse des consultations au cabinet médical et des visites à l'hôpital est observée (Laurant, Hermens, Braspenning, Sibbald, & Grol, 2004; Reeves et al., 2013). Finalement, Freeth et al. (2002) soutiennent que la CIP contribue à la réduction des séjours moyens d'hospitalisation des patients. Elle favorise également le développement des liens et de l'entraide entre la direction et les équipes des soins (RCPI, 2010).

### **2.2.6. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle**

Les facteurs influençant la CIP sont des variables qui créent un contexte favorable ou défavorable à la CIP (Sicotte, D'Amour, et Moreault, 2002). Dans la présente étude, ces facteurs ont été identifiés à l'aide de données empiriques provenant des études du secteur de la santé, en nous

référant à la classification proposée par Sun Martin-Rodriguez et al. (2005), Mulvale et al. (2016) et Bronstein (2003).

San Martin-Rodriguez et al., 2005 ont regroupés les facteurs influençant la CIP en trois catégories, à savoir : les **facteurs interactionnels** (éléments propres aux relations entre les membres de l'équipe pouvant influencer la CIP), **les facteurs organisationnels** (éléments propres à l'organisation pouvant influencer la CIP) et **les facteurs systémiques** (éléments externes à l'organisation pouvant influencer la CIP). Mulvale et al. (2016) ont quant à eux classé ces facteurs en quatre catégories, à savoir : **les facteurs individuels** (c-à-d., les caractéristiques individuelles des professionnels pouvant influencer la CIP), **les facteurs microsystémiques** (c-à-d., les caractéristiques liées aux relations interpersonnelles pouvant influencer la CIP), **les facteurs mésosystémiques** (c-à-d., les facteurs relevant du contexte organisationnel pouvant influencer la CIP) et **les facteurs macrosystémiques** (c-à-d., les éléments externes à l'organisation pouvant influencer la CIP). Finalement, Bronstein (2003) dans son modèle de collaboration interdisciplinaire, développé à partir d'une recension d'écrits théoriques et d'études empiriques, a ressorti quatre catégories des facteurs influençant la CIP, à savoir : **le rôle professionnel** (qui fait allégeance aux facteurs systémiques), les **caractéristiques structurelles** (équivalent aux facteurs organisationnels), **les caractéristiques personnelles** (réfèrent aux facteurs personnels et relationnels) et **l'historique de la collaboration** (réfère aux activités liées à la formation en CIP et aux expériences antérieures liées à la CIP).

### **2.2.6.1. Facteurs personnels ou individuels**

Il s'agit des caractéristiques personnelles (c-à-d. découlant des spécificités des professionnels) pouvant influencer la CIP (Mulvale et al., 2016). Les facteurs personnels le plus souvent cités dans la littérature scientifique du domaine de la santé sont : l'âge (Gellers & Kuipert, 2008), le sexe, (Lemieux-Charles & McGuire, 2006), l'ancienneté dans l'équipe (Lichtenstein, Alexander, McCarthy, & Wells, 2004; Sterchi, 2007) et les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire (Sicotte et al., 2002; Mulvale et al., 2016).

Pour ce qui concerne l'âge, Sarma, Devlin, Thind et Chu (2012) et Gellers et Kuipert (2008) ont montré que ce dernier est positivement associé à la CIP. Les professionnels les plus âgés sont d'avantage engagés dans l'équipe et collaborent plus que les moins âgés (Sarma et al., 2012). En outre, plus l'âge moyen des membres de l'équipe augmente, plus la qualité du travail de l'équipe s'améliore (Gellers & Kuipert, 2008).

Par ailleurs, plusieurs chercheurs ont trouvé que, plus l'équipe est hétérogène au niveau des attributs observables tels que l'âge et le genre, plus la rotation de l'emploi et l'absentéisme sont fréquents (Milliken & Martins, 1996), plus il y aura des conflits relationnels dans l'équipe (Jehn, Chadwick, & Thatcher, 1997; Pelled, 1996) et plus la CIP diminue (Lemieux-Charles & McGuire, 2006). En outre, Pounder et Coleman (2002) ont montré que dans les équipes de santé, les femmes ont tendance à travailler en collaboration plus que les hommes. À l'inverse, Hansson, Arvemo, Marklund, Gedda et Mattsson (2010) n'ont trouvé aucune association entre le sexe et la CIP. Williams & O'Reilly (1998) n'ont également trouvé aucune association entre la diversité liée au sexe et les conflits dans les équipes.

Dans le même ordre d'idée, McDaniel, Schmidt et Hunter (1988), Lichtenstein et al. (2004) et Rousseau, Pontbriand, Nadeau et Johnson-Lafleur (2017) ont montré que plus l'ancienneté des membres dans l'équipe est élevée, plus la CIP augmente et, plus l'équipe sera performante. L'ancienneté est également susceptible d'avoir un effet sur l'émergence du leadership partagé dans l'équipe (Small & Rentsch, 2010).

Ensuite, Sicotte et al. (2002), Deneckere et al. (2011), Mulvale et al. (2016) et plusieurs autres chercheurs (Bookey-Bassett, Markle-Reid, Mckey, & Akhtar-Danesh, 2017) ont montré que plus le niveau de croyance et des connaissances des professionnels par rapport aux bénéfiques de la collaboration interdisciplinaire est élevé, plus l'intensité de la CIP sera élevée.

Enfin, soulignons que l'expérience professionnelle et la volonté de collaborer sont des variables personnelles également citées dans la littérature scientifique du domaine de la santé, comme ayant une influence positive sur la CIP (Baggs & Schmitt 1997; Hojat et al., 2001; Quinones, Ford, & Teachout, 2001; Barr, 1998).

#### **2.2.6.2.Facteurs interpersonnels ou interactionnels**

Les facteurs interpersonnels ou interactionnels sont des caractéristiques issues des relations interpersonnelles (c-à-d., les interactions entre professionnels) pouvant influencer la CIP (San Martin-Rodriguez et al., 2005, Bronstein, 2003). Les facteurs interpersonnels le plus fréquemment cités dans la littérature scientifique du domaine de la santé sont : la confiance mutuelle (Gregory & Austin, 2016; Bookey-Bassett et al., 2017), l'engagement envers l'équipe (Reeves et al., 2010; Caricati et al., 2015), le partage des connaissances (Chiocchio, 2012; Cabrera & Cabrera, 2005), l'intégration des connaissances (Oandasan & Reeves, 2005; San Martin-Rodriguez et al., 2005), la

participation à la prise de décisions (Dunn, Cragg, Graham, Medves, & Gaboury, 2013; Mulvale et al., 2016), le climat d'équipe (San Martin- Rodriguez et al., 2005; Agreli, Peduzzi, & Bailey, 2017), les conflits dans l'équipe (Henneman et al., 1995; Mulvale et al., 2016) et l'autonomie de l'équipe (Langfred, 2005).

Pour ce qui concerne la confiance mutuelle, plusieurs chercheurs ont montré que plus le niveau de celle-ci dans l'équipe est élevé, plus la participation des professionnels à la prise de décisions et la CIP seront élevées (Baggs & Schmitt, 1997; Evans, 1994; Lindeke & Block, 1998). La confiance mutuelle diminue également les risques des conflits dans l'équipe (Almost, 2006; Han & Harms, 2008; Choi & Cho, 2011; Rispens, Greer, & Jehn, 2007; Simons & Peterson, 2000; Tidd, McIntyre, & Friedman, 2004) et permet à chaque membre de l'équipe de mener à bien sa tâche (Gregory & Austin, 2016; Bookey-Bassett et al., 2017). Elle joue donc un rôle important dans la relation professionnelle et contribue à développer l'unité dans l'équipe (Miller & Rempel, 2004).

Par ailleurs, Gray (1989), Powell (2000), Parker (2000) et Butterfield, Reed et Lemak (2004) ont montré que sans un sentiment d'engagement élevé, les membres de l'équipe réussissent rarement à collaborer. L'engagement envers l'équipe se définit comme étant l'attachement psychologique ressenti par l'employé envers son équipe de travail (Pearce & Herbik, 2010). Le degré de ralliement du personnel est donc un déterminant clé du succès de la CIP (Mildred, 2000; Emmanuel, McGee, Ukoumunne, Tyrer, & Tyrer, 2002; Byng, Jones, Leese, Hamilton, McCrone, & Craig, 2004). Il est composé de trois dimensions à savoir l'engagement normatif (ou engagement de loyauté), l'engagement raisonné (ou engagement calculé) et l'engagement affectif (Meyer &

Allen 1991; Stinglhamber, Bentein, & Vandenberghe, 2004). Ce dernier (l'engagement affectif) retient plus l'attention des chercheurs vu le fait que les employés qui manifestent ce type d'engagement, déploient beaucoup d'efforts pour aider l'organisation à s'améliorer et à devenir plus performante que ceux qui se sentent obligés d'y rester (engagement normatif) ou, ceux qui en ont besoin (engagement raisonné) (Vandenberghe & Bentein, 2009; Meyer & Allen, 1991). L'engagement affectif est également associé au bien-être, à la satisfaction, à la motivation et à la diminution du stress et des conflits dans les équipes (Meyer & Allen, 1991 ; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002; Stinglhamber et al., 2004).

Ajoutons que plusieurs chercheurs ont montré que le partage des connaissances reste une condition nécessaire pour la réussite de la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé; plus les membres de l'équipe partagent leurs connaissances, plus la CIP sera élevée (Cabrera & Cabrera, 2005; Chiochio, 2012) et, plus la prise de décisions cliniques partagées sera également élevée (Wells, Johnson, & Salyer, 1998). Les connaissances sont définies comme tout savoir susceptible d'aider un professionnel dans la résolution de problèmes au sein de l'équipe tandis que le partage des connaissances est l'action de fournir ou de transférer des connaissances à un professionnel (Bock, Zmud, Kim, & Lee, 2005).

Dans le même ordre d'idée, les chercheurs (Oandasan & Reeves, 2005; San Martin-Rodriguez et al., 2005) ont montré que sans l'intégration des connaissances des différentes disciplines et l'intégration d'expertises des professionnels œuvrant dans les équipes interdisciplinaires, la CIP sera limitée. La CIP dans le domaine de la santé est basée sur l'intégration du savoir et des compétences des individus issus de plusieurs disciplines telles que



les sciences sociales, biologiques et comportementales, pour l'atteinte d'un objectif commun (D'Amour et al., 2005; San Martin Rodriguez et al., 2005). L'intégration des connaissances permet également d'accroître le niveau de compétence des professionnels afin qu'ils apportent des solutions novatrices, efficaces et efficientes pour répondre aux besoins des personnes qui présentent des problèmes de santé chroniques et/ou complexes pour lesquels aucun professionnel de la santé ne possède à lui seul l'expertise (Oandasan & Reeves, 2005).

En outre, plusieurs chercheurs considèrent la participation des professionnels à la prise de décisions comme un élément clé du succès de la CIP dans les équipes de santé (Henneman et al., 1995; Baggs, 1994; Baggs & Schmitt, 1988; Coluccio & Maguire, 1983; D'Amour, Sicotte, & Lév, 1999; Liedtka & Whitten, 1998). Plus les membres des équipes participent à la prise de décisions, plus l'intensité de la CIP sera élevée (Schroder et al., 2011; Sicotte et al., 2002; Mulvale et al., 2016). Les professionnels encouragés à participer à la prise de décisions, et ayant l'impression que leurs contributions sont prises en considération, se sentent plus valorisés et s'impliquent davantage dans la résolution des problèmes (Dunn et al., 2013; Manias & Street, 2001). La participation à la prise de décisions augmente également la satisfaction des employés (Mulvale et al., 2016) et la performance des équipes (DeLuca & Valacich, 2008).

En plus, le climat de travail au sein de l'équipe est présenté, dans plusieurs études, comme une condition sine qua non à la CIP (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Il fait référence aux perceptions que les employés ont de leur environnement de travail (Parker et al., 2003; Schneider, 1985). Ces perceptions influencent leurs comportements et attitudes au sein des équipes (Anderson & West, 1998) et, favorisent la CIP (Alt-White, Charns, & Strayer, 1983 ; Agreli

et al., 2017; Mattessich, Murray-Close, & Monsey, 2001; D'Amour et al., 1999). Un bon climat de travail entraîne également le respect mutuel, rehausse la cohésion des membres de l'équipe et le sentiment d'engagement des employés (D'Amour et al., 1999; Brunet & Savoie, 1999). À l'inverse, la détérioration du climat de travail menace à la fois la qualité de la vie professionnelle et la qualité des soins prodigués aux patients (Shields & Wilkins, 2006).

Qui plus est, les conflits dans l'équipe, quoique souvent inévitables, sont reconnus comme étant négativement corrélés à la CIP (Henneman et al., 1995; Bagshaw, Lepp, & Zorn, 2007; Mulvale et al., 2016). Ils sont également négativement corrélés au sentiment de satisfaction des employés (De Dreu & Weingart, 2003), au partage des connaissances (Amason & Sapienza, 1997) et à la performance de l'équipe (Brown et al., 2010; Callister & Wall, 2001; Gardner, 1998). Au moment où une situation conflictuelle s'établit, les employés peuvent adopter des comportements plus distants, colériques et rigides (Tjosvold, 1997). Les membres de l'équipe peuvent commencer à s'attaquer les uns les autres, à se dénigrer et, les objectifs reliés aux tâches peuvent disparaître rapidement (West, 2004). L'innovation, la créativité et la qualité de décisions peuvent également en pâtir (De Dreu, 1997). Le stress, l'anxiété, la peur, l'épuisement psychologique et la frustration peuvent s'installer dans l'équipe (De Dreu, 1997; Tjosvold, 1997; Jehn, 1997 ; De Dreu et Weingart, 2003). Les chercheurs classent les conflits interpersonnels en trois types à savoir les conflits relationnels (fondés sur les émotions négatives et les incompatibilités interpersonnelles), les conflits de tâche (fondés sur les désaccords portant sur le contenu des tâches à exécuter) et les conflits de processus (fondés sur les désaccords orientés vers la façon d'accomplir les tâches). Il convient de noter que les conflits de tâche ont, dans certains cas, des effets positifs sur la productivité et le rendement de l'équipe (Simons & Peterson,

2000; Brodbeck et al., 2002). Toutefois, ces conséquences positives ne peuvent se manifester qu'en l'absence des conflits relationnels (De Dreu & Weingart, 2003; Simons & Peterson, 2000).

Enfin, l'autonomie de l'équipe est une autre caractéristique interpersonnelle liée à la CIP rapportée dans diverses études, mais avec des résultats mitigés. Certaines études ont trouvé une association positive entre l'autonomie de l'équipe et la CIP (Langfred, 2005; D'Amour & Oandasan, 2005; Hoegl & Parboteeah, 2006), tandis que d'autres études ont révélé qu'une autonomie accrue pouvait avoir des effets néfastes sur la CIP et l'efficacité de l'équipe (Cohen & Bailey, 1997; Lanaj, Chang, & Johnson, 2012). Cependant, de plus en plus de travaux scientifiques suggèrent que l'autonomie de l'équipe présente de nombreux avantages tels que la flexibilité, la créativité, la cohésion entre les membres de l'équipe, la prise de décisions participatives et la motivation au travail (Cohen & Bailey, 1997; Parker & Williams, 2001; Henneman et al., 1995).

Pour clore, soulignons que le respect mutuel (D'Amour, 1999; Voyer, 2000), la cohésion d'équipe (D'Amour, 1999) et le leadership (Goodman, Ravlin, & Schminke, 1987; Sicotte et al., 2002) sont également cités dans la littérature scientifique comme des facteurs interpersonnels influençant positivement la CIP.

### **2.2.6.3.Facteurs organisationnels ou structurels**

Les facteurs organisationnels ou structurels sont des éléments propres à l'organisation susceptibles d'influencer la CIP (Bronstein, 2003). Les facteurs organisationnels le plus souvent cités dans la littérature scientifique du domaine de la santé sont : le soutien organisationnel (Xyrichis & Lowton, 2008; Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg, 2014; Bookey-Bassett et al., 2017), la taille de l'équipe (Xyrichis & Lowton, 2008; Mulvale et al., 2016), la structure organisationnelle (San

Martin-Rodriguez et al., 2005), la culture organisationnelle (San Martin-Rodriguez et al., 2005) et le contexte de travail (Gladstein, 1984; Fottler, 1987; Bettenhausen, 1991; Cohen et Bailey, 1997; San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Pour ce qui concerne le soutien organisationnel, notons que plusieurs chercheurs ont montré que cette variable est un facteur clé facilitant la CIP (Bronstein, 2003; Ferris, Brown, & Heller, 2008; Gelbard & Carmeli, 2009; Harris, 2005; Atwal & Caldwell, 2005; Xyrichis & Lowton, 2008; Pfaff et al., 2014; Bookey-Bassett et al., 2017). Il réduit également la frustration chez les employés, l'intention de quitter l'organisation (Kinnunen, Feldt, & Makikangas, 2008; Lee & Peccei, 2011; O'Neill, Vandenberg, Dejoy, & Wilson, 2009) et augmente le bien-être psychologique des employés (Armstrong-Stassen, 2004; Baran, Shanock Rhoades, & Miller, 2012; Jawahar, Stone, & Kisamore, 2007). Le soutien organisationnel réfère à la perception qu'entretient un travailleur quant à l'appui que lui attribue l'organisation qui l'emploie (Meyer & Allen, 1997). Il représente l'engagement de l'organisation envers ses employés, et la garantie que l'organisation aidera ses employés (George, Reed, Ballard, Colin, & Fielding, 1993; Rhoades & Eisenberger, 2002). Plusieurs chercheurs ont en outre trouvé une forte corrélation entre le soutien organisationnel et l'engagement affectif dans l'équipe (Eisenberger, Fasolo, & Davis-LaMastre, 1990; Lok & Crawford, 1999; McDermott, Laschinger, & Shamian, 1996; Meyer et al., 2002).

Par ailleurs, la taille de l'équipe est une autre caractéristique organisationnelle influençant la CIP fréquemment étudiée, mais avec des résultats mitigés (Xyrichis & Lowton, 2008; Mulvale et al., 2016). Certaines études ont montré que plus la taille de l'équipe est grande, plus les

problèmes de communication et de coordination seront nombreux et, plus la CIP diminue (Pritchard, 2004; Lipman-Blumen & Leavitt, 1999; Stahelski & Tsukuda, 1990; Mucchielli, 2003). Les membres d'une équipe de grande taille ont souvent du mal à s'exprimer équitablement, et se sentent le plus souvent insatisfaits de la qualité du travail (Mucchielli, 2003). Une taille importante de l'équipe favorise la formation des sous-groupes, provoquant des tensions et des conflits entre les employés (Mucchielli, 2003). D'autres, études soutiennent que les équipes de petites tailles réussissent plus facilement à instaurer des processus de collaboration efficace (Sicotte et al., 2002; Horwitz, 2005). Toutefois, il existe des études qui n'ont trouvé aucune association entre la taille de l'équipe et la CIP (Poulton & West, 1999). Enfin, certains chercheurs soutiennent que les équipes de petite taille ne disposent pas suffisamment du personnel pouvant échanger les connaissances, les compétences et les expériences diversifiées afin de répondre aux besoins biopsychosociaux des patients (Xyrichis & Lowton, 2008).

En outre, les chercheurs ont montré qu'une structure organisationnelle hiérarchique ne favorise ni la discussion de groupe ni la prise de décisions partagées, et limiterait la CIP au sein de l'équipe (Henneman et al., 1995; Koerner, Cohen, & Armstrong, 1986; Stichler, 1995; Borill et al., 2002). A l'inverse, une structure horizontale, plus flexible et décentralisée, permet le développement de la CIP (Molyneux, 2001; Henneman et al., 1995). D'autres chercheurs soutiennent qu'une culture organisationnelle qui favorise l'ouverture à la discussion, l'équité, la liberté d'expression, l'interdépendance et l'apprentissage est essentielle au développement de la CIP (Henneman et al., 1995; Silén-Lipponen, Turunen, & Tossavainen, 2002; Sun Martin-Rodriguez et al. 2005). Toutefois, plusieurs chercheurs s'accordent à reconnaître que la transformation de la structure et de la culture organisationnelle est difficile à réaliser, car elle nécessite un

changement profond et durable au niveau des modes d'organisation, des valeurs, des attitudes, des rôles et des pratiques de l'organisation (Henneman et al., 1995; Silén-Lipponen et al., 2002).

Finalement, les résultats des travaux d'Hojat et al. (2003) montrent une très forte influence du contexte d'offre de soins et des services sur la CIP. Certains contextes de soins nécessitent une pratique collaborative plus importante que d'autres, à cause de la clientèle desservie, des activités à réaliser, des acteurs impliqués dans les actes de soins, de la complexité des soins et des services (Hojat et al., 2003; FCRSS, 2006; Körner et al., 2016). Plus explicitement, la nécessité de collaborer est plus élevée dans un contexte qui requiert des soins complexes et l'intervention de plusieurs professionnels, tels que les services spécialisés en SM (Wüsthoff et al. 2011, Upshur & Weinreb, 2008; Körner et al., 2016).

#### **2.2.6.4. Facteurs systémiques ou liés au rôle professionnel**

Il s'agit des éléments externes à l'organisation qui peuvent entraver ou favoriser la CIP, notamment : le système professionnel (D'Amour, 1997), le système culturel (Mariano, 1989), le système social (Fagin, 1992; Mariano, 1989) et le système éducatif (D'Amour et al., 2005).

Le système professionnel fait référence au processus de la professionnalisation et de l'acquisition des savoir-faire dans un champ de pratique (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Plusieurs chercheurs, dont D'Amour (1997), Fagin, (1992), Lindeke et Block (1998), ont montré que les professionnels de la santé sont confrontés à deux logiques qui s'opposent à savoir : la logique de la collaboration et la logique de la professionnalisation, autrement appelée système professionnel. Ce dernier, issue du système éducatif des professionnels, se caractérise par une approche et des valeurs centrées autour des territoires professionnels aux frontières étanches

entre les professions (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Il est également basé sur l'exercice du pouvoir, de l'autorité, de l'expertise et de la spécialisation (Makarem, 1995; D'Amour & Oandasan, 2005; Liedtka & Block, 1998). À l'inverse, la logique de la CIP est une approche axée sur l'intégration des savoirs et des pratiques, mais également sur la reconnaissance de la complémentarité et le partage des territoires (San Martin-Rodriguez et al. 2005; Santé Canada, 2004).

Dans le même ordre d'idée, selon plusieurs chercheurs (Hall, 2005; Abramson & Mizrahi, 1996; D'Amour et al., 1999; Henneman et al., 1995), le système culturel, qui représente les valeurs, les croyances, les attitudes et les comportements propres aux professionnels, peut constituer un obstacle à la cohésion des membres de l'équipe, et limiter l'efficacité de la CIP. En effet, au cours de la phase de socialisation professionnelle, les professionnels de la santé sont confrontés à des philosophies, des valeurs et perspectives orientées vers leurs professions respectives (Clark, 1995; 1997). Dès lors, certaines professions ont tendance à véhiculer des valeurs telles que l'autonomie professionnelle, qui s'oppose à la vision de la CIP (D'Amour et al., 1999; Henneman et al., 1995; Mariano, 1989 ; Silén-Lipponen et al., 2002; Barr, 1998; Chiochio, Lebel, & Dubé, 2016).

Par ailleurs, plusieurs chercheurs (Gage, 1998; Hojat et al., 2001; Mariano, 1989) affirment que le système social, qui réfère à la répartition du pouvoir entre les différents professionnels (D'Amour, 1997), peut constituer un obstacle à la CIP, à cause des différences de pouvoir entre les professions. En effet, les chercheurs affirment que la perception d'inégalité entre les professionnels nuit au développement de la collaboration entre les membres d'une équipe

(Robertson, 1999; San Martin-Rodriguez et al. 2005; Santé Canada, 2004). Le système social peut aussi concerner tout ce qui se rapporte aux éléments socioculturels pouvant limiter la CIP à savoir : la présence de stéréotypes et la différence de perception en fonction du sexe ainsi que du statut professionnel (Elston & Holloway, 2001; Kappeli, 1995; Robertson, 1999; White et al., 1992; Sicott et al., 2002).

Enfin, le système éducatif, véhicule principal des valeurs des futurs professionnels, est cité dans la littérature scientifique du domaine de la santé comme l'un des principaux facteurs influençant la CIP (D'Amour & Oandasan, 2005). Plusieurs auteurs (Milliken & Martins, 1996; Shaw et al., 1998; D'Amour et al., 2005) ont montré que la socialisation ou l'immersion des professionnels durant leur formation dans des philosophies et des valeurs différentes, déterminent leurs perceptions de la santé et leurs identités professionnelles. L'identité professionnelle met en avant-scène l'appartenance à une catégorie professionnelle qui possède ses propres valeurs, langages et techniques réservés aux initiés, détenteurs du savoir (D'Amour & Oandasan, 2005). Cependant, l'identification à la profession est indexée par plusieurs chercheurs comme étant négativement corrélée à la CIP (D'Amour & Oandasan, 2005; San Martin-Rodriguez et al., 2005). Les chercheurs affirment que si les membres de l'équipe s'identifient fortement à leurs professions, cela engendre une catégorisation basée sur la profession et entraîne une perception des sous-groupes basée sur l'appartenance professionnelle (Liao, O'Brien, Jimmieson, & Restubog, 2015) et des compétitions entre ces sous-groupes (Dutton, Dukerich & Harquail, 1994; Turner, 1982; Van Dick, Van Knippenberg, Van Kerschreiter, Hertel, & Wieseke, 2008). À l'inverse, l'identification à l'équipe influence positivement la CIP et la performance d'équipe (Dutton et al., 1994; Van Dick et al., 2008). Plus l'identification à l'équipe est forte, plus les membres de l'équipe



s'aperçoivent comme membre d'un même groupe social, indépendamment de leur profession. Ce sentiment d'unicité augmente le comportement coopératif des professionnels dans les équipes de santé (Brewer & Kramer, 1986; Kramer, 2006; Tyler & Blader, 2001) et favorise la CIP (Dutton et al., 1994; Van Dick et al., 2008).

### **2.2.7. Les théories de la collaboration interprofessionnelle**

Smith, Carroll et Ashford (1995) ont classé les théories de la CIP en cinq catégories à savoir :

- 1) **Les théories de l'échange** : Elles présentent la collaboration comme un moyen de maximiser les bénéfices économiques et psychologiques. Elles présentent les partenaires d'interaction comme prêts à collaborer dans la mesure où les bénéfices de la collaboration surpassent ses désavantages (Smith et al., 1995). Ces théories sont principalement utilisées pour expliquer les raisons calculées des individus qui décident de demeurer ensemble et de collaborer (Smith et al., 1995).
- 2) **Les théories de l'attraction interpersonnelle**: Elles expliquent l'origine de l'attraction et de l'affinité entre les individus et entre les groupes (Smith et al., 1995). Selon ces théories, le rapprochement et la collaboration entre les individus s'expliquent par des valeurs, l'homogénéité et/ou l'hétérogénéité, la congruence des buts, la similarité et les différences de valeurs (Smith et al., 1995).
- 3) **Les théories de pouvoir et des conflits** : Elles soutiennent que la perception d'équité et d'injustice, de même que l'écart de pouvoir entre les partenaires, mènent à la collaboration ou aux conflits dans un groupe (Smith et al., 1995). Le pouvoir étant défini comme « le déploiement des moyens pour atteindre les effets prévus » (traduction libre) (Cobb, 1984, p. 483).

4) **Les théories de la modélisation (*Modeling theories*)** : Elles sont axées sur les processus d'apprentissage social qui finit par se modéliser. Elles soutiennent que la plupart des comportements des individus sont appris par l'observation et la modélisation, c-à-d., l'exposition d'un individu à un modèle de comportement social (Smith et al., 1995).

5) **Les théories de la structuration sociale** : Elles sont issues de la sociologie des organisations et découlent de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). Elles soutiennent qu'une relation de collaboration émerge dans un système sous l'influence des facteurs sociaux structureaux. Les structures sociales font référence aux positions sociales des individus, des groupes, des organisations et des réseaux, qui sont en même temps différenciés et interreliés (Smith et al., 1995).

### **2.2.8. Les modèles de la collaboration identifiant les facteurs qui influencent la CIP**

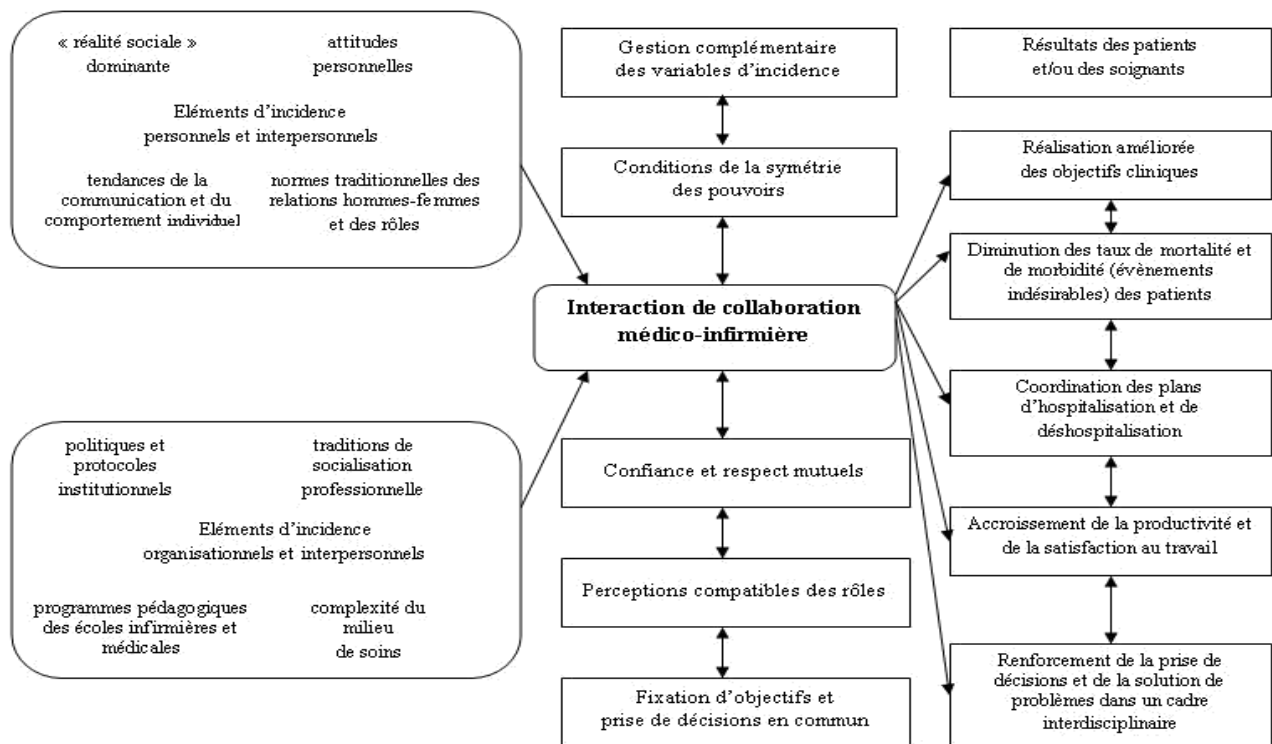
Dans le secteur de la santé, les écrits scientifiques proposent plusieurs modèles qui identifient les facteurs influençant la CIP (Bronstein, 2003; Hayward, DeMarco, & Lynch, 2000; Sicotte et al., 2002; West, Borril, & Unsworth, 1998). Dans les lignes qui suivent, nous décrirons brièvement ces modèles, et présenterons celui qui semble plus susceptible de répondre aux besoins de notre recherche.

#### **2.2.8.1. Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière de Corser (1998)**

Ce modèle bi-disciplinaire a été développé à partir de données basées sur une revue de la littérature de la collaboration entre infirmières et médecins. Il met en relief les facteurs personnels et organisationnels qui influencent la CIP. Selon Corser (1998), pour avoir une CIP ayant un impact positif sur les patients et les professionnels, une distribution équitable de

pouvoirs entre médecins et infirmières est requise. Toutefois, ce modèle n'a pas été validé empiriquement (D'Amour, Beaulieu, San Martin Rodriguez, & Ferrada-Videla, 2004).

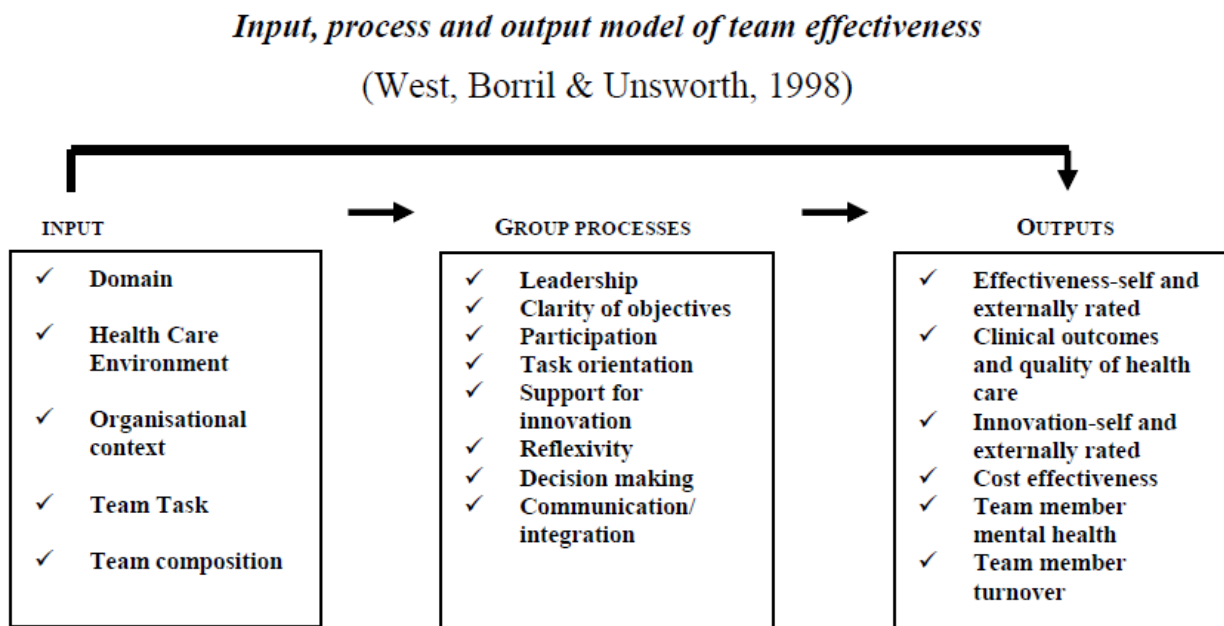
**Figure 2. Modèle conceptuel des interactions de Corser (1998)**



### 2.2.8.2. Le modèle de West, Borril et Unsworth (1998)

Ce modèle, issu des théories organisationnelles, traite de l'efficacité de l'équipe. Il repose sur l'approche *Input-Process-Output*, et suggère que la collaboration est contingente à un certain nombre d'« inputs » (la tâche, la composition du groupe, le contexte culturel et le contexte organisationnel) et des variables modératrices (le leadership, la communication et la prise de décision). Le modèle admet aussi des extrants à savoir la performance, l'innovation, la viabilité et le bien-être. Il entrevoit la collaboration comme un processus actif et non comme une fin en soi.

**Figure 3. Modèle de West, Borril et Unsworth (1998)**

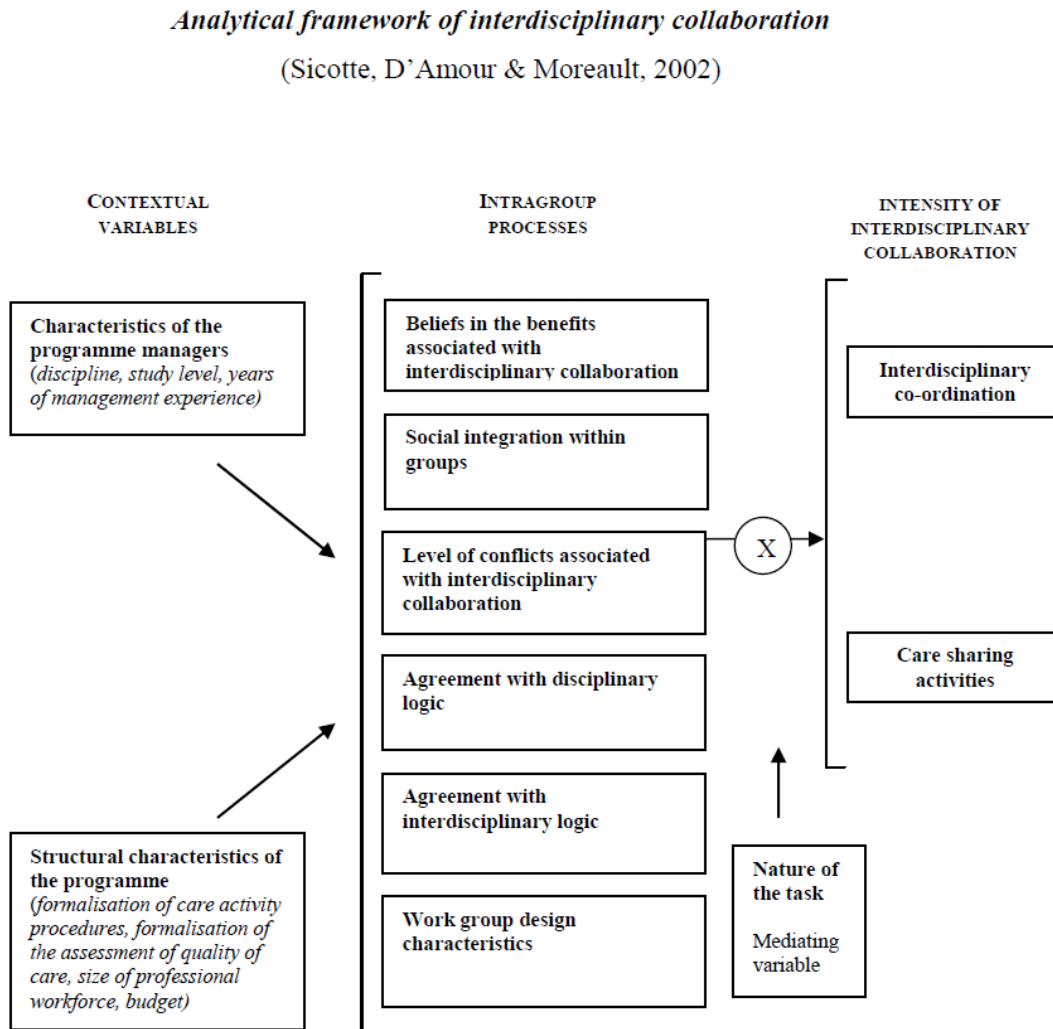


*Input, process and output model of team effectiveness*  
(West, Borril & Unsworth, 1998)

### **2.2.8.3. Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire de Sicotte et al. (2002).**

Ce modèle repose également sur le principe d'*Input-Process-Output*. Il tire son origine des théories organisationnelles, et découle d'une étude auprès de 146 CLSC du Québec. Il mesure le degré de la CIP en fonction des facteurs organisationnels et professionnels pouvant la faciliter ou l'entraver (Reeves et al., 2010). Dans ce modèle, les entrants sont les variables contextuelles (les caractéristiques des gestionnaires et les caractéristiques structurelles du programme) et les variables liées au processus des groupes (les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire, l'intégration sociale dans le groupe, le niveau de conflits, l'adhésion à la logique disciplinaire ou à la logique interdisciplinaire et les caractéristiques du groupe). À ces variables, les auteurs ajoutent la nature de la tâche comme étant une variable intermédiaire (Sicotte et al., 2002).

**Figure 4. Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire de Sicotte et al. (2002).**



*Analytical framework of interdisciplinary collaboration*  
(Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002)

#### 2.2.8.4. Le Modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein (2003)

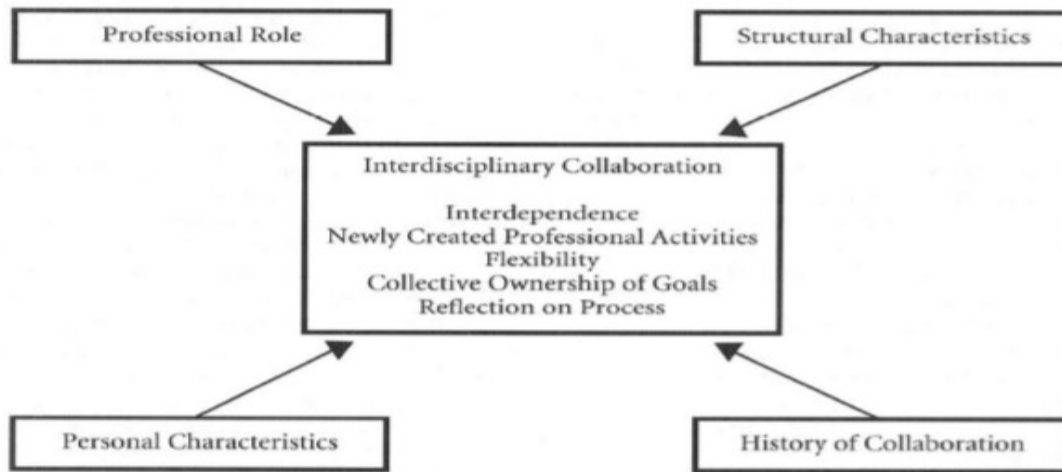
Ce modèle a été développé à partir d'une recension des écrits théoriques et des études empiriques du secteur des services sociaux. Il établit un lien entre, d'une part les facteurs qui

influencent la collaboration interdisciplinaire situés aux quatre extrémités du modèle (le rôle professionnel, les caractéristiques structurelles, les caractéristiques personnelles et l'histoire de la collaboration) et d'autre part, la collaboration interdisciplinaire (Santé Canada, 2004), comme variable dépendante. Il traite ces facteurs selon la perception des professionnels. Les concepts du modèle semblent refléter ceux exposés dans la littérature scientifique du domaine de la santé. En effet :

- 1) **Le rôle professionnel** : fait référence aux valeurs, à l'éthique de travail, à l'allégeance à l'organisation, au statut de la profession, à l'identification à la pratique professionnelle et sa culture. Il s'agit donc des *facteurs systémiques*.
- 2) **Les caractéristiques structurelles** : font référence au support administratif, à l'autonomie professionnelle, à l'horaire de travail, à la charge professionnelle et à l'espace de collaboration. Il s'agit donc des *facteurs organisationnels*.
- 3) **Les caractéristiques personnelles** : font référence aux caractéristiques propres à chaque professionnel, aux capacités à faire confiance aux autres professionnels et aux caractéristiques qu'un professionnel peut percevoir de l'autre, en dehors du rôle professionnel (le respect, la compréhension et la communication). Il s'agit d'un mélange des *facteurs individuels et relationnels*.
- 4) **L'historique de la collaboration** : elle fait référence aux activités de la CIP liées à la formation reçue et aux expériences passées de collaboration.

**Figure 5. Modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein (2003)**

*Influencing factors on interdisciplinary collaboration*



*(Bronstein, 2003)*

À la lumière de la recension des écrits scientifiques, parmi ces différents modèles identifiant les facteurs qui influencent la CIP, seul le modèle développé par Bronstein (2003) illustre clairement, dans un même cadre conceptuel et, d'une façon structurée, le lien qui existe entre les facteurs qui influencent la CIP (placés aux quatre extrémités du modèle), comme variables indépendantes, et la CIP, comme variable dépendante (Santé Canada, 2004). De plus, ce modèle a été développé à partir d'une recension d'écrits multidisciplinaires et d'études empiriques. Il semble donc plus susceptible de répondre aux besoins de notre recherche et, a été retenu pour guider notre réflexion.

### **2.3. Synthèse de l'état des connaissances et objectifs de la recherche**

En résumé, l'examen des études recensées nous permet de conclure que la CIP au sein des équipes de soins de santé produit des retombées positives pour les usagers, les professionnels de



la santé, les organisations des soins et le système de santé (Mickan et al., 2010 ; Kates et al., 2011). Les chercheurs la considèrent comme un élément clé et incontournable pour offrir les soins efficaces et de meilleure qualité (AFISS, 2011; CRWJF, 2011; Frenk et al., 2010; Honoré & Scott, 2010; WHO, 2010). Cependant, l'adoption de la CIP dans les organisations et les services de santé demeure insuffisante, limitée voire même inadéquate (Mitchell et al., 2011 ; WHO, 2010; Kates et al., 2011; Clarke, 2010 ; FCRSS, 2006; Slomp et al., 2009). Cette situation conduit à des répétitions abusives et inutiles des services, à des conflits souvent nuisibles entre les professionnels de la santé, à des erreurs médicales, à une augmentation des coûts de soins de santé et à des taux de mortalité plus élevés (Pronovost, 2000; RCPI, 2010; Weinberg et al., 2009; Bender et al., 2013; Manser, 2009 ; Makary & Daniel, 2016). Il existe donc un besoin de recherche pour identifier les variables associées à la CIP, en particulier dans le domaine de la SM (Kates et al., 2011 ; Bell et al., 2014; Mulvale et al., 2016). Moins d'attention a été accordée à ce secteur (SM) comparativement à d'autres secteurs de la santé, alors que la CIP y est depuis plusieurs années mise à l'avant-scène comme une pratique gagnante, et est introduite dans la plupart des organisations de soins (Fleury & Grenier, 2012). La plupart des études sur la CIP dans le secteur de la SM portent sur les effets de la CIP (Malone et al., 2007; Simmonds et al., 2001; Kates et al., 2011; Thota et al., 2012). Par ailleurs, plusieurs études portant sur les facteurs influençant la CIP ont été menées dans le contexte de soins primaires, et se limitent le plus souvent à analyser la CIP entre les médecins et les infirmières (D'Amour & Oandasan, 2005; San Martin Rodriguez et al., 2005; Craven & Bland, 2006; Kates et al., 2011). Les auteurs ont tendance à limiter leurs recherches à un petit nombre de variables indépendantes (Mulvale et al., 2016; O'Leary et al., 2012), alors que, la CIP est sous l'influence de plusieurs facteurs pouvant être regroupés en quatre

catégories à savoir : les facteurs liés au rôle professionnel, aux caractéristiques structurelles, aux caractéristiques interpersonnelles et aux caractéristiques personnelles (Bronstein, 2003). Dès lors, aucune étude n'a identifié les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP, ainsi que les variables associées pouvant les différencier. Aucune étude n'a également comparé les variables associées à la CIP chez les professionnels de la SM travaillant dans les soins primaires versus les services spécialisés. Or, ces deux contextes de soins diffèrent considérablement en termes d'activités, de la clientèle desservie, des acteurs impliqués dans les actes de soins, de la composition et du rôle de leurs membres.

La présente thèse vise à combler les lacunes susmentionnées. L'étude vise à répondre à la question de recherche suivante : **quelles sont les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM du Québec?** Autrement dit, l'objectif général de l'étude est d'approfondir nos connaissances sur la CIP par l'identification des variables associées à la CIP dans le domaine de la SM. Pour répondre à cette question, nous avons développé trois objectifs spécifiques à savoir : **(1)** Identifier les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS du Québec; **(2)** Identifier les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP, ainsi que les variables associées pouvant les différencier; **(3)** Identifier et comparer les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM selon le contexte de soins (c-à-d., les soins primaires et les services spécialisés).

Chaque objectif spécifique fera l'objet d'un article scientifique. Plusieurs variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique du domaine

de la santé seront testées. Elles seront catégorisées dans un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003). L'hypothèse émise est que les variables liées au rôle professionnel, aux caractéristiques structurelles, aux caractéristiques interpersonnelles et aux caractéristiques personnelles seront associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

Dans la section suivante, nous allons présenter le cadre conceptuel de l'étude que nous avons élaboré en nous référant au modèle conceptuel de Bronstein (2003).

## CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Le cadre conceptuel de notre recherche est une adaptation du modèle élaboré par Bronstein (2003) à partir d'une littérature scientifique multidisciplinaire. Ce modèle a l'avantage d'inclure les principales catégories des variables influençant la CIP, exposées dans la littérature scientifique du domaine de la santé (Santé Canada, 2004). Il illustre clairement, dans un même cadre conceptuel, et cela d'une façon structurée, le lien qui existe entre d'une part, les variables qui influencent la CIP, regroupées en 4 catégories (le rôle professionnel, les caractéristiques structurelles, les caractéristiques personnelles et l'histoire de la collaboration) et, d'autre part, la CIP, comme variable dépendante.

Dès lors, en prenant comme toile de fond le modèle de Bronstein (2003), nous proposons un cadre conceptuel (**voir figure 6**) constitué des variables qui influencent la CIP regroupées également en quatre catégories (le rôle professionnel, les caractéristiques structurelles, les caractéristiques interpersonnelles et les caractéristiques personnelles). Toutefois, deux ajustements majeurs ont été apportés au modèle de Bronstein (2003), afin de l'adapter à notre étude.

Le premier ajustement a été fait au niveau des variables qui influencent la CIP. Dans notre modèle adapté, les quatre catégories des variables contiennent des variables pertinentes influençant la CIP tirées de la littérature scientifique du domaine de la Santé. En effet, selon Chiocchio (2012), « *un vrai choix raisonné des variables influençant la CIP doit être fait sur la base de ce qui est requis pour atteindre les objectifs d'amélioration de la CIP* » (Chiocchio, 2012 p.39).

Certes, le modèle de Bronstein (2003) est constitué par des catégories des variables influençant la CIP; cependant, ces catégories ne sont pas constituées des variables proprement dites pouvant influencer la CIP mais, par des items visant à mesurer chacune de quatre catégories des variables du modèle. En outre, certaines variables essentielles et pertinentes pouvant influencer la CIP, citées dans la littérature scientifique du domaine de la santé, n'y sont pas répertoriées. Ainsi :

- ✓ **dans la catégorie des variables liées au « rôle professionnel »**, les 2 items proposés par Bronstein (2003) pour mesurer ce rôle, ont été remplacés par deux variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP à savoir : le type de profession et l'identification multifocale (c-à-d., l'identification simultanée à l'équipe et à la profession). Cette dernière variable (l'identification multifocale) est mesurable par un instrument valide;
- ✓ **dans la catégorie des variables liées aux « caractéristiques personnelles »**, les 4 items proposés par Bronstein (2003) pour mesurer ces caractéristiques, ont été remplacés par 4 variables susceptibles d'influencer la CIP à savoir : l'âge, le sexe, l'ancienneté dans l'équipe et les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire. Cette dernière variable (les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire) est également mesurable par un instrument valide;
- ✓ **dans la catégorie des variables liées aux « caractéristiques structurelles »**, les 4 items proposés par Bronstein (2003) pour mesurer ces caractéristiques, ont été remplacés par 2 variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP à savoir : la taille de l'équipe et le soutien organisationnel. Cette dernière variable (soutien organisationnel) est également mesurable par un instrument valide;

✓  **finalement, la catégorie des variables liées à « l'histoire de la collaboration »** a été remplacée par les  **« caractéristiques interpersonnelles »**. Ces dernières (caractéristiques interpersonnelles), inexistant dans le modèle de Bronstein (2003), constituent des éléments clés et incontournables à considérer pour le développement et le renforcement de la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Mulvale et al., 2016). Mattessich et al. (2001; 2005) suggèrent aussi de classer « l'histoire de la collaboration » dans le groupe des variables environnementaux ou liées au rôle professionnel, car, selon eux, « l'historique de collaboration permet aux acteurs qui doivent collaborer de comprendre le rôle et les attentes de chacun » [Traduction libre] (Mattessich, 2005). Ainsi, dans la catégorie des variables liées aux « caractéristiques interpersonnelles », nous avons inséré huit variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP. Il s'agit du partage des connaissances, de l'intégration des connaissances, de l'engagement affectif envers l'équipe, de la participation à la prise de décisions, de la confiance mutuelle, du climat d'équipe, des conflits dans l'équipe et de l'autonomie de l'équipe. Toutes ces variables sont mesurables par des instruments valides.

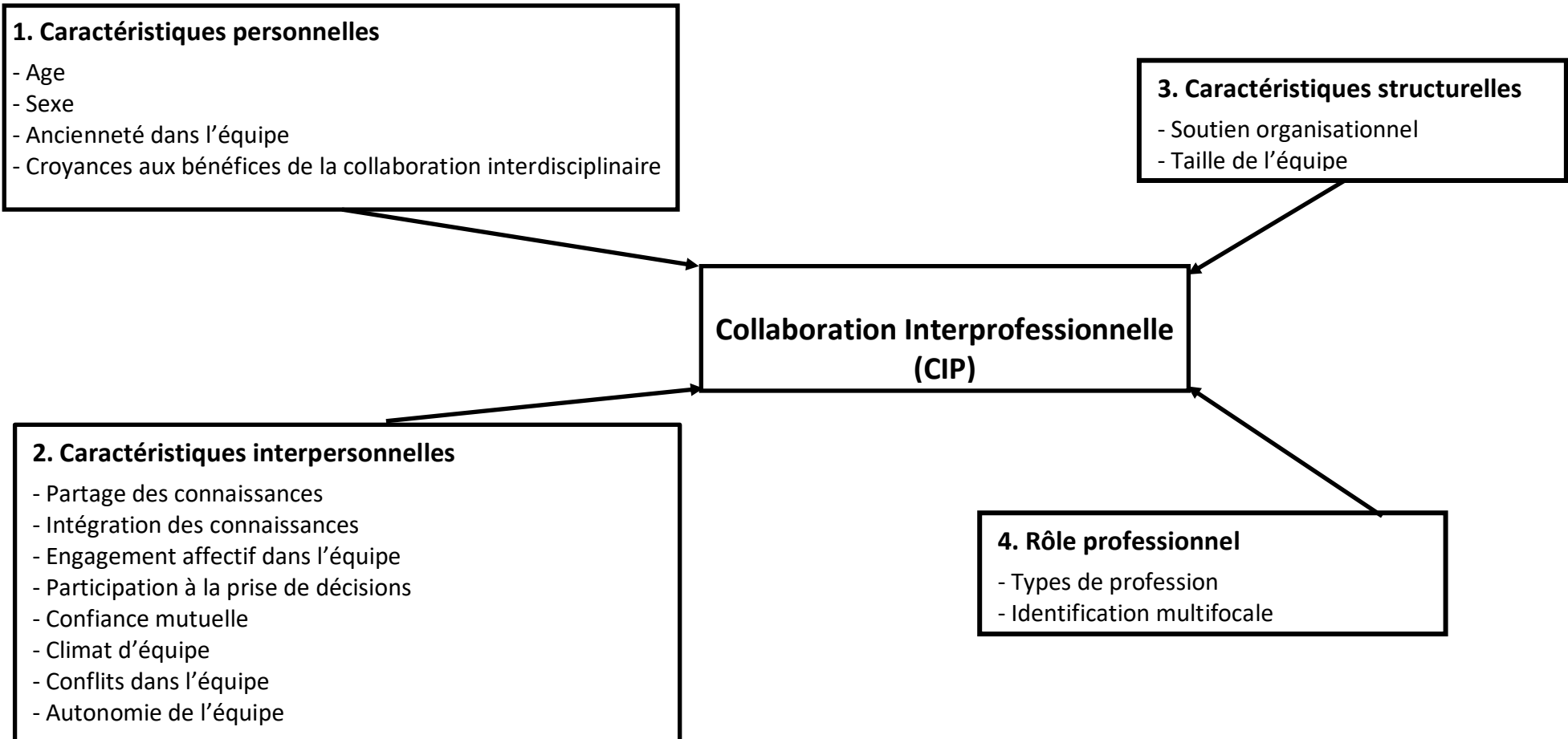
Notons enfin qu'un deuxième ajustement a été apporté au modèle de Bronstein (2003) au niveau des composantes de la CIP, afin de l'adapter à notre étude. En effet, après analyse, nous avons trouvé que les composantes de la CIP proposées par Chiocchio et al. (2012) conviennent mieux à la partie « variable dépendante » du modèle de Bronstein (2003). L'intérêt des composantes de Chiocchio et al. (2012) repose sur sa conceptualisation originale qui tient en compte des différents aspects de la CIP reflétant l'ensemble des composantes proposées par Bronstein (2003), D'Amour et al. (2005) et Petri (2010). De plus, les composantes de la CIP de Chiocchio et al. (2012) sont mesurables à l'aide d'un instrument valide ayant un très bon indice

de cohérence interne. Ainsi, dans le nouveau modèle que nous proposons, la CIP fait référence à « l'interaction entre les utilisations situationnelles appropriées de quatre processus interreliés à savoir : la communication d'équipe, la synchronisation temporelle, la coordination explicite et la coordination implicite au sein des équipes de travail » (Chiocchio et al., 2012, traduction libre p. 12).

**La figure 6** ci-dessous schématise notre modèle de recherche inspiré du modèle de Bronstein (2003). Elle décrit l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques reliées au rôle professionnel, les caractéristiques structurelles, les caractéristiques interpersonnelles et les caractéristiques personnelles influencent la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

Ainsi, la CIP peut être défini comme un processus par lequel les professionnels de la santé provenant de plusieurs disciplines partagent des rôles, des connaissances, des expériences et des tâches pour une meilleure prise en charge biopsychosocial des patients. Ce processus interprofessionnel est influencé par un ensemble des variables liées aux caractéristiques personnelles, interpersonnelles, organisationnelles et au rôle professionnel.

**Figure 6. Modèle conceptuel des variables associées à la collaboration interprofessionnelle en santé mentale**





## CHAPITRE 4 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

### 4.1. Brève présentation du projet de recherche

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste portant sur « *l'évaluation de la réforme en santé mentale. Intégration & Performance de réseaux locaux de services* ». Ce projet a été dirigé par Marie-Josée Fleury, Professeure Titulaire au département de psychiatrie de l'Université McGill et professeure associée au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l'Université de Montréal. Le projet consistait à évaluer l'implantation du *PASM 2005-2010* prolongé officieusement jusqu'en 2015, ainsi que la performance des quatre RLS à savoir : le CSSS Sud-Ouest Verdun (R-SV), le CSSS Dorval-Lachine-Lasalle (R-DLL) le CSSS de la Vieille-Capitale (R-VC), et le CSSS Chicoutimi. Les deux premiers RLS sont situés dans Montréal-Centre, région universitaire, tandis que le CSSS R-VC est situé dans la Capitale Nationale (Québec), région universitaire. Le CSSS Chicoutimi est quant à lui situé dans l'arrondissement de Chicoutimi, dans la Ville de Saguenay. Ces réseaux ont été sélectionnés par une équipe de chercheurs du Douglas Institut universitaire en SM, après une consultation auprès d'une vingtaine de décideurs clés en SM du Québec, à savoir des représentants de la direction des services en SM du MSSS et d'agences régionales. La sélection de ces réseaux se justifie par le fait: **1)** que tous couvrent une population importante, variant entre 135 000 (R-DLL) à 300 000 individus (R-VC); **2)** qu'ils se différencient quant à l'inclusion des ressources spécialisées (les R-Verdun et R-DLL incluent un hôpital psychiatrique ayant des services spécialisés et ultraspécialisés; le R-VC n'inclut pas de mission hospitalière dans son CSSS et des ententes des

services avec les hôpitaux universitaires hors du territoire local doivent être effectués pour la couverture des services plus spécialisés); **3**) qu'ils se différencient quant à leur localisation géographique (urbain, semi-urbain, rural).

Pour qui concerne notre étude, le travail s'est effectué sur une banque de données secondaires du projet de recherche avec des données nettoyées et intégrées.

## **4.2. Devis et calcul de la taille de l'échantillon**

Il s'agit d'une recherche quantitative à devis corrélationnel transversal. Ce devis est adapté à la problématique et aux objectifs de notre recherche. La méthode quantitative nous permet d'amasser des données de qualité, et les analyses statistiques permettront de répondre à notre question de recherche (Robert, 1988). De plus, le devis corrélationnel nous permet d'examiner la relation existante entre les variables (Bums & Grove, 2001; Brink & Wood, 1998).

Par ailleurs, notons que notre échantillon est de type non probabiliste. Les calculs de la taille de l'échantillon ont été faits au moyen de la formule  $N \geq 50 + 8m$  de Tabachnick et Fidell (2001). Ainsi, le nombre minimum des sujets requis pour tester les corrélations multiples et réaliser les analyses multivariées de l'étude a été estimé à 218 participants.

## **4.3. Population à l'étude et critères d'inclusion**

Tous les professionnels de la santé œuvrant dans les équipes interdisciplinaires de SM au niveau des soins primaires (CLSC) ou spécialisés (hôpitaux) localisées dans les quatre RLS précités, ont été sollicités pour participer à l'étude. Concrètement, pour l'ensemble de quatre RLS, 466

professionnels ont été sollicités pour répondre à un questionnaire auto-administré envoyé par voie postale ou par courrier électronique durant la période allant du 30 mai au 30 novembre 2013. Le temps de passation du questionnaire était en moyenne de 60 minutes. Pour participer à l'étude, les professionnels devaient :

- Travailler dans l'un des quatre établissements de santé et de services sociaux du réseau public qui intègre un mandat de dispensation des services de SM à savoir : le CSSS Sud-Ouest Verdun, Dorval-Lachine-Lasalle, Chicoutimi et le CSSS de la Vieille-Capitale;
- Travailler dans une équipe interdisciplinaire de SM constituée d'au moins trois professionnels de la santé, appartenant à au moins deux domaines disciplinaires différents.

### ***Répondants***

Au total, 315 professionnels travaillant dans 79 équipes interdisciplinaires de SM (31 équipes de soins primaires et 48 équipes spécialisées) ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 67,6%. Tous ces professionnels ont consenti librement et de façon éclairée à participer à la recherche. Ils ont tous signé des formulaires de consentement et, ont tous été informés sur le but de la recherche, la confidentialité des données et la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. L'âge moyen des participants était de 43 ans (écart-type de 10,5 ans). La plupart des participants était des professionnels psychosociaux (55%), suivi des infirmières (30%), des professionnels du soutien administratif (11%) et des médecins (5%). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (70% contre 30%). Enfin, la plupart de participants travaillaient dans les services spécialisés (68% contre 32% pour les soins primaires).

## **4.4. Variables à l'étude et instruments de mesure**

En nous basant sur notre cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003), les variables qui ont été mesurées dans l'étude sont les suivantes :

### **4.4.1. Variable dépendante (VD) : la collaboration interprofessionnelle**

La variable « collaboration interprofessionnelle » a été mesurée à l'aide du questionnaire sur le travail collaboratif de Chiochio et al. (2012) composé de 14 items en quatre dimensions à savoir, la communication d'équipe (c-à-d., les membres de l'équipe transmettent clairement des renseignements et ont un bon sens d'écoute), la synchronisation temporelle (c-à-d., les membres de l'équipe complètent leurs tâches à temps et au bon moment pour favoriser la bonne exécution de la suite du travail par le reste de l'équipe), la coordination explicite (c-à-d., les membres de l'équipe échangent de l'information sur les rôles et les tâches) et la coordination implicite (c-à-d., les membres de l'équipe anticipent les besoins de leurs collègues et s'adaptent aux situations). Le questionnaire sur le travail collaboratif de Chiochio et al. (2012) est un instrument de mesure valide en français qui comprend une très bonne cohérence interne. Son coefficient  $\alpha$  de Cronbach est situé entre 0,91 et 0,92. Cette échelle est de type Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Chiochio et al. (2012) définissent la CIP comme l'interaction de quatre processus (la communication d'équipe, la synchronie, la coordination explicite et la coordination implicite) dont les membres d'une équipe doivent utiliser et maintenir afin d'effectuer efficacement leur travail et atteindre un objectif commun.

#### **4.4.2. Variables indépendantes (VI) : les variables associées à la CIP**

En nous servant de notre cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003), quatre catégories des variables associées à la CIP ont été retenues dans notre étude. Il s'agit de :

##### **4.4.2.1. Variables liées aux caractéristiques personnelles**

À la lumière des recherches connexes (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Mulvale et al., 2016 ; Brostein, 2003), quatre variables pertinentes liées aux caractéristiques personnelles, susceptibles d'influencer la CIP, ont été prises en considération. Il s'agit de :

##### **1) L'âge du répondant (en année)**

Pour ce qui concerne l'âge, notons que les recherches antérieures ont trouvé une association statistiquement significative entre l'âge du répondant et la CIP, et ont conclu que l'âge prédit la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé (Sarma et al., 2012 ; Gellers & Kuipert, 2008). Les professionnels les plus âgés sont d'avantage engagés dans les équipes et collaborent plus que les moins âgés (Sarma et al., 2012). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « âge » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

##### **2) Le sexe**

Pour ce qui concerne le sexe, certains chercheurs ont trouvé que les femmes ont tendance à travailler plus en collaboration que les hommes (Pounder & Coleman, 2002). À l'inverse, d'autres chercheurs n'ont trouvé aucune relation significative entre le sexe et la CIP (Hansson

et al., 2010; Williams & O'Reilly, 1998). Au vu de ces résultats mitigés, notre étude cherche à vérifier si la variable « sexe » serait associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

### **3) L'ancienneté dans l'équipe (en année)**

Pour ce qui concerne l'ancienneté, les études antérieures ont montré que plus l'ancienneté des membres dans l'équipe est élevée, plus l'intensité de la CIP augmente et, plus l'équipe sera performante (Meyer, Allen, & Smith, 1993; McDaniel et al., 1988, Lichtenstein et al., 2004 ; Rousseau et al., 2017). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « ancienneté dans l'équipe » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

### **4) Les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Sicotte et al. (2002) composée de 5 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude est de 0,92. Soulignons que plusieurs recherches antérieures ont montré que plus le niveau des croyances des professionnels par rapport aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire est élevé, plus l'intensité de la CIP sera élevée (Sicotte et al., 2002; Deneckere et al., 2011; Mulvale et al., 2016; Bookey-Bassett et al., 2017). En nous appuyant sur ces résultats, notre étude cherche à vérifier si la variable « croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

#### **4.4.2.2. Variables liées aux caractéristiques interpersonnelles ou interactionnelles**

À la lumière des recherches connexes (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Mulvale et al., 2016 ; Brostein, 2003), huit variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP ont été prises en considération dans notre étude. Ces variables sont perçues par plusieurs chercheurs comme des éléments clés pour le développement et le renforcement de la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé. Elles ont toutes été mesurées à l'aide des outils valides. Il s'agit de :

##### **1) Le partage des connaissances :**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Bock et al. (2005) composée de 5 items en une dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude est de 0,86. Le partage des connaissances est défini comme étant l'action de fournir ou de transférer des connaissances à autrui (Bock et al., 2005). Selon plusieurs chercheurs, le partage des connaissances reste une des conditions incontournables du succès de la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé (Cabrera & Cabrera, 2005; Chiochio, 2012; Wells et al., 1998). Plus les membres d'une équipe partagent leurs connaissances, plus la CIP sera élevée (Cabrera & Cabrera, 2005) et, plus ils seront performants (Van Der Vegt & Bunderson, 2005). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si le « partage des connaissances » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## **2) L'intégration des connaissances**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Song et Xie (2000) composée de 9 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude est de 0,95. Selon plusieurs auteurs, sans l'intégration des connaissances de différentes disciplines, la CIP sera limitée dans les équipes interdisciplinaires de santé (Oandasan & Reeves, 2005; San Martin Rodriguez et al., 2005). L'intégration des connaissances issues de plusieurs disciplines (telles que les sciences sociales, biologiques et comportementales) est considérée comme un moyen efficace et incontournable pour répondre aux besoins des personnes qui présentent des problèmes de santé chroniques et/ou complexes (Oandasan & Reeves, 2005). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « intégration des connaissances » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## **3) L'engagement affectif envers l'équipe de travail**

Cette variable a été mesurée à l'aide de la version abrégée de l'échelle proposée par Allen et Meyer (1990) composée de 4 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude est de 0.91. L'engagement affectif est défini comme étant l'attachement psychologique et émotionnel ressenti par l'employé envers son équipe de travail (Pearce & Herbik, 2010). L'employé engagé affectivement, s'identifie, s'implique et demeure heureux d'être membre de l'équipe dans laquelle il travaille (Mildred, 2000; Emmanuel et al., 2002; Byng et al., 2004). Plusieurs chercheurs (Butterfield et al., 2004 ;



Parker, 2000) ont montré que sans un sentiment d'engagement affectif élevé, les membres d'une équipe interdisciplinaire réussissent rarement à collaborer. Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « engagement affectif envers l'équipe » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

#### **4) La participation à la prise de décisions**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Campion, Medsker et Higgs (1993) composée de 3 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude se situe entre 0,90 et 0,92. Les études antérieures ont montré que la participation des professionnels à la prise de décisions est un facteur clé du succès de la CIP (Baggs, 1994; Dunn et al., 2013). Elle augmente également la satisfaction des employés (Schroder et al., 2011; Sicotte et al., 2002; Dunn et al., 2013; Mulvale et al., 2016) et la performance de l'équipe (DeLuca & Valacich, 2008). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « participation à la prise de décisions » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

#### **5) La confiance mutuelle**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Simons et Peterson (2000) composée de 4 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude se situe entre 0,90 et 0,92. Les études antérieures ont montré que la confiance mutuelle est une des conditions clés du succès de la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé

(Lindeke & Block, 1998; Henneman et al., 1995; Hojat et al., 2003; Baggs & Schmitt, 1997; Evans, 1994; Lindeke & Block, 1998). Elle diminue les risques des conflits dans les équipes (Almost, 2006; Han & Harms, 2008 ; Choi & Cho, 2011; Rispens et al., 2007), et aide les membres de l'équipe à prioriser les intérêts de l'équipe (Miller & Rempel, 2004) et des malades (Larivière & Savoie, 2002). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « confiance mutuelle » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## **6) Le climat d'équipe**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle d'Anderson & West (1998) composée de 19 items en quatre dimensions à savoir la participation sécuritaire (1-6), le soutien à l'innovation (7-11), les objectifs de l'équipe (12- 15) et l'orientation envers la tâche (16-19). Ces quatre sous dimensions mettent en évidence un ensemble de facteurs dont les gestionnaires doivent se préoccuper pour créer un meilleur climat au sein de l'équipe de travail. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude se situe entre 0,84 et 0,92. Le climat d'équipe de travail est considéré par plusieurs chercheurs comme une condition sine qua non à la CIP (San Martin- Rodriguez et al., 2005). Plus il y a un bon climat au sein de l'équipe de travail, plus la CIP sera élevée (Mattessich et al., 2001; D'Amour et al., 1999). Un bon climat de travail entraîne également le respect mutuel, la cohésion dans l'équipe et l'engagement des employés (D'Amour et al., 1999; Brunet & Savoie, 1999). La détérioration du climat menace à la fois la qualité de la vie professionnelle et la qualité des soins prodigués aux patients (Shields

& Wilkins, 2006). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « climat d'équipe » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## 7) Les conflits dans l'équipe

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Jehn et Mannix (2001) composée de 9 items en 3 dimensions, à savoir les conflits relationnels, les conflits de tâches et les conflits de processus. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude se situe entre 0,84 et 0,91. Les conflits dans l'équipe se définissent comme étant « *un processus dynamique qui se produit entre des parties interdépendantes lorsqu'elles éprouvent des réactions émotionnelles négatives à la perception de désaccords et d'interférences dans l'atteinte de leurs buts* » (Hartwick & Barki, 2002 : 57). Les conflits sont reconnus dans le domaine de soins de santé comme étant négativement corrélés à la CIP (Henneman et al., 1995; Bagshaw et al., 2007; Mulvale et al., 2016) et à la performance de l'équipe (Brown et al., 2010; Callister & Wall, 2001; Gardner, 1998). Non résolus, les conflits nuisent au bien-être des employés, aux relations entre les membres de l'équipe, à la sécurité des patients, aux résultats des soins et de l'organisation (Bagshaw et al., 2007; Hollaender, Loibl, & Wilts, 2008; Williams & Allen, 2008). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « conflits dans l'équipe » serait également négativement associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## 8) L'autonomie de l'équipe

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Campion et al. (1993) composée de 3 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude est de 0,81. Soulignons que certains chercheurs ont trouvé une association positive entre l'autonomie de l'équipe et la CIP (Langfred, 2005; D'Amour & Oandasan, 2005; Hoegl & Parboteeah, 2006). D'autres chercheurs soutiennent qu'une forte autonomie de l'équipe est négativement associée à la CIP et à l'efficacité de l'équipe (Cohen & Bailey, 1997; Lanaj et al., 2012). Malgré ces résultats mitigés, plusieurs auteurs suggèrent que l'autonomie de l'équipe présente de nombreux avantages tels que la flexibilité, la créativité, la cohésion, la prise de décision participative et la motivation au travail (Cohen & Bailey, 1997; Parker & Williams, 2001; Henneman et al., 1995). Fort de ce qui précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « autonomie de l'équipe » serait associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

### 4.4.2.3. Variables liées aux caractéristiques structurelles

À la lumière des recherches connexes (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Mulvale et al., 2016; Brostein, 2003), deux variables pertinentes liées aux caractéristiques structurelles ont été prises en considération. Il s'agit de la taille de l'équipe et du soutien organisationnel. Ces variables sont considérées par plusieurs chercheurs comme des facteurs organisationnels clés pour une CIP réussie dans une équipe interdisciplinaire de santé (Baxter & Brumfitt, 2008; Stewart, 2006; Pfaff et al., 2014; Bookey-Bassett et al., 2017).

## **1) La taille de l'équipe**

Plusieurs études antérieures ont montré que plus la taille de l'équipe est importante, plus les problèmes de communication et de coordination seront nombreux, et plus la CIP diminue (Pritchard, 2004; Lipman-Blumen & Leavitt, 1999; Mucchielli, 2003). D'autres études soutiennent que les équipes de petite taille réussissent plus facilement à instaurer un processus de collaboration que les équipes de grande taille (Sicotte et al, 2002; Horwitz, 2005). Toutefois, certains chercheurs n'ont trouvé aucune association entre la taille de l'équipe et la CIP (Poulton & West, 1999). Fort de ces résultats mitigés, notre étude cherche à vérifier si la variable « taille de l'équipe » serait associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## **2) Le soutien organisationnel**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Spreitzer (1996) composée de 4 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude se situe entre 0,84 et 0,85. Le soutien organisationnel se définit comme étant la perception qu'entretient un travailleur quant au soutien que lui attribue l'organisation qui l'emploie (Meyer & Allen, 1997). Il est considéré par plusieurs chercheurs comme un facteur clé facilitant la CIP (Pfaff et al., 2014; Bookey-Bassett et al., 2017; Nerenberg, Davies, & Navarro, 2012; Bronstein, 2003), le bien-être psychologique (Armstrong-Stassen, 2004; Baran et al., 2012; Jawahar et al., 2007) et l'intention de rester dans l'organisation (Lee & Peccei, 2011; Riggle, Edmondson, & Hansen, 2009; Kinnunen et al., 2008; O'Neill et al., 2009). Fort de ce qui

précède, notre étude cherche à vérifier si la variable « soutien organisationnel » serait également associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

#### **4.4.2.4. Variables liées au rôle professionnel**

Selon plusieurs chercheurs, une CIP fructueuse est suscitée lorsque les professionnels œuvrant dans les équipes des soins comprennent la discipline de chacun, acceptent et soutiennent le rôle que joue chaque profession pour la santé du patient (San Martin-Rodriguez et al., 2005). À la lumière des recherches connexes (Mulvale et al., 2016 ; Bronstein, 2003), deux variables pertinentes liées au rôle professionnel, susceptibles d'influencer la CIP, ont été prises en considération dans l'étude :

##### **1) L'identification multifocale**

Cette variable a été mesurée à l'aide de l'échelle de Van Dick, Wagner, Stellmacher, & Christ (2004) composée de 12 items en une seule dimension. Il s'agit d'une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (7). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach dans cette étude est de 0,65. L'identification multifocale réfère au fait qu'un membre d'une équipe s'identifie simultanément à son équipe (identification à l'équipe) et à sa profession (identification à la profession) (Van Dick et al., 2004). Cette dernière (identification à la profession) met en avant-scène l'appartenance à une catégorie professionnelle (D'Amour & Oandasan, 2005; Liao et al., 2015), tandis que, l'identification à l'équipe met en avant-scène l'appartenance à l'équipe indépendamment de la profession. Plusieurs chercheurs ont montré que l'identification à l'équipe influence positivement la CIP et la performance de l'équipe (Dutton et al., 1994; Van Dick et al., 2008). D'autres chercheurs

soutiennent que l'identification à la profession engendre une perception de sous-groupes basée sur l'appartenance professionnelle (Liao et al., 2015) et diminue la CIP (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Toutefois, aucune étude n'a mesuré l'impact simultanément de ces deux types d'identification (c-à-d., l'identification multifocale) sur la CIP. Ainsi, notre étude cherche à vérifier si l'identification simultanée à l'équipe et à la profession (identification multifocale) serait associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

## 2) Types de professions

Les professionnels concernés par notre étude sont ceux qui travaillent dans les équipes interdisciplinaires de SM à savoir : les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les infirmières, les pharmaciens, les diététistes, les nutritionnistes, les médecins généralistes, les psychiatres et les professionnels du soutien administratif. Ces professionnels ont été groupés en quatre catégories à savoir: les médicaux ( les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les pharmaciens), les infirmières, les intervenants psychosociaux (les psychologues, les psychanalystes, les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs, les psychothérapeutes, les ergothérapeutes et les sexologues) et les professionnels du soutien administratif (les commis du soutien administratif, les commis des bureaux, les secrétaires et les réceptionnistes).

Le **Tableau 1** ci-dessous résume les différentes variables indépendantes mesurées dans notre étude. Pour chaque variable, nous présentons également les outils et les indicateurs de mesure.

**Tableau 1. Résumé de variables indépendantes à l'étude et leurs outils de mesure**

Catégories des variables		Variables	Outils et indicateurs de mesure
<b>Caractéristiques personnelles</b>	1	Âge	Quel est votre âge?
	2	Sexe	Vous êtes un homme ou une femme?
	3	Ancienneté dans l'équipe	Depuis combien d'années/mois travaillez-vous dans l'équipe dont il est question dans ce questionnaire?
	4	Croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire	<u>Questionnaire</u> : échelle de Sicotte et al. (2002) composée de 5 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ se situe entre 0,84 et 0,85.
<b>Caractéristiques interpersonnelles</b>	5	Partage des connaissances	<u>Questionnaire</u> : échelle de Bock et al. (2005) composée de 5 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ est de 0,86.
	6	Intégration des connaissances	<u>Questionnaire</u> : échelle de Song et Xie (2000) composée de 9 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ est de 0,95.
	7	Engagement affectif envers l'équipe	<u>Questionnaire</u> : échelle d'Allen et Meyer (1990) composée de 5 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ est de 0,91.
	8	Participation à la prise de décisions	<u>Questionnaire</u> : échelle de Campion et al. (1993) composée de 3 items en une dimension. Coefficient $\alpha$ entre 0,90 et 0,92.
	9	Confiance mutuelle	<u>Questionnaire</u> : échelle de Simons & Peterson (2000), 4 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ entre 0,90 et 0,92.
	10	Climat d'équipe	<u>Questionnaire</u> : échelle d'Anderson et West (1998) composée de 19 items en 4 dimensions (participation sécuritaire, soutien à l'innovation, objectifs de l'équipe et orientation envers la tâche). Le coefficient $\alpha$ situé entre 0,84-0,91.
	11	Conflits dans l'équipe	<u>Questionnaire</u> : échelle de Jehn et Mannix (2001) composée de 9 items en 3 dimensions (conflits relationnels, conflits de tâches et conflits de processus). Le coefficient $\alpha$ est de 0,91.
	12	Autonomie de l'équipe	<u>Questionnaire</u> : échelle de Campion et al. (1993) composée de 3 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ est de 0,81.
<b>Caractéristiques Structurelles</b>	13	Taille de l'équipe	Combien de membres font partie de votre équipe?
	14	Soutien organisationnel	<u>Questionnaire</u> : échelle de Spreitzer (1996) composée de 4 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ entre 0,84 et 0,85.
<b>Rôle professionnel</b>	15	Types de profession	Quelle est votre profession?
	16	Identification multifocale	<u>Questionnaire</u> : échelle de Van Dick et al. (2004) composée de 12 items en une dimension. Le coefficient $\alpha$ est de 0,65.



## 4.5. Considérations éthiques

Le protocole ainsi que le questionnaire du projet de recherche ont été approuvés par le comité d'éthique du Douglas Institut universitaire en SM (document en annexe). Le déroulement de l'enquête a été fait conformément aux exigences du comité d'éthique. Tous les professionnels de la SM qui ont participé à la recherche ont consenti librement et de façon éclairée, en signant le formulaire de consentement. Tous ont été informés sur le but de la recherche, la confidentialité des données, la participation volontaire et la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude, sans préjudice. Pour assurer l'anonymat des réponses, chaque répondant était identifié par un code.

## 4.6. Plan d'analyse des données

Les principales analyses de l'étude ont été effectuées avec le logiciel SPSS 22.0. Ces analyses peuvent être schématisées de la manière suivante:

- ✓ Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées afin de donner un portrait global des variables à l'étude. La description des variables quantitatives a été faite à l'aide d'une mesure de tendance centrale, soit la moyenne, et d'une mesure de dispersion, soit l'écart type, alors que, pour les variables catégorielles, les distributions de fréquences ont été utilisées. Concrètement, les variables catégorielles ont été présentées sous forme de fréquence relative ou absolue. La moyenne avec l'écart type ou la médiane avec l'écart interquartile ont été utilisées pour la description des variables quantitatives en fonction de leurs distributions (Weiss, 2004);

- ✓ Ensuite, des analyses bivariées (le test du Chi-carrée pour les variables catégorielles et le test t pour les variables continues) ont été réalisées pour vérifier l'association entre chaque VI et la VD;
- ✓ Puis, des analyses multivariées par régressions linaires multiples ont été réalisées pour construire des modèles multivariés pouvant expliquer l'influence des VI sur la VD;
- ✓ Enfin, une analyse typologique (*cluster analysis*) a été réalisée afin de classer les participants dans des groupes aussi homogènes que possibles à l'intérieur et aussi hétérogènes que possibles entre eux (Hair & Black, 2000).

## CHAPITRE 5 : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le présent chapitre rapporte les résultats de la recherche présentés dans trois articles rédigés en anglais, selon le modèle standard exigé des articles scientifiques. Tous les trois articles ont été publiés dans des revues internationales avec arbitrage par les pairs.

Le premier article porte sur l'identification des variables associées à la CIP auprès de professionnels travaillant dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS du Québec. L'originalité de l'article réside dans le fait qu'un grand nombre de variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique du domaine de la santé ont été prises en compte et catégorisées dans un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003). La plupart de ces variables ont été mesurées par des instruments valides. De plus, l'étude prend en compte un large échantillon des professionnels (N=315) œuvrant dans les RLS. Des analyses de régression linéaire bivariée et multivariée ont été effectuées. Cinq variables reliées aux caractéristiques interpersonnelles (le partage des connaissances, l'intégration des connaissances, l'engagement affectif envers l'équipe, le climat d'équipe et l'autonomie de l'équipe), une variable reliée au rôle professionnel (l'identification multifocale) et une autre liée aux caractéristiques personnelles (l'âge) étaient associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM. Les gestionnaires des équipes doivent porter une attention particulière à ces variables afin de promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM et les rendre plus performantes.

Le deuxième article porte sur les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP. L'article vise à identifier les profils spécifiques précités et, le cas échéant, les variables associées pouvant les différencier. L'originalité de l'article réside dans le fait que, l'analyse typologique (*cluster analysis*), fréquemment utilisée dans les autres domaines de SM (utilisation des services et itinérances), a été utilisée pour identifier quatre profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP. Il s'agit de deux profils ayant des grands scores de la CIP, d'un profil ayant des scores moyens de la CIP et d'un autre profil ayant des faibles scores de la CIP. Le soutien organisationnel, la participation à la prise de décisions, la confiance mutuelle, l'engagement affectif envers l'équipe, les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire, le partage des connaissances et l'intégration des connaissances étaient associés aux profils des professionnels ayant des scores élevés de la CIP. Il s'avère donc indispensable que les gestionnaires des équipes encouragent fortement ces qualités professionnelles afin de promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

Enfin, le troisième article porte sur l'identification et la comparaison des variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM selon le contexte de soins de santé, à savoir les soins primaires et les services spécialisés. Ces deux contextes de soins diffèrent considérablement en termes d'activités, de la clientèle desservie, des acteurs impliqués dans les actes des soins, de la composition et du rôle de leurs membres. Cependant, aucune étude antérieure n'a identifié ni comparé les variables associées à la CIP chez les professionnels travaillant dans ces deux types des services respectivement. Deux modèles de régression multivariée ont été réalisés : l'un pour les soins primaires (N=101) et l'autre pour les services spécialisés (N=214). Ces deux modèles ont permis d'identifier les variables associées à la CIP selon

le contexte de soins. Il s'agit du partage des connaissances pour les équipes de soins primaires, du soutien organisationnel et de l'âge pour les services spécialisés. Par ailleurs, l'intégration des connaissances, le climat d'équipe et l'identification multifocale étaient fortement associés à la CIP dans les deux contextes de soins. Ces qualités professionnelles sont à encourager pour promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM afin de les rendre plus efficaces.

## 5.1. Premier article

### **Variables associated with interprofessional collaboration: The case of professionals working in Quebec local mental health service networks**

Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe<sup>1</sup>, François Chiocchio<sup>2</sup>, Jean-Marie Bamvita<sup>3</sup>, Marie-Josée Fleury<sup>3</sup>

1 Department of Management, Evaluation and Health Policy, University de Montréal, School of Public Health, 7101 Parc Avenue, Montreal, Quebec, H3N 1X9, Canada.

2 Telfer School of Management, University of Ottawa, 55 Laurier Avenue East  
Ottawa, Ontario, K1N 6N5, Canada.

3 Department of Psychiatry, McGill University, Douglas Mental Health University Institute Research Centre, 6875 La Salle Boulevard, Montreal, Quebec, H4H 1R3, Canada.

**Publié dans la revue *Journal of Interprofessional Care*, 2018.**

**Keywords:** mental health care, interprofessional collaboration, mental health professional, multiple linear regression, determinants.

**Short Title:** interprofessional collaboration in mental health teams

## Variables associated with interprofessional collaboration: The case of professionals working in Quebec local mental health service networks

Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe, François Chiocchio, Jean-Marie Bamvita & Marie-Josée Fleury

To cite this article: Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe, François Chiocchio, Jean-Marie Bamvita & Marie-Josée Fleury (2018): Variables associated with interprofessional collaboration: The case of professionals working in Quebec local mental health service networks, Journal of Interprofessional Care, DOI: [10.1080/13561820.2018.1515191](https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1515191)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1515191>



Published online: 29 Aug 2018.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 9



View Crossmark data [↗](#)

## **Abstract**

This study identified variables associated with interprofessional collaboration (IPC) among 315 mental health (MH) professionals working in primary health care (PHC) and specialized teams, within four Quebec (Canada) local service networks (LSNs). IPC was measured with a validated scale, and independent variables were organized according to a four-block conceptual framework that included Individual, Interactional, Organizational and Professional Role Characteristics. Bivariate and multiple linear regression analyses were performed. Five variables were associated with Interactional Characteristics (knowledge sharing, knowledge integration, affective commitment toward the team, team climate, team autonomy), and one variable with Professional Role (multifocal identification) and Individual Characteristics (age), respectively. Findings suggest the importance of positive team climate, knowledge sharing and knowledge integration, professional and team identification (multifocal identification), team commitment and autonomy for strengthening IPC in MH teams. These results suggest that team managers should remain alert to behavioral changes and tensions in their teams that could signal possible deterioration in IPC, while promoting IPC competencies, and interdisciplinary values and skills, in team activities and training programs. As well, the encouragement of team commitment on the part of senior professionals, and support toward their younger counterparts, may enhance IPC in teams.

**Keywords:** *mental health care, interprofessional collaboration, mental health professional, multiple linear regression, determinants.*



## **Introduction**

Interprofessional collaboration (IPC) is increasingly promoted for improved patient management in the context of healthcare reforms. IPC is viewed as particularly effective for treatment in chronic care settings, including mental health (MH), and in interdisciplinary work (Mulvale, Embrett, & Razavi, 2016). In the healthcare field, numerous benefits associated with IPC have been reported, producing considerable value for patients, professionals, healthcare organizations and systems (World Health Organization, 2010). Studies report that IPC improves patient health status, treatment compliance and satisfaction with care, while reducing incidences of suicide and clinical errors (Archer et al., 2012; Craven & Bland, 2013). Moreover, IPC has demonstrated enhanced staff satisfaction, and increased performance motivation among employees (Bell, Michalec, & Arenson, 2014). IPC in health systems was also associated with reduced staff turnover, and with lower hospital admission rates, shorter length of stay and lower costs (Dewa, Hoch, Carmen, Guscott, & Anderson, 2009).

While use of IPC has generated positive results, research suggests that the adoption of IPC in organizations has been insufficient and inadequate (Mitchell, Parker, & Giles, 2011). There is a great need for research identifying variables associated with IPC, particularly in MH (Bell et al., 2014; Mulvale et al., 2016), to better understand how IPC may improve team effectiveness. Variables of interest based on frameworks provided in previous research may be classified into four conceptual blocks, including individual, interactional, organizational, and professional role characteristics (Bronstein, 2003; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005; Mulvale et al., 2016). Individual characteristics describe the profile of the person outside of

the team, or organization. Interactional characteristics include relationships among team members, as processes influencing teamwork. Professional role characteristics represent values, experience, and expertise that members bring to teams; while organizational characteristics represent more systemic enabling or hindering factors for IPC. These four blocks are expected to influence IPC in MH teams.

Individual characteristics previously tested for association with IPC include age, sex, seniority in the team, and belief in the benefits of interdisciplinary collaboration, with mixed results for age and sex. Sarma, Devlin, Thind & Chu (2012) found positive associations between age and IPC; professional maturity and seniority on team were also favorable for IPC (Rousseau, Pontbriand, Nadeau & Johnson-Lafleur, 2017). Female physicians collaborated more with nurses, whereas male physicians collaborated more with specialists. Hansson, Arvemo, Marklund, Gedda & Mattsson (2010) found no association between age or sex and IPC. Bell et al. (2014) found a negative link between sex and IPC, demonstrating that a nested hierarchy within the healthcare system favored men over women in terms of IPC. Belief in the benefits of interdisciplinary collaboration, viewed as an “emergent state” to IPC, related positively to IPC in many studies (Deneckere et al., 2011; Bookey-Bassett, Markle-Reid, Mckey, & Akhtar-Danesh, 2017). Specialized or primary health care (PHC) teams consisting of interdisciplinary professionals are viewed as more responsive to patient biopsychosocial needs, and, as such, are increasingly present in MH systems (Fleury et al., 2016a). As well, the increasing incidence of comorbid mental and chronic physical disorders (e.g. diabetes, cardiovascular disorders) and substance use disorders speaks to the need for IPC.

Concerning interactional characteristics, studies have found positive associations between knowledge sharing and IPC (Chiocchio, 2012), and between knowledge integration and IPC (Oandasan & Reeves, 2005; San Martin Rodriguez et al., 2005). Knowledge acquisition and consolidation in team practices are strongly associated with the diversification of skills and reinforcement of competency, promoting both IPC, and better patient outcomes (Korner et al., 2016). Knowledge sharing and implementation are also associated with the use of best practices, several involving IPC (e.g. stepped care, case management), and with good patient outcomes (Wholey et al., 2012). Others studies have found positive associations between IPC and affective commitment toward the team (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010; Caricati et al., 2015), constructive team climate (San Martin Rodriguez et al., 2005; Agreli, Peduzzi, & Bailey, 2017), mutual trust (Gregory & Austin, 2016; Bookey-Bassett et al., 2017), and participation in decision-making (Schroder et al., 2011; Dunn, Cragg, Graham, Medves, & Gaboury, 2013; Mulvale et al., 2016); whereas team conflict poses a major obstacle to IPC (Bagshaw, Lepp, & Zorn, 2007; Mulvale et al., 2016). A constructive team climate, including member involvement, favors better psychological health among employees (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008), and reduces the propensity for conflict (González-Romá, & Hernández, 2014). A number of interventions and tools are increasingly used to promote shared decisions and mutual trust in MH: for example, assertive community treatment programs and individual service plans, which bring together interdisciplinary professionals, foster IPC and improve outcomes (Wholey et al., 2012). Conflict, defined as incompatible views and desires, may be related to relationships among team members, tasks, or task processes (i.e. how to accomplish tasks). Relationship conflict is usually evaluated as highly negative for IPC, whereas task or task process conflict may be positive

depending on the issue at hand (Jehn & Mannix, 2001). Finally, while Langfred (2005) found positive associations between team autonomy and IPC, other studies revealed that highly autonomy may affect teams adversely, even promoting team ineffectiveness (Cohen & Bailey, 1997; Lanaj, Chang, & Johnson, 2012). Yet there are also benefits to team autonomy such as flexibility, greater productivity, creativity, collective decision-making, skill sharing, and member cohesion (Cohen & Bailey, 1997; Parker & Williams, 2001).

Regarding organizational features, studies have shown that organizational support is positively related to IPC (Xyrichis & Lowton, 2008; Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg, 2014; Bookey-Bassett et al., 2017), impacting on staff turnover (Tymon, Stephen, Stumpf, & Smith, 2011), employee job satisfaction and performance (Nadiri & Tanova, 2010). Aspects of organizational support including favorable organizational settings, team resources, clarity around rules and procedures, organizational rewards, and information-sharing systems promote IPC (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Another organizational feature, team size, has also been studied with mixed results (Xyrichis & Lowton, 2008; Mulvale et al., 2016). Large teams may be more prone to conflict, allow less involvement in decision-making, and promote a team climate conducive to staff turnover, all of which are negatively associated with IPC; whereas, smaller teams may lack sufficient staff to provide sufficiently diversified knowledge, skills or experience for meeting the biopsychosocial needs of patients. Some studies found no association between team size and IPC (Poulton & West, 1999).

Type of profession and multifocal identification, described as the simultaneous identification of professionals with team and profession, are role characteristics studied in

relation to IPC. Certain professional values and cultures can become a source of conflict in health teams, reducing the effectiveness of IPC (Hudon, 2009; O'Leary, Sehgal, Terrell, Williams & High Performance Teams and the Hospital of the Future Project Team, 2012); whereas other health professions promote a mind-set conducive to IPC (Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2013). Similarly, certain professionals are trained to work in silo (Chiocchio, Lebel & Dubé, 2016), but others in a more interdisciplinary mode. As for multifocal identification, several studies revealed that team identification created a sense of unity and promoted IPC (Kramer, 2006; Van Dick, Van Knippenberg, Van Kerschreiter, Hertel, & Wieseke, 2008). By contrast, professional identification was identified elsewhere as negatively related to IPC. Some professions endorse the exclusivity of their field, to obtain rewards and recognition, which hinders IPC (Wakerhausen, 2009; McNeil, Mitchell, & Parker, 2013). Overall, specialization and training have tended to produce fragmentary patient care (Xyrichis & Lowton, 2008). However, very few studies have measured the impact of both team and professional identification (multifocal identification) on IPC.

While healthcare research suggests that many variables may influence IPC, very few empirical studies, particularly in the MH field, have quantitatively investigated the associated variables. Most research to date is based on conceptual models, qualitative investigations, or quantitative descriptive findings with respect to individual or team-level variables related to IPC (Mulvale et al., 2016; O'Leary et al., 2012). To the best of our knowledge, no studies have highlighted variables associated with IPC among professionals working in MH teams located in local service networks (LSNs), whether in PHC or specialized services. Most studies on IPC in the MH field were conducted in the PHC context, and mainly focused on shared or collaborative care, whereby psychiatrists support general practitioners in treating patients with mental disorders

(MD) (Craven & Bland, 2006; Kates et al., 2011). Moreover, previous studies have limited their investigations to small numbers of independent variables. Thus, the present study aims to address these gaps. A conceptual framework was elaborated for testing variables associated with IPC, based on Bronstein (2003), San Martin Rodriguez et al. (2005) and Mulvale et al. (2016), and including the four blocks identified earlier: Individual Characteristics, Interactional Characteristics, Organizational Features, and Professional Role Characteristics. Consistent with the previous IPC literature, we hypothesized that Interactional Characteristics and Organizational Features would be the blocks, or variables, with the strongest relationships to IPC.

## **Methods**

### **Study design and sample**

This research was part of a broader study evaluating the implementation of LSNs in the context of the 2005-2015 Quebec mental health reform (Fleury et al., 2016a; Fleury, Grenier, Vallée, Aubé, & Farand, 2016b). The Quebec MH Action Plan, which aimed to more effectively address the complex needs of patients with MDs, was developed and implemented by the Ministry of Health and Social Services between 2005 and 2015 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2005). Among other measures, the MH Plan aimed to consolidate frontline services by establishing interdisciplinary MH teams, and promoting IPC in service delivery (MSSS, 2005). Interdisciplinary MH teams typically include psychiatrists, nurses, psychologists, social workers, psycho-educators and general practitioners.

This cross-sectional study included MH professionals from four Quebec LSNs, which consist of organizations and professionals providing health and social services to territorial

populations (MSSS, 2012). The four LSNs in this study were identified in consultation with a research advisory committee composed of 20 Quebec MH decision makers (e.g. the Ministerial MH director, regional MH coordinators, a representative of the Quebec Psychiatric Association) who completed a survey. The networks for study were selected based on geographic diversity (urban or semi-urban areas), population (ranging from 135,000 to 300,000 inhabitants), and services offered (e.g., presence or absence of a public psychiatric hospital in the network). The LSNs were divided into two broad groups: LSNs located in densely populated urban areas, with specialized psychiatric services (N= 3); and LSNs located in less populated, semi-urban areas, without psychiatric services (N=1).

To qualify for the study, MH professionals had to be working in one of the four selected LSNs, as members of either a public specialized service team or a PHC-MH team composed of at least three professionals representing two or more disciplines. A list of all MH professionals working in these teams was provided by the advisory committee. All potential study participants were contacted by email or telephone and invited to the study. Presentations by researchers were also organized in various organizations to inform, and recruit, potential participants.

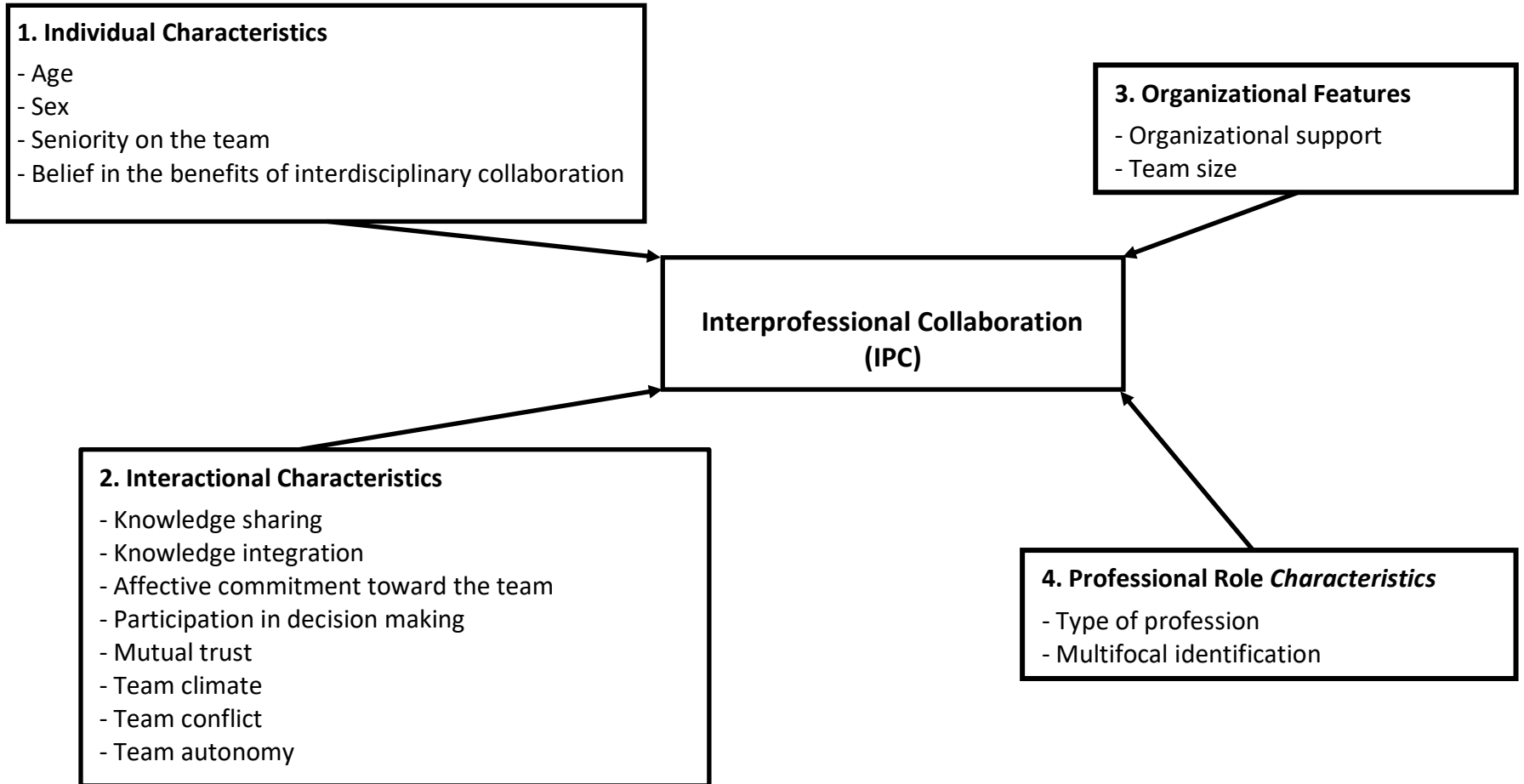
### **Data collection and variables**

A total of 466 MH professionals working in MH teams across the four LSNs were invited to the study. Data collection involved the mailing of self-administered questionnaires to study participants, who completed and returned them between May 2013 and November 2014. The questionnaire, which took approximately 45 minutes to complete, included sociodemographic information and standardized scales related to diverse aspects of teamwork. **Figure 1** presents

the conceptual framework for the study based on Bronstein (2003), San Martin Rodriguez et al. (2005), and Mulvale et al. (2016), and describes the dependent variable (DV) for the study, as well as independent variables (IVs).



**Figure 1. Conceptual framework**



**Table 1** presents the instruments used in the study according to variables in the conceptual framework. IPC, the DV, was measured using the Team Collaboration Questionnaire which is a validated instrument based on a 7-point Likert scale (1=completely disagree; 7=completely agree). There were 14 items divided into four sub-dimensions: team communication (5 items), synchronization (3 items), explicit coordination (3 items) and implicit coordination (3 items). The IVs were organized according to the four blocks of the conceptual framework: 1) Individual Characteristics (4 variables) 2) Interactional Characteristics (8 variables), 3) Organizational Features (2 variables), and 4) Professional Role Characteristics (2 variables). All variables related to Interactional Characteristics, one variable related to Individual Characteristics (belief in the benefits of interdisciplinary collaboration), one related to Organizational Features (organizational support), and one on Professional Role Characteristics (multifocal identification) were measured with validated instruments using a 7-point Likert scales. The variable on type of professional (Professional Role Characteristics) was categorized according to medical (e.g. specialist, general practitioner, pharmacist), nursing, psychosocial (e.g. social worker, psychologist) and general workers (e.g. technician, clerk, other).

**Table 1. Variables and instruments used in the study**

<b>Blocks of variables</b>	<b>Variables</b>	<b>Instruments</b>	
<b>1) Independents variables (IV):</b>			
<b>Individual Characteristics</b>	1	Age	Research team socio-demographic questionnaire.
	2	Gender	Research team socio-demographic questionnaire.
	3	Belief in the benefits of interdisciplinary collaboration	Five-item scale; Cronbach alpha ( $\alpha$ ): 0.92; Range: 5-35 (Sicotte, D'Amour & Moreault., 2002).
	4	Seniority on the team	Research team socio-demographic questionnaire.
<b>Interactional Characteristics</b>	5	Knowledge sharing	Five-item scale; $\alpha$ : 0.93; Range: 5-35 (Bock, Zmud, Kim & Lee, 2005).
	6	Knowledge integration	Nine-item scale; $\alpha$ : 0.95; Range: 9-63 (Song & Xies, 2000).
	7	Affective commitment toward the team	Four-item scale; $\alpha$ : 0.86-0.92; Range: 4-28 (Allen & Meyer, 1990).
	8	Participation in decision-making	Three-item scale; $\alpha$ : 0.88; Range: 3-21 (Campion, Medsker & Higgs, 1993).
	9	Mutual trust	Four-item scale; $\alpha$ : 0.90; Range: 4-28 (Simons & Peterson, 2000).
	10	Team climate	Nineteen-item scale; $\alpha$ : 0.60 - 0.84; Range: 19-133 (Anderson & West, 1998).
	11	Team conflict	Nine-item scale; $\alpha$ : 0.93-0.94; Range: 9-63 (Jehn & Mannix, 2001).
	12	Team autonomy	Three-item scale; $\alpha$ : 0.76; Range: 3-21 (Campion, Medsker & Higgs, 1993).
<b>Organizational Features</b>	13	Organizational support	Four-item scale; $\alpha$ : 0.84-0.85; Range: 4-28 (Spreitzer, 1996).
	14	Team size	Research team socio-demographic questionnaire.
<b>Professional Role Characteristics</b>	15	Type of profession	Research team socio-demographic questionnaire.
	16	Multifocal identification	Twelve-item scale; Cronbach alpha ( $\alpha$ ): 0.65; Range: 12-84 (Van Dick, Wagner, Stellmacher & Christ, 2004).
<b>2) Dependent variable (DV):</b>	Interprofessionnal collaboration (IPC)	Fourteen-item scale in four sub-dimensions: communication (5 items); synchronization (3 items), explicit coordination (3 items); implicit coordination (3 items); $\alpha$ : 0.77 -0.91; Range: 14-98 (Chiocchio, Grenier, O'Neil, Savaria & Willms,2012).	

## Analysis

After scrutinizing the database for outliers and missing values, univariate, bivariate and multivariate analyses were performed. Univariate analyses included frequency distributions

(number and percentage) for categorical variables and central tendency measurements (mean, standard deviation) for continuous variables. Bivariate analyses included t-test ANOVA to assess associations between each IV and the DV, using an alpha value of 0.10. Variables significantly associated with the DV in the bivariate analyses were used to build multiple linear regression models, using the backward elimination method, with alpha set at 0.05. The total variance explained (adjusted  $R^2$ ) and the goodness of fit (F-test and p value) were calculated for the multiple regression model.

### **Ethical considerations**

The research ethics board of the Douglas Mental Health University Institute approved the multi-site study protocol (MP-IUSMD-11-037). After a detailed explanation of the study, participants signed consent forms.

### **Results**

Of the 466 MH professionals invited to participate, 315 professionals (68%) working in 79 MH teams (31 PHC teams and 48 specialized services teams) were recruited. No significant differences were found between participants and non-participants with respect to distributions for sex [ $\chi^2$  (1, N=466)=0.03; p=0.87] and team type (primary versus specialized healthcare services) [ $\chi^2$  (1, N=466)=0.79; p=0.68]. The mean age of study participants was 43 years (SD=10.5). Most participants were psychosocial professionals (55%); while the rest were nurses (30%), general professionals (11%) and medical professionals (5%). Women outnumbered men (70:30%). Most participants worked in outpatient specialized settings (56%), while others worked in PHC (32%), or in specialized inpatient settings (12%). Participant characteristics are presented in **Table 2**, as

well as variables showing significant bivariate associations with the DV.

**Table 2. Participant characteristics and unadjusted associations with interprofessional collaboration-IPC (N=315)**

Blocks of variables	Variables	Distribution		Bivariate analyses	
		n/Mean	%/SD	Standardized Beta	P
<b>1. Individual Characteristics</b>	Age (Mean/SD)	43.3	10.5	-.151	< .001
	Sex (n/%)				
	Female	219	69.5		
	Male	96	30.5		
	Seniority on the team (Mean/SD)	3.06	4.62		
	Belief in the benefits of interdisciplinary collaboration score <sup>a</sup> (Mean/SD)	6.2	0.7	.351	< .001
<b>2. Interactional Characteristics</b>	Knowledge sharing score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.7	0.9	.429	< .001
	Knowledge integration score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.3	1.1	.654	< .001
	Affective commitment toward the team score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.9	1.2	.497	< .001
	Participation in decision-making score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.0	1.3	.461	< .001
	Mutual trust score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.2	1.2	.425	< .001
	Team climate score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.1	3.4	.696	< .001
	Team conflict score <sup>b</sup> (Mean/SD)	3.0	2.9	.425	< .001
	Team autonomy score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.9	1.3	.309	< .001
<b>3. Organizational Features</b>	Team size (Mean/SD)	8.0	3.5		
	Organizational support score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.8	1.2	.428	< .001
<b>4. Professional Role Characteristics</b>	Type of profession (n/%)				
	Medical professions	15	4.8		
	Nursing professions	94	29.8		
	Psychosocial professions	172	54.6		
	General Professions	34	10.8		
	Multifocal identification score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.2	2.6	.493	< .001

<sup>a</sup> Mean score (1 to 7 for each variable); min: 1, max: 7; higher = positive.

<sup>b</sup> Mean score (1 to 7 for nineteen variables); min: 1, max: 7; lower = positive.

The multiple linear regression model is presented in **Table 3**. Four variables were independently and positively associated with IPC, including three related to Interactional Characteristics

(knowledge sharing, knowledge integration and team climate) and one related to Professional Role Characteristics (multifocal identification). Three additional variables were marginally associated with IPC, two positively among the Interactional Characteristics (affective commitment toward the team, team autonomy), and one negatively from the Individual Characteristics (age). The model explained 59% of the total variance (adjusted R<sup>2</sup>) and had acceptable goodness-of-fit.

**Table 3. Variables independently associated with interprofessional collaboration (IPC):**

**Multiple linear regression**

Linear regression models		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
					LB	UB	Tolerance	VIF
Total sample (N=315)	(Constant)		.269	.788	-2.523	3.321		
<b>Individual Characteristics</b>	Age (Mean/SD)	-.095	-2.583	.010	-.061	-.008	.970	1.022
	Knowledge sharing score	.114	2.757	.006	.140	.837	.766	1.305
	Knowledge integration score	.266	5.196	.001	.562	1.248	.501	1.995
<b>Interactional Characteristics</b>	Affective commitment toward the team score	.080	1.736	.084	-.033	.531	.622	1.609
	Team climate score	.347	6.076	.001	.265	.519	.403	2.481
	Team autonomy score	.076	1.942	.053	-.003	.466	.859	1.164
<b>Professional Role Characteristics</b>	Multifocal identification score	.111	2.523	.012	.036	.292	.677	1.477

Adjusted R<sup>2</sup>: 0.59; Goodness of fit–F: 64.851 P < 0.001

**Discussion**

The study results partially confirmed the hypotheses. Most IPC associated variables were included in Interactional Characteristics; that is, 5 out of the 7 variables were significantly (N=3) or marginally (N=2) associated with IPC. However, organizational support (Organizational Features) was not associated with IPC in the final model. It may be that Interactional Characteristics were related to the more proximal team process characteristics, outweighing the effects of organizational features, which were more distal in terms of the chain of links with IPC. Concerning the other two variables, multifocal identification (Professional Role Characteristics) was significantly associated, and age (Individual Characteristics) marginally negatively associated, with IPC.

Team climate (Interactional Characteristics) was the variable most positively related to IPC in the model. This finding corresponds to previous studies showing the importance of a positive climate for enabling IPC (San Martin Rodriguez et al., 2005; Agreli et al., 2017). Climate encompasses employee perceptions of their work environment, including how well they feel they are treated (Parker et al., 2003). Deterioration of the working climate threatens the quality of working life among employees as well as the quality of patient care (Shields & Wilkins, 2006). A positive climate may imply adherence among team members toward team objectives and tasks, while greater consensus also implies greater effectiveness in IPC (Jehn & Mannix, 2001). Positive team climate is particularly important in MH where stress tends to be elevated among professionals dealing with patients in crisis, e.g. patients presenting with suicidal ideation, and others who are homeless, or experiencing multiple unmet needs.

The finding that knowledge sharing (Interactional Characteristics) were highly associated

with IPC parallels a number of studies where it was observed that collaboration cannot occur without knowledge sharing among team members (Chiocchio, Grenier, O'Neill, Savaria & Willms, 2012; Lindh Falk, Hopwood, & Abrandt Dahlgren, 2017). In addition, San Martin Rodriguez et al. (2005) and Oandasan & Reeves (2005) demonstrated that IPC would be limited without knowledge integration from different disciplines, and the expert involvement of each professional. Teamwork in MH has a long history, for example in emergency and intensive care services (Manser, 2009). Psychiatrists and other psychosocial professionals working in specialized services were encouraged early on to share and integrate knowledge for a better response to patients affected by severe MDs (e.g. schizophrenia, bipolar disorders), as well as complex and recurring medical and social problems (Wholey et al., 2012). Trends toward teamwork are more recent in PHC. However, given the increasing recognition that common MDs (e.g. depression, anxiety) are chronic conditions for most patients (Wagner et al., 2001), treatment often involves the prescription of medications by general practitioners, provision of psychotherapy by psychologists, and other types of follow-up by case managers (Katon, 2012; Upshur & Weinreb, 2008). In both specialized and primary care, interventions are also increasingly promoted as best-practices involving IPC and imply a high degree of knowledge sharing and integration in the form of case management and shared-care (Fleury et al., 2016a).

Affective commitment toward the team and team autonomy (Interactional Characteristics) were also identified as positively, but marginally, related to IPC. Consistent with our results, the literature demonstrates that collaboration among team members rarely succeeds without a strong sense of commitment (Reeves et al., 2010, Caricati et al., 2015). Teamwork in MH often sustains case discussions around complex cases, which is only one example where team



effectiveness depends on strong relationships within the team. Affective commitment toward the team was also associated with job satisfaction, and with team performance in related studies on ICP (Fleury et al., 2017ab). As for team autonomy, our findings confirm that autonomy is beneficial in both PHC and in specialized MH care for the management of patients with MDs, and likely more so in complex cases. Greater team autonomy allows the possibility to provide interventions more related to tasks and work activities, and to manage team problems more efficiently (Cohen & Ledford, 1994; Stewart, 2006). A highly autonomous team is likely to make better use of existing knowledge, and to learn new skills at a faster pace, resulting in better performance (Langfred, 2005; Van Mierlo, Rutte, Vermut, Kompier, & Doorewaard, 2007).

Regarding Professional Role Characteristics, our findings supported the assumption that a higher level of multifocal identification would be positively associated with IPC (Kramer, 2006; Van Dick, Wagner, Stellmacher & Christ, 2004). The exercise and validation of professional identification among team members was experienced as a great source of satisfaction and motivation for workers who felt valued by other team members (Lortie, Denis, & Bilodeau, 2005). Indeed, given that each team member brought a particular disciplinary ethos to the team, the exercise of one's profession and validation of professional identification in the interdisciplinary team context was a great source of satisfaction and motivation for workers whose professional competencies and skills were valued by other team members (Lortie et al., 2005). At the same time, team identity, or how team members experienced "oneness with or belongingness to" the team, helped multidisciplinary team members face multiple issues including those related to patient needs (Van der Vegt & Bunderson, 2005). Despite the potential benefits of strong professional identification, Mitchell et al. (2011) found that teams tended to succeed when team

identification was strong enough to moderate individual professional identities.

Finally, there was a marginal association between younger age and IPC; whereas previous studies demonstrated mix results related to age and IPC. The fact that highly diverse teams, professions, and organizations were investigated in previous studies (Sarma et al., 2012; Hansson et al., 2010) may account for these results. The association between younger professionals and higher ICP seems related to work experience: that is, a lack of experience may have led younger professionals needing validation for their interventions to work more collaboratively with other team members. We may also suppose that newcomers fresh from graduate schools may have been more amenable to ICP than their older peers. In addition, younger professionals may be more open to innovations generally, and to the integration of new knowledge, including the adoption of best practices and IPC. This supportive context would also favor a reduction in treatment errors among younger professionals (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013).

Despite some important findings, the study results contain certain limitations, and should be interpreted with caution. First, the study used a cross-sectional design; that is, IPC and associated variables were measured at one point in time, which suggests that the data cannot be used to infer cause and effect. Second, some variables identified in earlier ICP research (e.g. leadership, power balance in the team, and team culture) were not investigated in this study (Xyrichis & Lowton, 2008; Körner et al., 2016). Finally, the results may not be generalizable to jurisdictions with divergent healthcare systems, or to fields other than MH. Further studies are needed in other healthcare contexts to replicate our results.

## **Conclusion**

This study was original in testing multiple variables from the literature for relationships to IPC. As well, the study included a large sample of professionals working in diversified LSNs composed of PHC and specialized MH teams. The results confirmed that Interactional Characteristics contributed the most to IPC, followed by Professional Role Characteristics. There were strong associations between IPC and: team climate, knowledge sharing, knowledge integration and multifocal identification. These findings suggest the need to promote a positive team climate, knowledge sharing and integration, as well as to encourage both professional and team identification (multifocal identification) among MH professionals working in a team context. Affective commitment toward the team, team autonomy and younger age of professionals were also found to support IPC, but to a lesser degree. Managers in MH teams have an important role to play in supporting IPC. Certainly, individual team members contributed to the maintenance or deterioration of IPC; yet managers set the tone. Therefore, we recommend that MH managers plan and implement collective development mechanisms and activities that may enable the strengthening of IPC within MH teams. They should also remain alert to behavioral changes and signs of tension that may signal deterioration in IPC within their teams. Furthermore, IPC requires the development of specific knowledge and skills not usually addressed in training programs for MH professionals. Accordingly, targeted training programs for MH professionals are needed in order to promote and improve interprofessional knowledge, IPC competencies and team autonomy, as well as affective commitment toward the team, and interdisciplinary values and skills including best-practices that enhance the mutual benefit of MH professionals and patients. Finally, senior professionals should encourage team commitment and support among their younger counterparts.

## **Acknowledgments**

We thank everyone who participated in the research. We are especially grateful to Dr. Guy Grenier and Dr. Judith Sabetti for their assistance.

## **Declaration of conflicting interests**

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

## References

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Bailey, C. (2017). The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care, 31*(2), 184–186. doi:10.1080/13561820.2016.1261098.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration, 38*(5), 223-229.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology, 63*(1), 1-18.
- Anderson, N. B., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *J of Organizational Behavior, 19*(3), 235-258.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*. Art. No.: CD006525. DOI: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- Bagshaw, D., Lepp, M., & Zorn, C.R. (2007). International research collaboration: Building teams and managing conflicts. *Conflict Resolution Quarterly, 24*(4), 433-446.

- Bell, A., Michalec, B., & Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *Journal of Interprofessional Care, 28*(2), 98-102  
doi:10.3109/13561820.2013.851073.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). [The contribution of nursing science to interprofessional knowledge development]. *Recherche en soins infirmiers, 113*, 43-50.
- Bock, G. W., Zmud, R. W., Kim, Y.-G., & Lee, J.-N. (2005). Behavioral Intention Formation in Knowledge Sharing: Examining the Roles of Extrinsic Motivators, Social-Psychological Forces, and Organizational Climate. *MIS Quarterly, 29*(1), 87-111.
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., Mckey, C. A., & Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 73*(1), 71–84. doi: 10.1111/jan.13162.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work, 48*(3), 297-306.
- Campion, M. A., Medsker, G. J., & Higgs, A. C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology, 46*(4), 823-847. doi: 10.1111/peps.1993.46.issue-4.
- Caricati, L., Guberti, M., Borgognoni, P., Prandi, C., Spaggiari, I., Vezzani, E., Lemmi, M. (2015). The role of professional and team commitment in nurse–physician collaboration: A dual identity model perspective. *Journal of Interprofessional Care, 29*(5), 464–468.

- Chiocchio, F., (2012). *Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé - Cadre conceptuel et inventaire de mesures*. Université de Montréal: Québec, Canada. doi: 10.3109/13561820.2015.1016603.
- Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T. A., Savaria, K., & Willms, J. D. (2012). The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams. *Journal of Project Organisation and Management*, 4(1), 1-37. doi:10.1504/IJPOM.2012.045362.
- Chiocchio, F., Lebel, P., & Dubé, J. N. (2016). Informational role self-efficacy: a validation in interprofessional collaboration contexts involving healthcare service and project teams. *BMC Health Services Research*, 16: 153.
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of management*, 23(3), 239-290. doi: 10.1177/014920639702300303.
- Cohen, S. G., & Ledford, G. E. (1994). The effectiveness of self-managing teams: A quasi experiment. *Human Relations*, 47(1), 13-43.
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 11(1), 57. doi: 10.1186/1478-4491-11-57.
- Craven, M., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6 Suppl 1), 7S-72S.

Craven, M.A., & Bland, R. (2013). Depression in primary care: Current and future challenges. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*(8), 442-48.

Deneckere, S., Robyns, N., Vanhaecht, K., Euwema, M., Panella, M., Lodewijckx, C. Sermeus, W. & EQCP-study group. (2011). Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: result of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions, 34*(3), 258-277. doi: 10.1177/0163278710393736.

Dewa, C.S., Hoch, J.S., Carmen, G., Guscott, R. & Anderson, C. (2009). Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(6), 379-388.

Dunn, S., Cragg, B., Graham, I. D., Medves, J., & Gaboury, I. (2013). Interprofessional shared decision making in the NICU: a survey of an interprofessional healthcare team. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, 3*(1), 63-77.

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita J. M., & Chiochio, F. (2017a). Variables associated with perceived work role performance among professionals in multidisciplinary mental health teams overall and in primary care and specialized service teams respectively, *Evaluation & the Health Professions, Jan* (1): 163278717734282. doi: 10.1177/0163278717734282. [Epub ahead of print].



- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita J. M., & Chiochio, F. (2017b). Associated and mediating variables related to job satisfaction among professionals from mental health teams. *Psychiatric Quarterly*, Oct 3. doi: 10.1007/s11126-017-9543-6. [Epub ahead of print].
- Fleury, M. J., Grenier, G., Vallée, C., Aubé, D., Farand, L, Bamvita J. M., & Cyr, G. (2016a). Implementation of the Quebec mental health reform (2005-2015). *BMC Health Services Research*, 16(1), 586.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Vallée, C., & Farand, L (2016b). Implementation of Integrated Service Networks under the Quebec mental health reform: facilitators and barriers associated with different territorial profiles. *International Journal of Integrated Care*, 17(1), 3.
- González-Romá, V., & Hernández, A. (2014). Climate uniformity: its influence on team communication quality, task conflict, and team performance. *Journal of Applied Psychology*, 99(6), 1042-1058. doi: 10.1037/a0037868.
- Gregory, P., Austin, Z. (2016). Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Canadian Pharmacists Journal*, 149(4), 236-245.
- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (2010). Working together-- primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85. doi:10.1177/1403494809347405.
- Hudon, R. (2009). Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. *Recherches sociographiques*, 50(2), 321-344.

- Jehn, K. A., & Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management J*, 44(2), 238-251.
- Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., & Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-10.
- Katon W. (2012). Collaborative depression care models: from development to dissemination. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012; 42(5), 550-552.
- Körner, M., Butof, S., Muller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 15-28. doi: 10.3109/13561820.2015.1051616.
- Kramer, R. M. (2006). Social capital and cooperative behavior in the workplace: A social identity perspective. *Advances in Group Processes*, 23, 1-30.
- Lanaj, K., Chang, C. H., & Johnson, R. E. (2012). Regulatory focus and work-related outcomes: a review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 998-1034.
- Langfred, C. W. (2005). Autonomy and performance in teams: The multilevel moderating effect of task interdependence. *Journal of Management*, 31(4), 513-529.
- Lindh Falk, A., Hopwood, N., & Abrandt Dahlgren, M. (2017). Unfolding practices: A sociomaterial view of interprofessional collaboration in health care. *Professions and Professionalism* 7(2). doi: 10.7577/pp.1699.

- Lortie, M., Denis, D., Lapointe, C., Mayer, F., & Bilodeau, H. (2005). Caractéristiques disciplinaires et échanges en santé au travail : perception et point de vue des chercheurs. *PISTES*, 7(2),1-20.
- Manser, T. (2009) Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 53(2), 143-151.
- McNeil, K. A., Mitchell, R. J., & Parker, V. (2013). *Interprofessional practice and professional identity threat. Health Sociology Review*, 22(3), 291–307.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). Évaluation de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mitchell, R. J., Parker, V., & Giles, M. (2011). When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations*, 64(10), 1321-1343.
- Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17, 83. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>.

- Nadiri H. & Tanova C. (2010). An investigation of the role of justice in turnover intentions, job satisfaction, and organizational citizenship behavior in hospitality industry. *International Journal of Hospitality Management*, 29(1), 33–41.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part I: the learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl 1), 21-38.
- O'Leary, K. J., Sehgal, N. L., Terrell G., Williams M. V. & 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.
- Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J., Altmann, R., LaCost, H., & Roberts, J. E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24(4), 389-416.
- Parker, S. & Williams, H. (2001). *Effective teamworking: Reducing the psychosocial risks*. Norwich: HSE Books.
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1142-1152. [doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001)
- Poulton, B. C., & West, M. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1):7-18.

- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester, UK: Blackwell.
- Rousseau, C., Pontbriand, A., Nadeau, L., & Johnson-Lafleur, J. (2017). Perception of Interprofessional Collaboration and Co-Location of Specialists and Primary Care Teams in Youth Mental Health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 198-204.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supl 1), 132-147.
- Sarma, S., Devlin, R.A., Thind, A., & Chu, M. K. (2012). Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Social Science & Medicine*, 75(10), 1811-1819.
- Schroder, C., Medves, J., Paterson, M., Byrnes, V., Chapman, C., O'Riordan, A., ... Kelly, C. (2011). Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 189-195.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, Canada.
- Sicotte, C., D'Amour, D., Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science and Medicine*, 55(6), 991-1003. doi:10.1016/S0277-9536(01)00232-5.

- Simons, T. L., & Peterson, R. S. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: The pivotal role of intragroup trust. *Journal of Applied Psychology, 85*(1), 102-111.
- Song, M., & Xie, J. (2000). Does innovativeness moderate the relationship between cross-functional integration and product performance? *Journal of International Marketing, 8*(4), 61-89.
- Spreitzer, G. (1996). Social Structural Characteristics of Psychological Empowerment. *Academy of Management Journal, 39*(2), 483-504.
- Stewart, G. L. (2006). A meta-analytic review of relationships between team design features and team performance. *Journal of Management, 32*(1), 29-55.
- Tymon W. G., Stephen J., Stumpf, S. A. & Smith R. R. (2011). Manager support predicts turnover of professionals in India. *Career Development International, 16*(3), 293–312.
- Upshur, C., & Weinreb, L. (2008). A survey of primary care provider attitudes and behaviors regarding treatment of adult depression: what changes after a collaborative care intervention? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 10*(3), 182-186.
- Van der Vegt, G., & Bunderson, J. (2005). Learning and performance in multidisciplinary teams: The importance of collective team identification. *AMJ, 48*(3), 532-547.

- Van Dick, R., Van Knippeberg, D., Van Kerschreiter, R., Hertel, G., & Wieseke, J. (2008). Interactive effects of work group and organizational identification on job satisfaction and extra-role behaviour. *Journal of Vocational Behavior*, 72(3), 388–399.
- Van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J., & Christ, O. (2004). The utility of a broader conceptualization of organizational identification: which aspects really matter? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(2), 171-191.
- Van Mierlo, H., Rutte, C., Vermunt, J., Kompier, M., & Doorewaard, J. (2007). A multi-level mediation model of relationships between team autonomy, individual task design and psychological well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80(4), 647-664.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001), Improving chronic illness care: Translating evidence into action, *Health Affairs*, 20, 64-78.
- Wakerhausen, S. (2009). *Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. Journal of Interprofessional Care* 23(5), 455-473.
- Wholey, D. R., Zhu, X., Knoke, D., Shah, P., Zellmer-Bruhn, M., & Witheridge, T. F. (2012). The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. *Psychiatric Services* 63(11), 1108-1117. doi: 10.1176/appi.ps.201100338.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: Health Professions Networks Nursing and Midwifery Office, Human Resources for Health.

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional team-working in primary and community care? A literature reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (1), 140-53.



## 5.2. Deuxième article

### **Profiling mental health professionals in relation to perceived interprofessional collaboration**

Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe<sup>1</sup>, François Chiocchio<sup>2</sup>, Jean-Marie Bamvita<sup>3</sup>, Marie-Josée Fleury<sup>3</sup>

1 Department of Management, Evaluation and Health Policy, University de Montréal, School of Public Health, 7101 Parc Avenue, Montreal, Quebec, H3N 1X9, Canada.

2 Telfer School of Management, University of Ottawa, 55 Laurier Avenue East  
Ottawa, Ontario, K1N 6N5, Canada.

3 Department of Psychiatry, McGill University, Douglas Mental Health University Institute Research Centre, 6875 La Salle Boulevard, Montreal, Quebec, H4H 1R3, Canada.


**Publié dans la revue *SAGE Open Medecine*, 2019.**

**Keywords:** mental health care, interprofessional collaboration, mental health professional, multiple linear regression, determinants.

**Short Title:** interprofessional collaboration in mental health teams

# Profiling mental health professionals in relation to perceived interprofessional collaboration on teams

Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe<sup>1</sup>, François Chiocchio<sup>2</sup>,  
Jean-Marie Bamvita<sup>3</sup> and Marie-Josée Fleury<sup>4</sup> 

SAGE Open Medicine  
Volume 7: 1–10  
© The Author(s) 2019  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/2050312119841467  
journals.sagepub.com/home/smo  


## Abstract

**Objectives:** This study aims at identifying profiles of mental health professionals based on individual, interactional, structural and professional role characteristics related to interprofessional collaboration.

**Methods:** Mental health professionals ( $N=315$ ) working in primary health care and specialized mental health teams in four Quebec local service networks completed a self-administered questionnaire eliciting information on individual, interactional, structural and professional role characteristics.

**Results:** Cluster analysis identified four profiles of mental health professionals. Those with the highest interprofessional collaboration scores comprised two profiles labeled “highly collaborative female professionals with fewer conflicts and more knowledge sharing and integration” and “highly collaborative male professionals with fewer conflicts, more participation in decision-making and mutual trust.” By contrast, the profile labeled “slightly collaborative professionals with high seniority, many conflicts and less knowledge integration and mutual trust” had the lowest interprofessional collaboration score. Another profile positioned between these groups was identified as “moderately collaborative female psychosocial professionals with less participation in decision-making.”

**Discussion and conclusion:** Organizational support, participation in decision-making, knowledge sharing, knowledge integration, mutual trust, affective commitment toward the team, professional diversity and belief in the benefits of interdisciplinary collaboration were features associated with profiles where perceived interprofessional collaboration was higher. These team qualities should be strongly encouraged by mental health managers for improving interprofessional collaboration. Training is also needed to promote improvement in interprofessional collaboration competencies.

## Keywords

Interprofessional collaboration, mental health professional, cluster analysis, mental health teams

Date received: 7 September 2018; accepted: 12 March 2019

## Introduction

Interprofessional collaboration (IPC) has benefits for patients, mental health (MH) professionals, health care organizations and health systems alike.<sup>1,2</sup> Good collaboration among mental health professionals (MHPs) has been found to reduce clinical errors, improve patient health status and enhance the quality of patient care, while leading to better patient treatment compliance and enhanced satisfaction.<sup>2–4</sup> IPC also increases work satisfaction and motivation among professionals, while reducing tensions and promoting problem solving in health care teams.<sup>1,5,6</sup> IPC is known to reduce duplication of services, fragmentation of care and staff turnover while favoring positive work environments.<sup>4,7</sup>

<sup>1</sup>Department of Management, Evaluation and Health Policy, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

<sup>2</sup>Telfer School of Management, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada

<sup>3</sup>Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montreal, QC, Canada

<sup>4</sup>Department of Psychiatry, McGill University, Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, Montreal, QC, Canada

### Corresponding author:

Marie-Josée Fleury, Department of Psychiatry, McGill University, Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, 6875 La Salle Blvd, Montreal, QC H4H 1R3, Canada.  
Email: fleumar@douglas.mcgill.ca



Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

**Abstract:**

**Objectives:** This study aims at identifying variables and profiles of mental health (MH) professionals towards interprofessional collaboration (IPC).

**Methods:** MH Professionals (N = 315) working in primary health care (PHC) and specialized MH teams in four Quebec local service networks completed a self-administered questionnaire eliciting information on individual, interactional, structural, and professional role characteristics.

**Results:** Cluster analysis identified four profiles of MH professionals. Those with the highest IPC scores comprised two profiles labelled *“highly collaborative female professionals with fewer conflicts and more knowledge sharing and integration”* and *“highly collaborative male professionals with fewer conflicts, more participation in decision-making and mutual trust”*. By contrast, the profile labelled *“slightly collaborative professionals with high seniority, many conflicts and less knowledge integration and mutual trust”* had the lowest IPC score. Another profile positioned between these groups, was identified as: *“moderately collaborative female psychosocial professionals with less participation in decision-making”*.

**Discussion and conclusion:** Organizational support, participation in decision-making, knowledge sharing, knowledge integration, mutual trust, affective commitment toward the team, professional diversity, and belief in the benefits of interdisciplinary collaboration were features associated with profiles where perceived IPC was higher. These team qualities should be strongly encouraged by mental MH managers for improving IPC. Training is also needed to promote improvement in IPC competencies.

## Introduction

Interprofessional collaboration (IPC) has benefits for patients, mental health (MH) professionals, health care organizations and health systems alike.<sup>1, 2</sup> Good collaboration among MH professionals has been found to reduce clinical errors, improve patient health status, and enhance the quality of patient care, while leading to better patient treatment compliance and enhanced satisfaction.<sup>2-4</sup> IPC also increases work satisfaction and motivation among professionals, while reducing tensions and promoting problem solving in healthcare teams.<sup>1,5,6</sup> IPC is known to reduce duplication of services, fragmentation of care, and staff turnover while favoring positive work environments.<sup>4,7</sup> More globally, studies have confirmed that IPC reduces healthcare costs.<sup>8</sup>

Despite the many benefits of IPC, research suggests that uptake of IPC in healthcare teams is limited.<sup>1, 2, 9</sup> Yet failure to work collaboratively is associated with greater team conflict, medication errors, duplication of *services*, longer patient hospitalization and higher mortality rates.<sup>3,10</sup> In order to *develop and* implement interventions *that promote IPC*, factors that may influence IPC need to be identified. Few studies along these lines have been undertaken,<sup>11-13</sup> and what this research tends to overlook is the heterogeneity among MH professionals, whose sociodemographic, professional, cultural and economic characteristics vary considerably.<sup>14-16</sup> A better understanding of similarities and differences among MH professionals based on IPC would permit the development of appropriate interventions to enhance IPC as well as approaches appropriate to identified sub-groups.<sup>17,18</sup> Professional profiles producing a variety of psychosocial and clinical outcomes have been generated in fields outside MH.<sup>19</sup> Nonetheless, studies differentiating MH professionals according to IPC remain limited. Little is known about

whether profiles of MH professionals may be distinguished according to perceived IPC. Cluster analysis methods might be applied to this task.<sup>19</sup> Indeed, unlike other quantitative methods such as multiple regression, cluster analysis may reveal relationships between variables as well as previously unidentified group structures.<sup>17</sup>

Based on the Bronstein<sup>20</sup> model and published works of San Martin-Rodriguez et al.<sup>21</sup> and Mulvale et al.<sup>13</sup>, independent variables related to IPC may be classified into four conceptual blocks: Individual characteristics (e.g. sociodemographic variables), Interactional variables (related to interpersonal relationships), Structural variables (related to the organization) and Professional role characteristics (related to professional practice).<sup>20</sup>

Concerning Individual characteristics, a positive association was identified between seniority in the team and IPC<sup>22,23</sup> as well as belief in the benefits of interdisciplinary collaboration and IPC.<sup>24,25</sup> Sarma et al.<sup>23</sup> found that female physicians collaborated more with nurses whereas male physicians collaborated more with specialists. Elsewhere, Jehn et al.<sup>26</sup> and Pelled<sup>27</sup> reported a positive relationship between gender diversity and relationship conflict whereas Williams and O'Reilly<sup>28</sup> showed no effect of gender diversity on conflict among group members. Regarding Interactional variables, studies identified participation in decision-making as a key element of IPC in health teams.<sup>29,30</sup> Participation in decision-making has been associated with lower rates of risk-adjusted mortality among patients and higher levels of job satisfaction among professionals.<sup>31</sup> It serves also to develop a better analysis and evaluation of all possible solutions.<sup>32,33</sup> Poor decision-making processes have been shown to contribute to the occurrence of critical incidents.<sup>34</sup> Other studies have shown that affective commitment toward the team promotes knowledge sharing,<sup>35</sup>

increases mutual trust<sup>36</sup> and reduces team conflict,<sup>37</sup> all essential conditions for IPC.<sup>37, 38</sup> Team conflict increases the level of stress and anxiety, limits the cognitive abilities of team members and decreases team performance.<sup>27, 39, 40</sup> Studies have also found positive associations between knowledge integration and IPC.<sup>21, 41</sup> The integration of expertise and skills from several disciplines is particularly important for the biopsychosocial management of complex cases such as mental disorders.<sup>42</sup> Organizational support, a prevalent Structural Characteristic in IPC studies, was also found to be positively related to IPC,<sup>24, 43</sup> with direct impact on staff turnover,<sup>44</sup> job satisfaction and performance.<sup>45</sup> Finally, type of profession is a frequently studied role characteristics in relation to IPC. The values and cultures of some health professions strongly support IPC,<sup>46</sup> while others may become sources of team conflict, reducing IPC effectiveness.<sup>47, 48</sup>

While a growing body of literature has identified variables that may influence IPC, only limited research has involved the profiling of professionals in terms of perceived IPC on their teams, particularly in the MH field. To the best of our knowledge, no study has created a typology of MH professionals working in MH teams, operating in local service networks (LSNs), whether in PHC or specialized MH services. Cluster analysis has never been used to generate profiles of MHPs working within interdisciplinary teams based on perceived IPC. Yet this method has the potential to provide a multidimensional portrait of health care professionals that might better inform health care management. This study intended to fill these gaps by identifying profiles of (MH) professionals in relation to their perceived IPC, and taking into account multiple independent variables describing practices of MH professionals as well as their hypothesized relationship with IPC based on the literature.<sup>13, 20, 21</sup> By linking different variables that may influence CIP, findings

may provide a better understanding of IPC, while also improving the detection of (MH) professionals at risk for lesser collaboration, with a view toward maximizing IPC.

## **Methods**

### **Study design and sample**

This study emanated from a larger evaluation of health services network implementation in the context of the 2005-2015 reform of the Quebec MH system.<sup>49</sup> This major reform aimed in part at consolidating frontline services, setting up MH interdisciplinary teams, and promoting service delivery based on IPC.<sup>50, 51</sup> Interdisciplinary MH teams typically include psychiatrists, nurses, psychologists, social workers, psycho-educators and administrative support professionals.<sup>51</sup>

The study was cross-sectional, including MH professionals from four Quebec LSNs, which consist of organizations and professionals providing health and social services to territorial populations.<sup>50</sup> Four LSNs were identified in consultation with a research advisory committee composed of 20 Quebec MH decision makers (e.g. the Ministerial MH director, regional MH coordinators, and a representative of the Quebec Psychiatric Association) who completed a survey. The networks were selected based on geographic diversity (urban or semi-urban areas), population (range from 135,000 to 300,000 inhabitants), and services offered (e.g., presence or absence of a public psychiatric hospital). Selected LSNs were divided into two broad groupings: LSNs located in densely populated urban areas, with specialized psychiatric services (N= 3); and a LSN located in a less populated, semi-urban area, without psychiatric services (N=1).

To qualify for the study, MH professionals had to be working in one of the four selected LSNs, as a member of a specialized MH team or PHC team with at least three professionals representing two or more disciplines. A list of all eligible MH professionals was provided by the advisory committee. All potential study participants were invited by email or telephone to participate. Presentations by researchers were also organized in various organizations to inform, and recruit, potential participants.

### **Data collection and variables**

ANOVA was used to calculate the sample size, at  $\alpha$  equal to 0.05 with 80% power, a minimum of 200 MH professionals were needed to detect the different among groups of the dependent variable (IPC). Three hundred fifteen (315) mental health professionals (MHP) working in 79 MH teams (31 PHC teams and 48 specialized MH teams) participated in the study, for a 68% response rate. They responded to a self-administered questionnaire mailed between May 2013 and November 2014. The questionnaire, which took 45 minutes to complete, included sociodemographic information and standardized scales on diverse aspects of teamwork.

**Table 1** describes the instruments used in the study according to categories of variables. The main variable of interest (IPC) was measured with the Team Collaboration Questionnaire, which is a validated instrument with rating on a 7-point Likert scale (1=completely disagree; 7=completely agree), and including four sub-dimensions: team communication, synchronization, explicit coordination and implicit coordination. Cronbach alpha for the different dimensions varies from 0.77 to 0.91.



Based on the interdisciplinary collaboration framework cited above, the pertinent variables were organized under 4 key dimensions: 1) Individual characteristics (3 variables), 2) Interactional characteristics (6 variables), 3) Structural characteristics (1 variable) and 4) Professional role characteristics (1 variable). All variables related to Interactional characteristics, one variable related to Individual characteristics (belief in the benefits of interdisciplinary collaboration) and the variable *on Structural* characteristics (organizational support) were measured with validated scales (**see Table 1**) using 7-point Likert scales (1=completely disagree; 7=completely agree). The variable measuring Professional role characteristics (type of profession) was categorized as medical (e.g. specialist, general practitioner, nurse, pharmacist), psychosocial (e.g. social worker, psychologist) and administrative support professional (e.g. technician, clerk).

**Table 1. Variables and instruments used in the study**

Blocks of variables	Variables	Instruments
<b>1) Variables included in construction of MH professional typologies based on IPC</b>		
<b>Individual Characteristics</b>	1 Sex	Research team socio-demographic questionnaire.
	2 Seniority in the team	Research team socio-demographic questionnaire.
	3 Belief in benefits of interdisciplinary collaboration <sup>1</sup>	Five-item scale; Cronbach alpha ( $\alpha$ ): 0.92; Range: 5-35.
<b>Interactional Characteristics</b>	4 Knowledge sharing <sup>2</sup>	Five-item scale; $\alpha$ : 0.93; Range: 5-35.
	5 Knowledge integration <sup>3</sup>	Nine-item scale; $\alpha$ : 0.95; Range: 9-63.
	6 Affective commitment toward the team <sup>4</sup>	Five-item scale; $\alpha$ : 0.86-0.92; Range: 4-28.
	7 Participation in decision-making <sup>5</sup>	Three-item scale; $\alpha$ : 0.88; Range: 3-21.
	8 Mutual trust <sup>6</sup>	Four-item scale; $\alpha$ : 0.90; Range: 4-28.
	9 Team conflict <sup>7</sup>	Nine-item scale; $\alpha$ : 0.93-0.94; Range: 9-63.
<b>Structural Characteristics</b>	10 Organizational support <sup>8</sup>	Four-item scale; $\alpha$ : 0.84-0.85; Range: 4-28.
<b>Professional Role Characteristics</b>	11 Type of profession	Research team socio-demographic questionnaire.
<b>2) Dependent variable: Interprofessional collaboration<sup>9</sup></b>		Fourteen-item scale in four sub-dimensions: communication (5 items) synchronization (3 items), explicit coordination (3 items); Implicit coordination (3 items); $\alpha$ : 0.77 – 0.91; Range: 14-98.

## Analyses

After scrutinizing the database for outliers and missing values, univariate analyses were performed. Missing data were less than 5% per variable and were replaced using a multiple imputation technique. *Univariate* analyses were analyzed using frequency distributions (number and percentage) for categorical variables and central tendency distributions (mean values and standard deviations) for continuous variables. MH professional profiles were calculated using

two-step cluster analysis with SPSS 21<sup>R</sup>. IPC was the variable of interest, as defined above. Individual characteristics were organized as continuous and categorical variables before introduction into the model. Categorical variables were entered first, followed by continuous variables. The Log-likelihood method was used to determine inter-subject distance. Participant classifications were developed using Schwartz Bayesian criteria and the final number of profiles set at 4, according to their overall contribution to inter-class homogeneity. An analysis of variance was then performed to test whether differences among profiles on IPC scores were statistically significant, followed by post hoc tests using the Bonferroni correction.

## **Results**

### ***Sample***

No differences were found between participants (N=315) and non-participants (N=151) with respect to distributions for team type [ $\chi^2_{(1, N=466)} = 0.79; p=0.68$ ] and gender [ $\chi^2_{(1, N=466)} = 0.03; p=0.87$ ]. Mean age of participants was 43 years ( $SD=10.5$ ). Mean seniority on teams was 3 years ( $SD=4.62$ ). Most participants were psychosocial professionals (54.6%), and the rest medical professionals (34.6%) or administrative support professionals (10.8%). Women were more prevalent than men (70% versus 30%). Most professionals worked in outpatient specialized healthcare (56%), a third in primary healthcare (32%), and fewer in specialized inpatient healthcare (12%). Participant characteristics are presented in **Table 2**.

**Table 2. Characteristics of participating mental health professionals (N=315)**

Blocks of variables	Variables	n/Mean	%/SD	Minimum	Maximum
<b>1. Individual Characteristics</b>	Sex (n/%)				
	female	219	69.5		
	male	96	30.5		
	Seniority on the team (Mean/SD)	3.06	4.62	0.00	27.00
	Belief in benefits of interdisciplinary collaboration <sup>52</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	6.2	0.7	1.00	7.00
<b>2. Interactional Characteristics</b>	Knowledge sharing <sup>53</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.7	0.9	1.00	7.00
	Knowledge integration <sup>54</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.3	1.1	1.00	7.00
	Affective commitment toward the team <sup>55</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.9	1.2	1.00	7.00
	Participation in decision-making <sup>56</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.0	1.3	1.00	7.00
	Mutual trust <sup>57</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.2	1.2	1.00	7.00
	Team conflict <sup>40</sup> score <sup>b</sup> (Mean/SD)	3.0	2.9	1.00	7.00
	organizational support <sup>58</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.8	1.2	1.00	7.00
<b>4. Professional Role Characteristics</b>	Type of profession (n/%)				
	medical professions (e.g. physician, nurse)	109	34.6		
	Psychosocial professions (e.g. psychologist, social-worker)	172	54.6		
	Administrative Support Professionals (e.g. technician)	34	10.8		
<b>Dependent variable</b>	Interprofessional collaboration <sup>59</sup> score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.8	1.0	1.00	7.00

<sup>a</sup> Mean score (1 to 7 for each variable); min: 1, max: 7; higher = positive.

<sup>b</sup> Mean score (1 to 7 for nineteen variables); min: 1, max: 7; lower = positive.

### ***MH professional profiles based on IPC***

Four profiles were identified (**Table 3**), with sub-sample sizes ranging from 112 (36%) in Profile 4, to 63 (20%) in Profile 2. Profile 1 included 63 participants (21%), while Profile 3, 75 participants (24%). An analysis of variance comparing IPC scores among the four profiles revealed significant differences:  $F_{(4, 310)} = 24.47, p < 0.001$ . Post hoc tests using the Bonferroni correction revealed

that perceived IPC among MH professionals in Profile 1 ( $M = 16.09$ ,  $SD = 3.27$ ) was significantly lower than in other profiles ( $p < 0.001$ ). There were no significant differences between Profiles 3 ( $M = 20.69$ ,  $SD = 3.16$ ) and 4 ( $M = 21.56$ ,  $SD = 2.83$ ); both had significantly higher scores than Profile 2 ( $M = 17.04$ ,  $SD = 3.17$ ),  $p < 0.05$  and Profile 1 ( $p < 0.001$ ). The perceived IPC score for Profile 2 ( $M = 17.04$ ,  $SD = 3.17$ ) was significantly higher than for Profile 1 ( $p < .001$ ).

Profile 4 had the highest IPC score, and consisted entirely of women. While all types of professions were represented, this group had the most medical professionals (41%), compared with other profiles. Profile 4 also had the highest scores for belief in the benefits of interdisciplinary collaboration, affective commitment toward the team, knowledge sharing, knowledge integration, organizational support, and the lowest score on team conflict. We labeled this cluster *“highly collaborative female professionals with fewer conflicts and more knowledge sharing and integration”*

Profile 3 also had a high IPC score not significantly different than Profile 4 and consisted exclusively of men from predominantly medical and psychosocial professions. Profile 3 individuals had the highest scores on participation in decision-making and on mutual trust, as well as the second highest scores on belief in the benefits of interdisciplinary collaboration, affective commitment, organizational support, and knowledge integration. Profile 3 was labelled *“highly collaborative male professionals with fewer conflicts and more participation in decision-making and mutual trust”*

Profile 1 had the lowest IPC score. This subgroup included disproportionately more individuals with high seniority in their teams. All professions were represented, but mostly

medical professionals. The % of psychosocial professionals (9%) were low relative to other groups, whereas the percentages of support professionals (63%) were higher. Profile 1 individuals had the lowest scores on affective commitment toward the team, mutual trust, knowledge integration, organizational support, and the highest score on team conflict. Profile 1 was labelled *“slightly collaborative professionals with high seniority, many conflicts and less knowledge integration and mutual trust”*.

Profile 2 presented a moderate IPC score, and included female psychosocial MH professionals exclusively with the least seniority compared with those in other profiles. Scores on belief in benefits of interdisciplinary collaboration and participation in decision-making were lowest. Otherwise, this profile came third on almost all variables in the Interactional and Structural characteristics dimensions. Profile 2 was labelled *“moderately collaborative female psychosocial professionals with less participation in decision-making”*.

**Table 3. Cluster analysis of mental health (MH) professionals based on Interprofessional Collaboration (IPC)**

		Profile 1		Profile 2		Profile 3		Profile 4		Combined	
Blocks of variables		n=65	20.6%	n=63	20%	n=75	23.8%	n=112	35.6%	N=315	100.0%
		n/mean	%/sd	n/mean	%/sd	n/mean	%/sd	n/mean	%/sd	n/mean	%/sd
<b>1. Individual Characteristics</b>	sex	female (n, %)	44 20.1%	63 28.8%	0 0.0%	112 51.1%	219 100.0%				
		male (n, %)	21 21.9%	0 0.0%	75 78.1%	0 0.0%	96 100.0%				
	seniority in the team (in years)	4.08 5.77	2.10 2.95	2.79 4.23	3.18 4.81	3.06 4.62					
	belief in benefits of interdisciplinary collaboration	5.91 0.92	5.90 0.73	6.31 0.58	6.56 0.49	6.24 0.73					
<b>2. Interactional Characteristics</b>	participation in decision-making	4.21 1.47	3.88 1.43	5.73 0.83	5.63 0.77	5.01 1.36					
	affective commitment toward the team	3.90 1.30	4.06 1.02	5.33 0.91	5.54 0.82	4.86 1.23					
	team conflict	4.67 1.22	3.57 1.02	3.23 0.92	3.09 0.81	4.96 2.92					
	mutual trust	4.08 1.20	4.76 1.21	5.76 0.79	5.72 0.66	5.20 1.16					
	knowledge sharing	4.86 1.17	5.65 0.92	5.93 0.76	5.96 0.77	5.73 0.90					
	knowledge integration	4.97 1.07	5.69 0.98	5.69 0.63	5.81 0.51	5.37 0.92					
<b>3. Structural Characteristics</b>	organizational support	4.20 1.27	4.40 1.11	5.11 1.00	5.28 1.00	4.84 1.17					
<b>4. Professional Role Characteristics</b>	professions	medical (n, %)	38 30.2%	0 0.0%	36 28.6%	52 41.3%	126 100.0%				
		psychosocial (n, %)	15 8.8%	63 37.1%	39 22.9%	53 31.2%	170 100.0%				
		support (n, %)	12 63.2%	0 0.0%	0 0.0%	7 36.8%	19 100.0%				
<b>Dependent variable</b>	interprofessional collaboration (IPC)	5.09 0.82	5.80 0.78	6.41 0.53	6.56 0.51	6.2 0.7					
<b>Labels</b>		<i>“slightly collaborative professionals with high seniority, many conflicts and less knowledge integration and mutual trust”</i>	<i>“moderately collaborative female psychosocial; professionals with less participation in decision-making”</i>	<i>“highly collaborative male professionals with fewer conflicts and more participation in decision-making and mutual trust”</i>	<i>“highly collaborative female professionals with fewer conflicts and more knowledge sharing and integration”</i>						

## Discussion

This study developed a typology of MH professionals, taking multiple independent variables into account. Variables describing the practices of MH professionals were selected, as well as those with hypothesised relationships to IPC based on the literature.<sup>13, 20, 21</sup> Four profiles of MH professionals emerged using cluster analysis, two groups of highly collaborative professionals, and two groups of moderately or slightly collaborative professionals. A better understanding of MHP profiles that facilitate or impede IPC may contribute to enhancements in service planning. Health team members who collaborate effectively and perceive themselves as high performing also take more initiatives to improve patient care.<sup>60, 61</sup>

Results of the study demonstrate that “highly collaborative female professionals” (Profile 4) and “highly collaborative male professionals” (Profile 3) had the best overall scores on variables in the Individual, Interactional and Structural characteristics dimensions, and the lowest score on team conflict. These findings are consistent with previous studies showing that high-functioning healthcare teams enjoyed elevated scores on belief in benefits of interdisciplinary collaboration, participation in decision-making, affective commitment toward the team, mutual trust, knowledge sharing, knowledge integration, organizational support, and low levels of team conflict.<sup>12, 62</sup> These two profiles included a mix of professionals, about one third each of medical, psychosocial and support professionals. The difference between these two profiles was the sharp division along gender lines: Profile 4 consisted entirely of women, while Profile 3 consisted exclusively of men. Conversely, the profile with lower IPC and higher conflict (Profile 1) was the only one composed of both men and women. This finding is consistent with previous studies



showing that gender diversity decreased communication<sup>63</sup> and cooperation among team members<sup>64</sup> while increasing relationship conflict<sup>26, 27, 65</sup> and lack of cohesion.<sup>66</sup> However, the typical stereotypes about how men and women perform in groups and relate to each other were not reflected in these results.<sup>67, 68</sup>

As opposed to Profiles 3 and 4, consisting of IPC “champions”, the group with the poorest IPC score (Profile 1) had the worst scores on five of the six Individual characteristics: namely affective commitment toward the team, mutual trust, knowledge sharing, knowledge integration, and the highest score on team conflict, as well as the lowest score on organizational support (Structural characteristics). Profile 1 also had the second worst score on participation in decision-making (Interactional characteristics) and on belief in benefits of interdisciplinary collaboration (Individual characteristics). The main difference between Profiles 1, 3 and 4 was in the proportion of support professionals, which was higher in Profile 1. It may be that support professionals felt less integrated in their teams than members of medical or psychosocial professions. Furthermore, Profile 1 included individuals with higher seniority. Here, the low results were not consistent with other research identifying seniority on the team as positively related to IPC.<sup>2, 3, 22</sup> A possible explanation for this may be that older members of medical professions, the majority in Profile 1, tended to work more in silo. By contrast, newer professionals in the other teams would have had less work experience, leading them to perhaps collaborate more readily with others. Better collaboration and understanding may also reduce the risk of error among less experienced professionals.<sup>69</sup>

Profile 2 (*moderately collaborative female psychosocial professionals*) had the lowest scores on belief in benefits of interdisciplinary collaboration and on participation in decision-making, which suggests a particular challenge in the context of the recent MH reform in Quebec.<sup>70,71</sup> Indeed, effective interventions in MH care need to take into account increasingly the biopsychosocial needs of patients.<sup>39</sup> This implies close collaboration among professionals working in MH teams. Furthermore, the increasing incidence and prevalence of comorbidity between mental disorders and chronic physical illnesses (e.g. cancer, stroke, diabetes and acute coronary syndrome) as well as MH/addiction comorbidity require greater IPC among psychiatrists, general practitioners, nurses, psychologists, social workers and other MH professionals.<sup>72</sup> Research demonstrates the value of psychology and psychosocial services in lowering risk factors for many diseases.<sup>73</sup> As opposed to Profiles 4 and 3, Profile 2 consisted entirely of psychosocial professionals. Psychiatrists and other MH medical professionals have been working for a long time in a biopsychosocial mode and on teams;<sup>49</sup> whereas psychologists social workers and others most often worked in silo prior to the creation of multidisciplinary MH teams under the Quebec MH reform.<sup>74</sup> Moreover, the role of social workers in MH teams is not always well defined, which puts them at a disadvantage,<sup>75</sup> and exposes them to additional stress.<sup>76</sup>

Profiles 1 and 2 had the highest scores on team conflict, viewed as a major obstacle to IPC even while some conflict is inevitable.<sup>13, 77</sup> Identifying and addressing sources of conflict is crucial in MH, where demands and expectations are very high for managing cases of complex mental disorders. Indeed, while effective MH care depends on the contributions of several disciplines, conflict can hinder team functioning, decrease effectiveness and impact patient care.<sup>78</sup> Furthermore, constraints on the clinical decision-making process pose a particular threat to

positive team performance, as does lack of knowledge sharing and knowledge integration among disciplines.<sup>21, 41</sup> Such Interactional Characteristics are especially important in MH teams staffed by multidisciplinary professionals.<sup>79</sup>

Caricati et al.<sup>80</sup> and Bookey-Bassett et al.<sup>24</sup> have shown that without a high sense of affective commitment toward the team, and mutual trust, both higher in Profiles 4 and 3, but lower in Profiles 1 and 2, collaboration among team members rarely succeeds. Affective commitment towards the team is also associated with professional well-being and job satisfaction<sup>81,82</sup> whereas mutual trust is associated with high job performance, organizational citizenship behaviors, organizational commitment, job satisfaction, and lower staff turnover.<sup>83</sup> Affective commitment toward the team and mutual trust are particularly important in MH due to the high incidence of crisis situations.

Regarding Structural Characteristics, organizational support, higher in Profiles 4 and 3 than in Profiles 1 and 2, remains a key determinant of effective IPC in health teams.<sup>24,84</sup> Organizational support includes multi-level leadership and resource provision in terms of time, funding, equipment, and space to care effectively for patients.<sup>84</sup> Support at the organizational level is also critical to the adequate functioning of MH teams dealing with serious MDs,<sup>85</sup> while also empowering professionals psychologically<sup>86</sup> and enhancing productivity.<sup>87</sup> Finally, belief in benefits of interdisciplinary collaboration (Individual characteristics) is identified as the basic requirement for IPC.<sup>25</sup>

## **Limitations**

While this study has many strengths, certain limitations must also be acknowledged. First, the

results of the study are based on self-report and are subject to common-method variance issues. The study used a cross-sectional design which precludes causal interpretations. Finally, the results may not be generalizable to jurisdictions with healthcare systems different from the Quebec system, or to professionals in fields outside MH.

### **Conclusion:**

This study empirically identified four profiles of MH professionals based on their IPC scores. It is the first known study to present profiles for MH professionals working in interdisciplinary teams using cluster analysis. The study included MH professionals working in diverse LSNs and types of healthcare organizations, which is rare for studies of IPC in MH care. Two profiles (“highly collaborative female professionals with fewer conflicts and more knowledge sharing and integration” and ‘highly collaborative male professionals with fewer conflicts and more participation in decision-making and mutual trust’) had higher perceived IPC scores whereas the two others profiles had lower scores. Overall, profiles with elevated IPC scored high on all variables related to Interactional, Structural and Individual Characteristics. In this regard, the study highlights the relevance of focusing on participation in decision-making, knowledge sharing, mutual trust, team conflict, belief in benefits of interdisciplinary collaboration and knowledge integration for improving IPC in MH teams, and for future service planning. Findings also confirm the value of team commitment, organizational support, and professional diversity for strengthening IPC in the MH sector, while arguing for a biopsychosocial approach to mental healthcare. Here, MH managers have a significant role to play in implementing activities focused on strengthening IPC in MH teams. Managers should also remain alert to behavioral changes and

signs of tension that may threaten effective IPC. Finally, more outreach and training are needed to improve and transfer interprofessional knowledge, IPC competencies and interdisciplinary values and skills among MH professionals.

### **Acknowledgments**

This study was funded by the Fonds de recherche du Quebec Santé (FRQS). We are grateful for this support, and thank the individuals who participated in the research, including the advisory committee and network respondents, and the research team. We are especially grateful to Guy Grenier for his valuable advice, and Judith Sabetti for the for the linguistic revision.

### **Declaration of conflicting interests**

The author(s) declare no conflicts of interest with respect to the research, authorship, or publication of this article.

### **Ethics approval**

Ethics approval for this study was obtained from the Research Ethics Board of the Douglas Mental Health University Institute (MP-IUSMD-11-037).

### **Informed consent**

Informed consent was obtained from all participants, each of whom signed a consent form.

## References

1. Kates N, Mazowita G, Lemire F, et al. The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 1–10.
2. Clarke DJ. Achieving teamwork in stroke units: the contribution of opportunistic dialogue. *J Interprof Care* 2010; 24(3): 285–297.
3. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53(2): 143–151.
4. Kilbride C, Perry L, Flatley M, et al. Developing theory and practice: creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care. *J Interprof Care* 2011; 25(2): 91–97.
5. Suter E, Deutschlander S, Mickelson G, et al. Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *J Interprof Care* 2012; 26(4): 261–268.
6. Mitchell R, Parker V, Giles M, et al. Review: toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med Care Res Rev* 2010; 67(1): 3–26.
7. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl. 1): 116–131.

8. Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, et al. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31(6): 1155–1159.
9. Slomp M, Bland R, Patterson S, et al. Three-year physician treated prevalence rate of mental disorders in Alberta. *Can J Psychiatry* 2009; 54(3): 199–203.
10. Bender M, Connelly CD and Brown C. Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *J Nurs Manag* 2013; 21(1): 165–174.
11. Xyrichis A and Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 140–153.
12. Chiocchio F. *Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé—cadre conceptuel et inventaire de mesures*. Montreal, QC, Canada: Université de Montréal, 2012.
13. Mulvale G, Embrett M and Razavi SD. “Gearing up” to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 83.
14. Harrison DA and Klein KJ. What’s the difference? Diversity constructs as separation variety, or disparity in organizations. *Acad Manage Rev* 2007; 32: 1199–1228.
15. Fleury MJ, Imboua A, Aube D, et al. General practitioners’ management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 19.
16. Fleury MJ, Imboua A, Aube D, et al. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med* 2012; 9(2): 77–90.

17. Everitt BS. *Cluster analysis*. 3rd ed. New York; Toronto, ON, Canada: Halsted Press; John Wiley & Sons Inc., 1993.
18. Bouroche JM and Saporta G. *L'analyse des données*. 9th ed. Paris: Presses Universitaires de France (PUF), 2005.
19. Boyas JF, Wind LH and Ruiz E. Exploring patterns of employee psychosocial outcomes among child welfare workers. *Child Youth Serv Rev* 2015; 52: 174–183.
20. Bronstein LR. A model for interdisciplinary collaboration. *Soc Work* 2003; 48: 297–306.
21. San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl. 1): 132–147.
22. Rousseau C, Pontbriand A, Nadeau L, et al. Perception of interprofessional collaboration and co-location of specialists and primary care teams in youth mental health. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26(3): 198–204.
23. Sarma S, Devlin RA, Thind A, et al. Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Soc Sci Med* 2012; 75(10): 1811–1819.
24. Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, Mckey CA, et al. Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2017; 73(1): 71–84.
25. Deneckere S, Robyns N, Vanhaecht K, et al. Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: results of an international expert panel. *Eval Health Prof* 2011; 34(3): 258–277.



26. Jehn K, Chadwick C and Thatcher S. To agree or not to agree: the effects of value congruence, individual demographic dissimilarity, and conflict on workgroup outcomes. *Int J Confl Manage* 1997; 8: 287–305.
27. Pelled L. Demographic diversity, conflict, and work group outcomes: an intervening process theory. *Organ Sci* 1996; 7: 615–631.
28. Williams K and O'Reilly C. Demography and diversity in organizations: a review of 40 years of research. *Res Organ Behav* 1998; 20: 77–140.
29. D'Amour D, Sicotte C and Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sci Soc Sante* 1999; 17: 67–93.
30. Dunn S, Cragg B, Graham ID, et al. Interprofessional shared decision making in the NICU: a survey of an interprofessional healthcare team. *J Res Interprof Pract Educ* 2013; 3: 63–77.
31. Baggs J, Schmitt M, Mushlin A, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med* 1999; 27(9): 1991–1998.
32. Devitt B, Philip J and McLachlan SA. Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings: health professionals' perspectives. *J Oncol Pract* 2010; 6(6): e17–e20.
33. Machare Delgado E, Callahan A, Paganelli G, et al. Multidisciplinary family meetings in the ICU facilitate end-of-life decision making. *Am J Hosp Palliat Care* 2009; 26(4): 295–302.
34. Reader T, Flin R and Lauche K. Non-technical skills in the intensive care unit. *Br J Anaesth* 2006; 96: 551–559.

35. Pearce CL and Herbik PA. Citizenship behavior at the team level of analysis: the effects of team leadership, team commitment, perceived team support, and team size. *J Soc Psychol* 2004; 144: 293–310.
36. Costa A. Work team trust and effectiveness. *Pers Rev* 2003; 32: 605–622.
37. Henneman EA, Lee JL and Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1995; 21: 103–109.
38. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(4): 427–435.
39. De Dreu C and Weingart L. Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a metaanalysis. *J Appl Psychol* 2003; 88: 741–749.
40. Jehn K and Mannix E. The dynamic nature of conflict: a longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Acad Manage J* 2001; 44: 238–251.
41. Oandasan I and Reeves S. Key elements of interprofessional education: part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl. 1): 39–48.
42. Fleury M, Grenier G, Bamvita J, et al. Évaluation du Plan d'action en santé mentale (2005–2015): intégration et performance des réseaux de services. *Sante Ment Que* 2018; 43: 15–38.
43. Pfaff KA, Baxter PE, Jack SM, et al. Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(8): 1142–1152.
44. Tymon WGJ, Stumpf SA and Smith RR. Manager support predicts turnover of professionals in India. *Career Dev Int* 2011; 16: 293–312.

45. Nadiri H and Tanova C. An investigation of the role of justice in turnover intentions, job satisfaction, and organizational citizenship behavior in hospitality industry. *Int J Hosp Manag* 2010; 29: 33–41.
46. Bilodeau K, Dubois S and Pepin J. The contribution of nursing science to interprofessional knowledge development. *Rech Soins Infirm* 2013; 113: 43–50.
47. Hudon R. Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. *Rech Sociogr* 2009; 50: 321–344.
48. O’Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, et al. Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. *J Hosp Med* 2012; 7(1): 48–54.
49. Fleury MJ, Grenier G, Vallee C, et al. Implementation of the Quebec mental health reform (2005–2015). *BMC Health Serv Res* 2016; 16(1): 586.
50. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). *Évaluation de l’implantation du Plan d’action en santé mentale 2005–2010—La force des liens*. Quebec City, QC, Canada: Gouvernement du Québec, 2012.
51. Fleury MJ, Grenier G, Vallee C, et al. Implementation of integrated service networks under the Quebec mental health reform: facilitators and barriers associated with different territorial profiles. *Int J Integr Care* 2017; 17(1): 3.
52. Sicotte C, D’Amour D and Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Soc Sci Med* 2002; 55: 991–1003.
53. Bock GW, Zmud RW, Kim YG, et al. Behavioral intention formation in knowledge sharing: examining the roles of extrinsic motivators, social-psychological forces, and organizational climate. *MIS Quart* 2005; 29: 87–111.

54. Song M and Xie J. Does innovativeness moderate the relationship between cross-functional integration and product performance? *J Int Marketing* 2000; 8: 61–89.
55. Allen NJ and Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *JOOP* 1990; 63: 1–18.
56. Campion MA, Medsker GJ and Higgs AC. Relations between work group characteristics and effectiveness: implications for designing effective work groups. *Pers Psychol* 1993; 46: 823–850.
57. Simons TL and Peterson RS. Task conflict and relationship conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust. *J Appl Psychol* 2000; 85: 102–111.
58. Spreitzer GM. Social structural characteristics of psychological empowerment. *Acad Manage J* 1996; 39: 483–504.
59. Chiochio F, Grenier S, O’Neill TA, et al. The effects of collaboration on performance: a multilevel validation in project teams. *Int J Proj Organ Manag* 2012; 4: 1–37.
60. Strasser DC, Falconer JA, Herrin JS, et al. Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(3): 403–409.
61. Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ, et al. Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Med Care* 2004; 42(5): 472–481.
62. Lemieux-Charles L and McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006; 63(3): 263–300.
63. Kravitz DA. More women in the workplace: is there a payoff in firm performance? *Acad Manage Exec* 2003; 17: 148–149.

64. Chatman J and Flynn F. The influence of demographic heterogeneity on the emergence and consequences of cooperative norms in work teams. *Acad Manage J* 2001; 44: 956–974.
65. Pelled L, Eisenhardt K and Xin K. Exploring the black box: an analysis of work group diversity, conflict and performance. *Admin Sci Quart* 1999; 44: 1–28.
66. Triandis H, Kurowski L and Gelfand M. Workplace diversity. In: Triandis H, Dunnette M and Hough L (eds) *Handbook of industrial and organizational psychology*, vol. 4. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1994, pp.769–827.
67. Bell AV, Michalec B and Arenson C. The (stalled) progress of interprofessional collaboration: the role of gender. *J Interprof Care* 2014; 28(2): 98–102.
68. Ridegeway CL. Framed before we know it: how gender shapes social relations. *Gender Soc* 2009; 23: 145–160.
69. Courtenay M, Nancarrow S and Dawson D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health* 2013; 11: 57.
70. Fleury MJ. Présentation: Santé mentale en première ligne. *Sante Ment Que* 2009; 34: 19–34.
71. Druss BG and Mauer BJ. Health care reform and care at the behavioral health–primary care interface. *Psychiatr Serv* 2010; 61(11): 1087–1092.
72. Walters P, Tylee A and Goldberg D. Psychiatry in primary care. In: Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, et al. (eds) *Essential psychiatry*. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2008, pp. 479–497.
73. Graves KD. Social cognitive theory and cancer patients’ quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychol* 2003; 22(2): 210–219.

74. Phelps R and Reed GM. The integration and consolidation of health care: implications for psychology in primary care. In: Frank RG, McDaniel SH, Bray JH, et al. (eds) *Primary care psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2004, pp. 23–43.
75. Rabin S, Feldman D and Kaplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Med Psychol* 1999; 72(Pt 2): 159–169.
76. Volpe U, Luciano M, Palumbo C, et al. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21(9): 774–781.
77. Bagshaw D, Lepp M and Zorn CR. International research collaboration: building teams and managing conflicts. *Conflict Resol Quart* 2007; 24: 433–446.
78. Brown J, Lewis L, Ellis K, et al. Conflict on interprofessional primary health care teams, can it be resolved. *J Interprof Care* 2011; 25(1): 4–10.
79. Upshur C and Weinreb L. A survey of primary care provider attitudes and behaviors regarding treatment of adult depression: what changes after a collaborative care intervention? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(3): 182–186.
80. Caricati L, Guberti M, Borgognoni P, et al. The role of professional and team commitment in nurse physician collaboration: a dual identity model perspective. *J Interprof Care* 2015; 29(5): 464–468.
81. Stinglhamber F, Bentein K and Vandenberghe C. Congruence de valeur et engagement envers l'organisation et le groupe de travail. *Psychol Trav Organ* 2004; 10: 165–187.
82. Schmidt K. Organizational commitment: a further moderator in the relationship between work stress and strain? *Int J Stress Manage* 2007; 14: 26–40.

83. Dirks KT and Ferrin DL. Trust in leadership: meta-analytic findings and implications for research and practice. *J Appl Psychol* 2002; 87(4): 611–628.
84. Reeves S, Lewin S, Espin S, et al. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Blackwell, 2010.
85. Wholey DR, Zhu X, Knoke D, et al. The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. *Psychiatr Serv* 2012; 63(11): 1108–1117.
86. Migneault P, Rousseau V and Boudrias JS. L'influence des composantes du climat de travail sur l'habilitation des individus. *Eur Rev Appl Psychol* 2009; 59: 239–252.
87. Liden RC, Wayne SJ and Bradway LK. Task interdependence as a moderator of the relation between group control and performance. *Hum Relat* 1997; 1: 169–181

### 5.3. Troisième article

#### **Variables associated with interprofessional collaboration: A comparison between primary health care and specialized mental health teams**

Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe<sup>1</sup>, François Chiocchio<sup>2</sup>, Jean-Marie Bamvita<sup>3</sup>, Marie-Josée Fleury<sup>3</sup>

1 Department of Management, Evaluation and Health Policy, University de Montréal, School of Public Health, 7101 Parc Avenue, Montreal, Quebec, H3N 1X9, Canada.

2 Telfer School of Management, University of Ottawa, 55 Laurier Avenue East  
Ottawa, Ontario, K1N 6N5, Canada.

3 Department of Psychiatry, McGill University, Douglas Mental Health University Institute Research Centre, 6875 La Salle Boulevard, Montreal, Quebec, H4H 1R3, Canada.

**Publié dans la revue *BMC Family Practice*, 2020.**

**Keywords:** mental health care, interprofessional collaboration, mental health professional, multiple linear regression, determinants.

**Short Title:** interprofessional collaboration in mental health teams



RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams



Nicolas Ndibu Muntu Keba Kebe<sup>1</sup>, François Chiochio<sup>2</sup>, Jean-Marie Bamvita<sup>3</sup> and Marie-Josée Fleury<sup>4\*</sup> 

## Abstract

**Background:** This study has two aims: first, to identify variables associated with interprofessional collaboration (IPC) among a total of 315 Quebec mental health (MH) professionals working in MH primary care teams (PCTs,  $N = 101$ ) or in specialized service teams (SSTs,  $N = 214$ ); and second, to compare *IPC associated variables* in MH-PCTs vs MH-SSTs.

**Methods:** A large number of variables acknowledged as strongly related to IPC in the literature were tested. Multivariate regression models were performed on MH-PCTs and MH-SSTs respectively.

**Results:** Results showed that knowledge integration, team climate and multifocal identification were independently and positively associated with IPC in both MH-PCTs and MH-SSTs. By contrast, knowledge sharing was positively associated with IPC in MH-PCTs only, and organizational support positively associated with IPC in MH-SSTs. Finally, one variable (age) was significantly and negatively associated with IPC in SSTs.

**Conclusions:** Improving IPC and making MH teams more successful require the development and implementation of differentiated professional skills in MH-PCTs and MH-SSTs by care managers depending upon the level of care required (primary or specialized). Training is also needed for the promotion of interdisciplinary values and improvement of interprofessional knowledge regarding IPC.

**Keywords:** Interprofessional collaboration, Mental health teams, Variables associated, Primary care teams, Specialized services teams

## Background

Interprofessional collaboration (IPC) is defined as a process by which professionals from multiple disciplines share roles and tasks in order to respond in a coherent and integrated way to the needs of patients, their loved ones and the community [1, 2]. IPC has benefits for patients, health professionals, healthcare organizations and health systems [3, 4]. Studies have shown that good IPC reduces healthcare costs and expenditures, enhances quality of care and increases job satisfaction, improving

staff retention and patient outcomes [5, 6]. IPC responds to the shortage of financial, human, and technical resources by providing solutions that increase the effectiveness and efficiency of health services, while better responding to the complex needs of patients with chronic conditions [1, 7].

Despite abundant evidence for the positive effects of IPC, studies have shown that the uptake of IPC in organizations remains weak; IPC is also inadequately practiced in healthcare teams [8, 9]. Inadequate IPC has been associated with medication errors, patient safety problems, team conflict and patient mortality [10, 11]. Thus, there is a great need for research identifying variables associated with IPC, particularly in mental health (MH) primary care teams (PCTs) but also in MH specialized service teams

\* Correspondence: [fleumar@douglas.mcgill.ca](mailto:fleumar@douglas.mcgill.ca)

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, McGill University; Douglas Hospital Research Centre, Douglas Mental Health University Institute, 6875 LaSalle Boulevard, Montreal, Quebec H4H 1R3, Canada

<sup>2</sup>Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

## **Abstract**

**Background:** This study has two aims: first, to identify variables associated with interprofessional collaboration (IPC) among a total of 315 Quebec mental health (MH) professionals working in MH primary care teams (PCTs, N=101) or in specialized service teams (SSTs, N=214); and second, to compare *IPC associated variables* in MH-PCTs vs MH-SSTs.

**Methods:** Many variables acknowledged as strongly related to IPC in the literature were tested. Multivariate regression models were performed on MH-PCTs and MH-SSTs respectively.

**Results:** Results showed that knowledge integration, team climate and multifocal identification were independently and positively associated with IPC in both MH-PCTs and MH-SSTs. By contrast, knowledge sharing was positively associated with IPC in MH-PCTs only, and organizational support positively associated with IPC in MH-SSTs. Finally, one variable (age) was significantly and negatively associated with IPC in SSTs.

**Conclusions:** Improving IPC and making MH teams more successful require the development and implementation of differentiated professional skills in MH-PCTs and MH-SSTs by care managers depending upon the level of care required (primary or specialized). Training is also needed for the promotion of interdisciplinary values and improvement of interprofessional knowledge regarding IPC.

**Keywords:** interprofessional collaboration; mental health teams; variables associated; primary care teams; specialized services teams.

## **Background**

Interprofessional collaboration (IPC) is defined as a process by which professionals from multiple disciplines share roles and tasks in order to respond in a coherent and integrated way to the needs of patients, their loved ones and the community [1, 2]. IPC has benefits for patients, health professionals, healthcare organizations and health systems [3, 4]. Studies have shown that good IPC reduces healthcare costs and expenditures, enhances quality of care and increases job satisfaction, improving staff retention and patient outcomes [5, 6]. IPC responds to the shortage of financial, human, and technical resources by providing solutions that increase the effectiveness and efficiency of health services, while better responding to the complex needs of patients with chronic conditions [1, 7].

Despite abundant evidence for the positive effects of IPC, studies have shown that the uptake of IPC in organizations remains weak; IPC is also inadequately practiced in healthcare teams [8, 9]. Inadequate IPC has been associated with medication errors, patient safety problems, team conflict and patient mortality [10, 11]. Thus, there is a great need for research identifying variables associated with IPC, particularly in mental health (MH) primary care teams (PCTs) but also in MH specialized service teams (SSTs) [12, 13]. MH service reforms have been introduced [14, 15] with the aim of improving interdisciplinary teamwork [16-18]. Reforms have focused on improving interdisciplinary collaboration among professionals and team consolidation within MH-PCTs and MH-SSTs, but also on integrating primary and specialized care teams to provide better service for patients [19, 20]. MH-PCTs using more limited expertise mainly treat patients with common mental disorders [21], making use of a restricted number of treatment sessions and brief

interventions [22, 23]. This may include diagnosis and treatment of mild to moderate depression and anxiety, the provision of a range of short-term biopsychosocial treatment interventions, and advice on referral options [24, 25]. Conversely, MH-SSTs mostly treat patients with serious mental disorders or co-occurring mental disorders and substance use disorders, requiring specialist intervention with more intensive sessions and a longer time frame. Increasing evidence suggests the co-occurrence of substance use disorders and psychiatric illness such as schizophrenia and bipolar disorder, rendering treatment more difficult and resulting in greater use of diversified healthcare services [26]. In this context, the call for complex care involving multiple professionals from specialized services, and the need for professional collaboration is higher in SSTs than in primary healthcare [27, 28], where most previous research identifying variables related to IPC in MH has occurred [8, 13]. The identification and comparison of variables associated with IPC among professionals working in MH-PCTs and MH-SSTs *may provide a better understanding regarding the nature of collaboration among MH professionals* in these different service settings *in terms of maximizing IPC* and making MH teams more successful.

To this end, a classification of variables that may influence IPC was constructed based on the Bronstein model [29], and on studies by San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla [30] and Mulvale et al. [13] considering previous empirical research and data collection for this study. All variables recognized in the scientific literature in the health field as strongly associated with IPC were considered and were categorized within this model. The model consisted of four conceptual blocks including individual, *interactional, structural and professional role characteristics*. Individual characteristics include demographic variables (e.g., gender, age) and personal attributes [14]; while interactional characteristics refer to those taking place among

team members [30]. Structural or organizational characteristics include factors beyond the control of any individual team member; while professional role characteristics include self-identity in individual professional practice [29].

*Concerning individual characteristics*, age, seniority on the team and belief in the benefits of interdisciplinary collaboration have been identified in prior studies as positively associated with IPC [31-33]. *In addition*, Pounder & Coleman [34] found that women tend to work more collaboratively than men in teams.

Regarding interactional characteristics, previous research has identified knowledge sharing and knowledge integration as positively related to IPC [13, 30, 33, 35]. Knowledge sharing is defined as the act of providing or transferring knowledge to others [36]; while knowledge integration refers to the ability of team members to bring together knowledge from different disciplines to meet the needs of people with chronic and/or complex health conditions for which no single health professional has the requisite expertise [37]. Previous research also found that participation in decision-making, affective commitment toward the team, mutual trust and *team climate* were positively related to IPC [13, 14, 35]. Participation in decision-making refers to the discussions held among professionals working in a team that result in decisions around patient care based on consensus; while affective commitment toward the team is defined as the professional's psychological and emotional attachment to his/her team [38]. Any worker given more responsibility and decision-making power over his/her job will produce higher quality work and achieve a higher level of job performance and satisfaction [13, 39, 40]. Previous research has also identified mutual trust and *team climate* as other interactional characteristics positively

related to IPC [13, 30, 33, 35]. Better team climate contributed to mutual respect and cohesion in teams [41]. By contrast, research identified employee conflict as negatively associated with IPC [13, 42]. The confluence of several disciplines in managing complex or chronic cases, and diversity among individual professionals, tended to increase the potential for conflict in MH teams. Team conflict may hinder decision-making, team functioning and effectiveness while negatively impacting patient care and job performance [43]. Moreover, *team autonomy*, meaning work groups allowed sufficient organizational latitude to establish their own internal goals and work practices, *is another interactional characteristic* related to IPC that has produced mixed results, as reported in various studies: *one finding positive associations between team autonomy and IPC [44], while another revealing that greater team autonomy may have adverse effects for IPC and team effectiveness [45]*. Yet the benefits of team autonomy are clearly established in terms of a better exchange of skills, creativity, cohesion among team members and more effective group decision-making [46, 47], identifying team autonomy as a highly sought-after quality in the MH domain.

Regarding structural characteristics that may influence IPC, positive relationships between *organizational support and IPC have been identified in previous research [3, 33, 48]*. *Organizational support* reflects employee perceptions of the extent to which an organization values its contribution and the degree of focus on organizational well-being; organizational support also includes logistical, administrative, and clinical supervision, and the development of training protocols or tools to assist employees in their work [49, 50]. Results showed the highly positive impact of organizational support in terms of team performance [51] and reduced staff turnover [52]. *Team size is another structural characteristics studied by many researchers in*

relation to IPC with mixed results [3, 13]. *One study found that members working in larger teams were less effective, less involved in decision-making processes and in IPC [3]; whereas another reported that small teams were highly dependent on the individual skills, abilities and experience of their members for meeting the biopsychosocial or multidimensional needs of patients [13].*

Concerning professional role characteristics, type of profession, team identification and professional identification *have been frequently studied* in relation to IPC. While the cultures and values of particular healthcare professions create challenges for effective teamwork, reducing IPC effectiveness [53, 54] , other healthcare professions transmit values, beliefs and behaviours that promote IPC [55]. Moreover, *studies have demonstrated that team identification creates a sense of unity and solidarity among team members, improving IPC [56, 57]. By contrast, professional identification deriving from professional commitment and specific related practices was negatively related to IPC [58, 59]. However, to the best of our knowledge, no studies have measured the impact of both team identification and professional identification, namely multifocal identification, on IPC. More concretely, multifocal identification refers to the fact that any team member identifies simultaneously with the team (team identification) and with his/her profession (professional identification) [60-62].*

Many studies have tested variables for their influence on IPC. However, research has yet to compare variables associated with IPC among professionals working in MH-PCTs vs MH-SSTs. Based on the conceptual framework developed by Bronstein et al. [29], and further enhanced by the work of San Martín-Rodríguez et al. [29] and Mulvale et al. [13], this study thus aimed to identify variables associated with IPC, comparing MH-PCTs and MH-SSTs. As these two types of

teams differ in terms of their activities, composition, client base, roles and functions, it was hypothesized that different variables related to MH-PCTs or MH-SSTs may influence IPC.

## **Methods**

### ***Study design and sample***

This study emanated from a larger evaluation of local health service networks (LHSNs) implemented under the 2005–2015 MH care reform [63, 64] in Quebec (Canada). As part of a global reform of the Quebec healthcare system [17], general hospitals, local community health centers, and nursing homes were merged to create 95 health and social service centers (HSSCs), mandated to oversee health service organization in their respective LHSNs, and to coordinate the various health service providers (e.g., psychiatric hospitals, community-based organizations, and medical clinics). The reform [17] required that at least one MH-PCT be established within each HSSC to treat patients with common mental disorders and provide follow-up services to stabilized service users with severe mental disorders. MH-PCT for the adult population integrated local teams such as biopsychosocial teams, and MH professionals (e.g. social workers, educators) based on roughly six psychosocial clinicians and 0.5 general practitioners per 100 000 inhabitants in the territory. MH-SST teams operated within hospital MH services (e.g. day hospital units, outpatient clinics, assertive community treatment).

The study included MH professionals from four Quebec LHSNs selected in consultation with an advisory committee composed of key decision makers in the Quebec MH care system [18]. Three LHSNs were served by a psychiatric hospital: two in the province's largest city and one in the capital. The fourth, located in a semi-urban area, relied on the services of a psychiatric

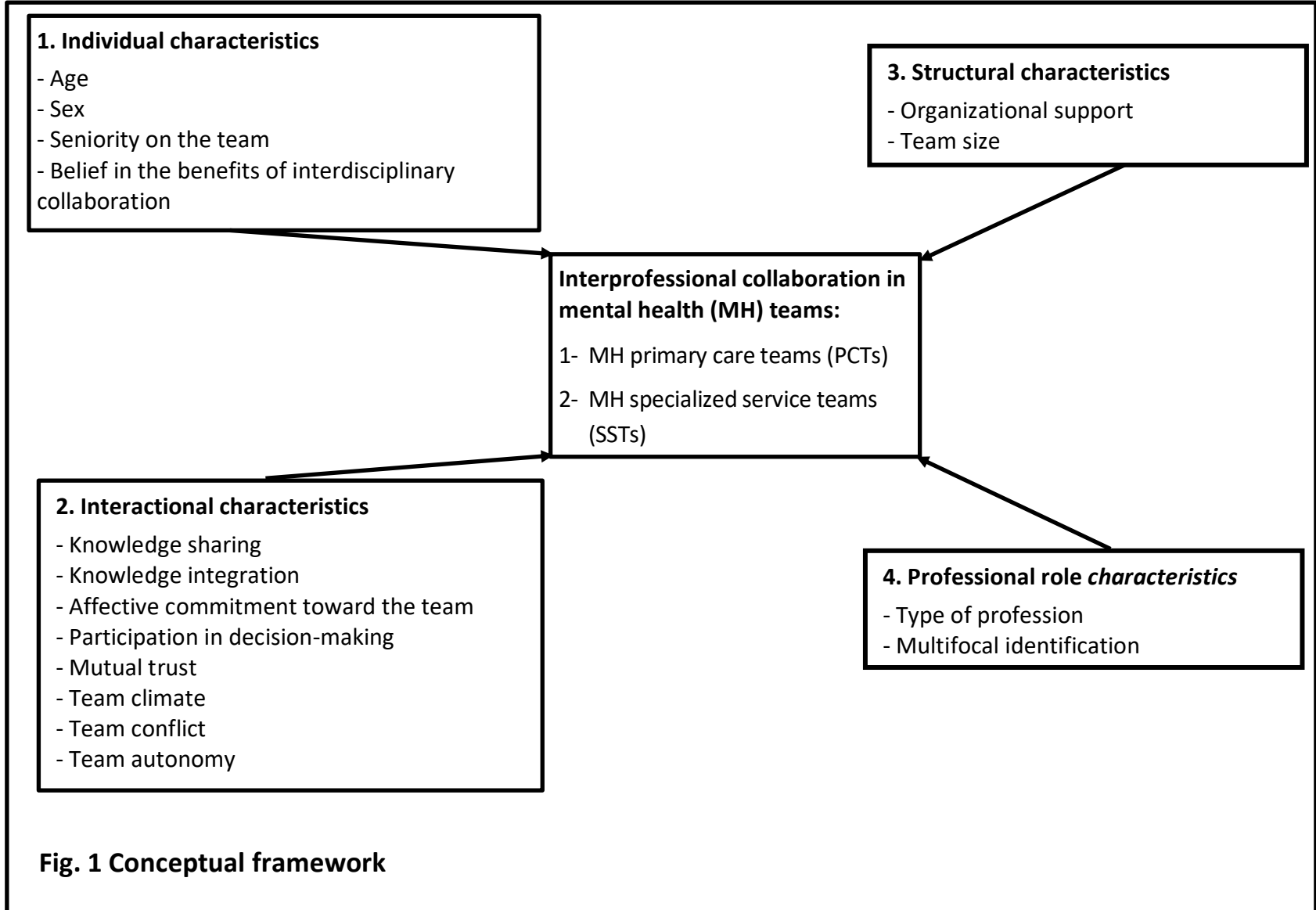


department in a general hospital. Population areas ranged from 135,000 inhabitants in the semi-urban area to 300,000 served by the LHSN in the capital city.

To be eligible for the study, MH professionals had to work in one of the four selected LHSNs as members of a MH-PCT or MH-SST, and on teams composed of three or more MH professionals from at least two disciplines (e.g., psychologist, nurse, and social worker). A list of all MH professionals working in the teams that met these requirements was provided by the advisory committee. All potential study participants were contacted by email or telephone and invited to the study. A psychiatric research ethics board approved the multisite study protocol.

### ***Data collection and variables***

A total of 466 MH professionals working in MH teams (154 in PCTs and 312 in SSTs) across the four LHSNs were invited to the study. Data collection involved the mailing of self-administered questionnaires to study participants, who completed and returned them between May 2013 and November 2014. To optimize the response rate, several recruitment strategies were conducted, including invitations by email and telephone, and information sessions held with MH professionals in PCTs and SSTs, and with their managers, who further assisted with recruitment. The questionnaire, which took approximately 45 minutes to complete, included sociodemographic information and questions related to diverse aspects of teamwork using standardized scales. **Figure 1** presents the conceptual framework for the study based on the interdisciplinary collaborative framework described above. The framework describes the dependent variable and independent variables included in the study, considering previous empirical research and data collection for this study.



**Table 1** describes the instruments used in the study to measure variables in the conceptual framework, including the Cronbach's alpha coefficients for each instrument from the original version (the English version for most), the validated French (or English) version and the study version used. The change in the Likert scales for some instruments used in the study should not reduce their reliability, validity or discriminating power [65, 66]. IPC, the dependent variable, was measured using the Team Collaboration Questionnaire by Chiochio, Grenier, O'Neill, Savaria and Willms [67], (Cronbach  $\alpha$  coefficient between 0.91 and 0.92) based on a 7-point Likert scale (1=completely disagree; 7=completely agree). There were 14 items divided into four sub-dimensions: team communication (5 items), synchronization (3 items), explicit coordination (3 items) and implicit coordination (3 items). Independent variables were organized according to the four blocks of the conceptual framework: 1) *Individual characteristics (4 variables)* 2) *Interactional characteristics (8 variables)*, 3) *Structural characteristics (2 variables)*, and 4) *Professional role characteristics (2 variables)*. All variables related to *Interactional characteristics* and one variable on *Individual characteristics* (belief in the benefits of interdisciplinary collaboration) were measured with validated instruments using 7-point Likert scales, while a single variable on *Structural characteristics* (organizational support), and another on *Professional role characteristics* (multifocal identification) also used instruments measured with 7-point Likert scales. One of the *Professional role characteristics* variables, type of profession, was further categorized in terms of medical professions (e.g. specialist, general practitioner, nurse, pharmacist), psychosocial professions (e.g. social worker, psychologist), and general professions (e.g. technician, clerk).

**Table 1. Variables and instruments used in the study**

<b>Blocks of variables</b>	<b>Variables</b>	<b>Instruments</b>	
<b>1) Independents variables (IV):</b>			
<b>Individual Characteristics</b>	1	Age	Research team socio-demographic questionnaire.
	2	Gender	Research team socio-demographic questionnaire.
	3	Belief in the benefits of interdisciplinary collaboration	Five-item scale; Cronbach alpha ( $\alpha$ ): 0.92; Range: 5-35 (Sicotte, D'Amour & Moreault., 2002).
	4	Seniority on the team	Research team socio-demographic questionnaire.
<b>Interactional Characteristics</b>	5	Knowledge sharing	Five-item scale; $\alpha$ : 0.93; Range: 5-35 (Bock, Zmud, Kim & Lee, 2005).
	6	Knowledge integration	Nine-item scale; $\alpha$ : 0.95; Range: 9-63 (Song & Xies, 2000).
	7	Affective commitment toward the team	Four-item scale; $\alpha$ : 0.86-0.92; Range: 4-28 (Allen & Meyer, 1990).
	8	Participation in decision-making	Three-item scale; $\alpha$ : 0.88; Range: 3-21 (Campion, Medsker & Higgs, 1993).
	9	Mutual trust	Four-item scale; $\alpha$ : 0.90; Range: 4-28 (Simons & Peterson, 2000).
	10	Team climate	Nineteen-item scale; $\alpha$ : 0.60 - 0.84; Range: 19-133 (Anderson & West, 1998).
	11	Team conflict	Nine-item scale; $\alpha$ : 0.93-0.94; Range: 9-63 (Jehn & Mannix, 2001).
	12	Team autonomy	Three-item scale; $\alpha$ : 0.76; Range: 3-21 (Campion, Medsker & Higgs, 1993).
<b>Organizational Features</b>	13	Organizational support	Four-item scale; $\alpha$ : 0.84-0.85; Range: 4-28 (Spreitzer, 1996).
	14	Team size	Research team socio-demographic questionnaire.
<b>Professional Role Characteristics</b>	15	Type of profession	Research team socio-demographic questionnaire.
	16	Multifocal identification	Twelve-item scale; Cronbach alpha ( $\alpha$ ): 0.65; Range: 12-84 (Van Dick, Wagner, Stellmacher & Christ, 2004).
<b>2) Dependent variable (DV):</b>	Interprofessionnal collaboration (IPC)	Fourteen-item scale in four sub-dimensions: communication (5 items); synchronization (3 items), explicit coordination (3 items); implicit coordination (3 items); $\alpha$ : 0.77 -0.91; Range: 14-98 (Chiocchio, Grenier, O'Neil, Savaria & Willms,2012).	

## Analyses

After scrutinizing the database, no outliers were found, and few missing values (less than 5%), which were replaced by the means. Univariate, bivariate, and multivariate analyses were

performed for both IPC in primary care (MH-PCTs; N=101) and IPC in specialized care (MH-SSTs; N=214). Univariate analyses included frequency distributions (numbers and percentages) for categorical variables, and central tendency measurements (means, standard deviations) for continuous variables. Linear regressions were conducted for bivariate analyses to assess associations between each independent variable and the dependent variable. For the bivariate analyses, the alpha value was set at 0.10 (which is less restrictive than 0.05), as some associations identified as not significant in the bivariate analysis, if considered with an alpha value at 0.05, may become significant when tested against other variables in the multiple regressions. Variables significantly associated with each dependent variable in the bivariate analyses were then used to build the two multiple linear regression models (PCTs, SSTs) using the Backward elimination technique, with alpha set at 0.05. The total variance explained (adjusted  $R^2$ ) and goodness of fit ( $F$ -test and  $p$  value) were calculated for the two multiple regression models.

## **Results**

Three hundred fifteen (315) MH professionals working in PCTs (N=101) or SSTs (N=214) participated in the study, for a 67.6% response rate. Regarding healthcare services, 32.1% of MH professionals worked in MH-PCTs and 67.9% in MH-SSTs. Most MH professionals were female: 70.2% in the total sample, 78.2% in MH-PCTs, and 65.4% in MH-SSTs. No significant differences were found between participants and non-participants with respect to distributions for team type [ $\chi^2$  (1, N=466) =0.79;  $p=0.68$ ] and gender [ $\chi^2$  (1, N=466) =0.03;  $p=0.87$ ]. The mean age of study participants was 43 years for the total sample, 41.7 years in MH-PCTs, and 44.1 years in MH-SSTs. Mean seniority on the teams was 3 years for the total sample, 2.25 years in MH-PCTs, and 3.44 in

MH-SSTs. Most participants in both the total sample and the two subsamples were psychosocial professionals (77.2% in MH-PCTs vs. 44.4% in MH-SSTs); while the rest were medical professionals (15.8% in MH-PCTs vs. 43.5% in MH-SSTs) or general professionals (7.9% in MH-PCTs vs. 12.1% in MH-SSTs). IPC had a mean score of 8.022 (SD=3.751) for PCTs, and 19.931 (SD=3.747) for SSTs. Participant characteristics are presented in **Table 2**, along with significant variables from the bivariate analyses.

**Table 2. Participant characteristics and unadjusted associations with interprofessional collaboration-IPC**

		MH Primary Care Teams (PCTs) (N=101)				MH Specialized Service Teams (SSTs) (N=214)			
		Distribution		Bivariate analyses		Distribution		Bivariate analyses	
Blocks	Variables	n/Mean	%/SD	Beta*	P	n/Mean	%/SD	Beta*	P
<b>Dependent variable</b>	IPC (Mean/SD)	8.02	3.75			19.93	3.75		
<b>1. Individual Characteristics</b>	Age (Mean/SD)	41.71	10.56	-.299	.002	44.07	10.38	-.125	.069
	Gender (n/%)								
	Female	79	78.2			140	65.4		
	Male	22	21.8			74	34.6		
	Seniority in the team (Mean/SD)	2.25	3.07			3.44	5.56		
	Belief in the benefits of IPC score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.99	0.82	.445	< .001	6.35	.65	.238	< .001
<b>2. Interactional Characteristics</b>	Knowledge sharing score <sup>a</sup> (Mean/SD)	5.51	0.97	.556	< .001	5.83	.85	.330	< .001
	Knowledge integration score <sup>a</sup> (Mean/SD)	3.91	0.99	.709	< .001	4.41	1.16	.609	< .001
	Affective commitment toward the team score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.43	1.19	.462	< .001	5.06	1.20	.470	< .001
	Participation in decision-making score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.44	1.45	.455	< .001	5.28	1.24	.408	< .001
	Mutual trust score <sup>a</sup>	5.13	1.05	.204	.004	5.23	1.21	.519	< .001
	Team climate score <sup>b</sup> (Mean/SD)	19.45	3.03	.676	< .001	20.92	3.48	.686	< .001
	Team conflict score <sup>a</sup> (Mean/SD)	3.39	1.79	-.128	.202	9.23	3.29	-.356	< .001
	Team autonomy score <sup>a</sup> (Mean/SD)	4.48	1.29	.162	.0106	5.12	1.12	.0322	< .001
<b>3. Structural Characteristics</b>	Team size (Mean/SD)	7.02	2.32			8.44	3.85		
	Organizational support score <sup>b</sup> (Mean/SD)	4.61	1.23	.342	< .001	4.95	1.13	.0449	< .001
<b>4. Professional Role Characteristics</b>	Type of profession (n/%)								
	Medical professions	16	15.8			93	43.5		
	Psychosocial professions	77	76.2			95	44.4		
	General Professions	8	7.9			26	12.1		
	Multifocal identification score <sup>a</sup> (Mean/SD)	20.22	2.54	.517	< .001	20.97	2.61	.461	< .001

<sup>a</sup> Mean score (1 to 7 for each variable); min: 1, max: 7; higher = positive. <sup>b</sup> Mean score (1 to 7 for 4 dimensions); min: 4, max: 28; lower = positive. Beta\*: Standardized coefficients Beta

The multiple linear regression models are presented in **Table 3**. For MH-PCTs, four variables were independently and positively associated with IPC, including three related to Interactional characteristics (knowledge sharing, knowledge integration and team climate), and one related to Professional role characteristics (multifocal identification). This model explained 63.6% of total variance (adjusted  $R^2$ ) and had acceptable goodness-of-fit. In the MH-SSTs, four variables were independently and positively associated with IPC, of which two related to Interactional characteristics (knowledge integration and team climate), one related to Structural characteristics (organizational support), and another related to Professional role characteristics (multifocal identification). The single variable related to Individual characteristics, age, was significantly and negatively associated with IPC. This model explained 55.0% of total variance (adjusted  $R^2$ ) and had acceptable goodness-of-fit.



**Table 3. Variables independently associated with interprofessional collaboration (IPC):  
Multiple linear regressions**

**MH Primary Care Teams (PCTs)<sup>a</sup>**

Linear regression models		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
					LB	UB	Tolerance	VIF
Total sample (N=101)	(Constant)		-1.584	.116	-7.259	.814		
<b>Interactional Characteristics</b>	Knowledge sharing score	.238	3.463	.0001	.395	1.457	.767	1.303
	Knowledge integration score	.375	4.547	< .001	.796	2.030	.536	1.866
	Team climate score	.265	3.119	.002	.119	.537	.504	1.984
<b>Professional Role Characteristics</b>	Multifocal identification score	.141	1.975	.005	-.001	.419	.710	1.408

**MH Specialized Service Teams (SSTs)<sup>b</sup>**

Linear regression models		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
					LB	UB	Tolerance	VIF
Total sample (N=214)	(Constant)		1.776	.077	-.341	6.536		
<b>Individual Characteristics</b>	Age (Mean/SD)	-.114	-2.450	.015	-.074	-.008	.973	1.028
<b>Interactional Characteristics</b>	Knowledge integration score	.240	3.819	<.001	.376	1.179	.535	1.871
	Mutual trust score	.124	1.852	.065	-.025	.795	.469	2.131
	Team climate score	.323	3.828	<.001	.169	.528	.297	3.371
	Team autonomy score	.084	1.699	.091	-.042	.567	.868	1.152
<b>Structural Characteristics</b>	Organizational Support score	.106	1.931	.005	-.007	.709	.704	1.420
<b>Professional Role Characteristics</b>	Multifocal identification score	.094	1.689	.005	-.023	.293	.682	1.467

MH Primary Care Teams<sup>a</sup> : Adjusted R<sup>2</sup>: 0,636; Goodness of fit–F: 44.696 P < 0.001

MH Specialized Service Teams<sup>b</sup> : Adjusted R<sup>2</sup>: 0.550; Goodness of fit–F: 38.159 P < 0.001

**Discussion**

This study was to our knowledge the first to compare variables associated with IPC in MH-PCTs and MH-SSTs. The findings revealed three variables independently and positively associated with

IPC in both PCTs and SSTs (knowledge integration, team climate and multifocal identification); whereas knowledge sharing correlated with MH-PCTs only, and two other variables (organizational support and age) with MH-SSTs only. Therefore, in terms of variables significantly associated with ICP in MH-PCTs and MH-SSTs, there were as many differences as similarities, contrary to our hypothesis. This may be explained by the differences in teams working in primary care as compared with specialized care, described in the introduction, and by the fact that most PCTs were formed following the MH reform with staff from former SSTs. The increased promotion of integrated care among professionals from both PCTs and SSTs aimed at accommodating patients who need service at both levels of care may also explain our results. Moreover, while the proportion of medical professionals was greater among SSTs, and psychosocial professionals more prevalent among MH-PCTs, inter-professional collaboration (IPC) was not associated with type of professional in either MH-PCTs or MH-SSTs.

In addition, all four blocks in the conceptual framework were represented for MH-SSTs, whereas only two blocks represented MH-PCTs. No Individual or Structural characteristics variables were associated with IPC in MH-PCTs. This result may be explained by the recent nature of professional transfers to the new multidisciplinary MH-PCTs, and the early stage of team operations in terms of staff acquisition, the transfer of task-related knowledge, skill development as well as team support [68]. The embedding of IPC competencies (communication, synchronization, explicit coordination, and implicit coordination), and interdisciplinary values and skills as well as team support into team structures would be expected to improve over time. It is only over a long-period of time that IPC may become effective, resulting from practice-based training [69] and team building activities [70, 71] that would allow health professionals to break

with old habits [70] by acquiring new knowledge, skills and attitudes [72]. By contrast, teamwork and other forms of collaboration were more the norm among psychiatrists and psychosocial professionals in specialized services, where cases are more complex and patient medical and social needs more recurrent.

Two variables related to Interactional characteristics (knowledge integration and team climate) were associated with IPC in both MH-PCTs and MH-SSTs. A high degree of knowledge integration and positive work environment are particularly important in managing most common MH problems, but also in treating severe and enduring MH problems such as schizophrenia and bipolar disorder. Studies have shown that IPC would be limited without knowledge integration from different disciplines and a positive working environment [30, 41]; while unsatisfactory or difficult conditions threaten the quality of patient care [53] and professional life [73, 74]. Knowledge integration and positive team climate may include better role clarification, inter-professional communication, and collaborative leadership, and this aligned with a patient-centred care approach based on a high level of IPC focused on the needs of patients and their loved-ones for improving quality of care [53]. Knowledge integration in particular involves the development of a relational dynamic in which professionals influence each other in analyzing the situations encountered, and in articulating a shared vision and plan of action [53, 69, 74-76]. Knowledge integration coupled with positive and productive work environments may foster positive contacts among professionals in different disciplines that would enhance empathic responses while reducing anxiety levels among professionals [77].

The multifocal identification variable under Professional role characteristics was also

associated with IPC in both MH-PCTs and MH-SSTs. This underlines the importance of professional identification for improving IPC in MH teams practicing from a multidisciplinary model of care, such as those responsible for expert assessments, case reviews and management of individuals with complex needs. Indeed, professional identification was experienced as a great source of satisfaction and motivation for workers whose professional skills were valued by other team members [78]. Moreover, strong team identity helped overcome multiple issues including those involving professional diversity or patient management [79, 80]. Research has shown that successful teamwork was enhanced when team identification was sufficiently strong to moderate individual professional identifications [9]. In addition, numerous studies show that certain intergroup contacts may lead to harm and discrimination, which would require that a set of actions be taken to address power differentials [77].

The knowledge sharing variable under Interactional characteristics was associated with IPC in MH-PCTs only. This suggests the particular importance of knowledge sharing in the newly formed MH-PCTs dealing with patients mainly affected by common mental disorders and substance use disorders as well as multiple biopsychosocial needs that require sharing of information, skills, and expertise [81, 82]. Consistent with our results, a number of studies demonstrated that collaboration rarely succeeds without knowledge sharing on teams [30, 83]. Knowledge sharing is also known to increase worker productivity and organizational performance [84, 85].

Organizational support, a Structural characteristics variable, was associated with IPC for MH-SSTs only. Organizational support entails multi-level leadership in overseeing the provision of

team resources, adequate space for patient care, clear rules and procedures [2, 30], a climate conducive to the development of good team working relationships [86], as well as leadership and administrative support [29]. This support is particularly essential in MH-SSTs where a variety of professionals treat cases involving complex and recurring disorders (e.g. schizophrenia, bipolar disorders), and some agitated and/or aggressive patients [87, 88]. Specialized care interventions also tend to occur in an emergency or crisis context, requiring a high level of organizational support. Organizational support has also had positive effects for reducing staff turnover [64] and on job performance [51].

Regarding Individual characteristics, our study identified a negative association between age and IPC, unlike some previous research (e.g. [31]), but only in MH-SSTs. This finding may have been due to the prevalence of younger professionals working in MH-SSTs, whose relative lack of work experience may have encouraged greater collaboration with others as compared with more experienced team members in order to minimize errors [89]. Another explanation may be that younger MH professionals are more open to innovation, and to knowledge acquisition, as in the adoption of best practices and IPC. Moreover, since around 2012 all Canadian programs for health professional have been accredited to provide interprofessional education related to their standards [90], which may prepare health science students to work in collaboration prior to their entry into professional practice. However, despite a growing body of research, little consensus exists concerning the effects of age on IPC, as younger professionals may also work with seniors who manage to enforce the status quo [31, 91].

Finally, some independent variables identified as significant in other studies were not

related to IPC in this research, whether for MH-PCTs or MH-SSTs, which may be partly explained by the study context. However, some variables that were not in collinearity with others, but measured different dimensions, may have been relatively close in meaning (e.g. multifocal identification and belief in benefits of interdisciplinary collaboration). Most astonishing was that type of profession (in Professional role characteristics) was not related to IPC in our study. This result may have occurred because teams were too similar in terms of their mix of professionals to be differentially related to IPC, or perhaps due to the way in which each individual team was regrouped in terms of PCTs or SSTs.

### **Limitations**

Despite some important findings, this study had certain limitations. First, the study used a cross-sectional design, which did not permit the formulation of cause and effect inferences about the data. Second, the research did not include a control group, which would have allowed for comparisons. Third, MH-PCTs and MH-SSTs represented a diversified range of teams such as assertive community treatment teams, emergency department teams (SSTs), single access point or psychosocial teams (PCTs), that were not treated as specific team types in the analyses. Treating each team subtype separately may have produced different IPC associated variables. Studying specific teams with a complementary method such as case study analysis may also have brought additional information concerning team processes and dynamics to the results. In addition, there were more SST than PCT teams, and for some, such as emergency department teams, response rates were relatively low. Fourth, some variables identified as key variables in earlier ICP research (e.g. leadership, team power balance, and team culture) were not

investigated in the present study [3, 28]. Fifth, since Likert-scales of the French instruments used in this study often differed from their original version, the mean scores may not be compared with those from previous studies. Sixth, IPC could have been measured with other validated instruments than the one used in this study (e.g. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale [92]). Seventh, multivariate linear regression analyses cannot identify IPC moderators or mediators. A study using equation modelling analysis could be a further step for identifying such IPC data. Finally, the results may only be generalized to the Quebec MH system, and to the sites included in this study.

## **Conclusion**

This study was innovative in several ways. First, it included a large sample of professionals working in MH-PCTs or MH-SSTs located in four Quebec MH networks. Second, the study tested numerous variables previously identified as strongly related to IPC and organized within a conceptual framework. Moreover, it identified variables associated with IPC in both MH-PCTs and MH-SSTs, comparing *IPC associated variables for the two practice settings*. The two multivariate regression models identified three independent variables *related to Interactional characteristics, and one each for Individual characteristics, Structural characteristics, and Professional role characteristics, respectively. Three independent variables were associated with both MH-PCTs and MH-SSTs, and three were specific to either MH-PCTs or MH-SSTs; as such, they reveal some variation in IPC across levels of care*. This suggests the need for managers to promote the development and implementation of differentiated professional skills on teams, depending upon their required level of care provision. Surely, the maintenance of IPC depends upon the contributions of all team

members, whereas their effectiveness may be directly influenced by managers themselves. Thus, at the level of specialized services, managers might focus their attention on organizational support without neglecting other variables identified in association with IPC in both MH-PCTs and MH-SSTs (i.e. knowledge integration, positive team climate and multifocal identification). At the primary MH level, managers should focus on the development of knowledge-sharing competencies. Finally, more outreach activities and training of MH professionals are needed to promote interdisciplinary values and skills as well as interprofessional knowledge and IPC. All in all, MH professionals working as members of multidisciplinary teams need preparation and support to know how to work more effectively and collaboratively.

### **Abbreviations**

HSSCs: health and social service centers

IPC: interprofessional collaboration

LHSNs: local health service networks

MH: mental health

MH-PCTs: primary mental health care teams

MH-SSTs: specialized mental health service teams

PCTs: primary care teams

SSTs: specialized service teams



## **Declarations**

## **Acknowledgments**

We thank the individuals who participated in the research, including the advisory committee and network respondents, the research team, and staff. We are especially grateful to Guy Grenier for his assistance in the preparation of this manuscript, and to Judith Sabetti for editorial assistance.

## **Author contributions**

NNMKK and MJF designed analytical plan for the article. NNMKK wrote the article. JMB produced the quantitative analyses and tables. MJF and FC designed the overall research project, and MJF was responsible for the data collection. MJF, JMB and FC revised the final version of the article.

## **Funding**

This study was funded by the *Fonds de recherche du Quebec Santé* (FRQS), grant number 22367 and the *Prends Soins de toi* Program.

## **Ethics approval and consent to participate**

The research ethics board of the Douglas Mental Health University Institute approved the multi-site study protocol (MP-IUMD-11037). Written informed consent was obtained from all participants at the beginning of the study.

## **Consent for publication**

Not applicable

### **Competing interests**

The authors declared no competing interests.

### **Availability of data and material**

Signed confidentiality agreements prevent us from sharing the data. However, a copy of questionnaires may be obtained from the first author on request.

## References

1. D'Amour D, Oandasan I: **Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept.** *J Interprof Care* 2005, **19 Suppl 1**:8-20.
2. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M: *Interprofessional teamwork for health and social care.* Chichester, UK: Blackwell; 2010.
3. Xyrichis A, Lowton K: **What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review.** *Int J Nurs Stud* 2008, **45**:140-153.
4. Craven MA, Bland R: **Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base.** *Can J Psychiatry* 2006, **51** 7s-72s.
5. Byrnes V, O'Riordan A, Schroder. C, Chapman CE, Medves J, Paterson M, Grigg R: **South eastern interprofessional collaborative learning environment (SEIPCLE): nurturing collaborative practice.** *JRIPE* 2012, **2**.
6. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P: **Collaborative care for depression and anxiety problems.** *Cochrane Database Syst Rev* 2012, **10**:CD006525.
7. Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, de la Cuesta C, Groenewegen P: **Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care.** *Qual Prim Care* 2012, **20**:303-312.

8. Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, Isomura T, Craven M, Gervais M, Audet D: **The Evolution of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future.** *Can J Psychiatry* 2011, **56**:1-10.
9. Mitchell RJ, Parker V, Giles M: **When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness.** *Hum Relat* 2011, **64**:1321-1343.
10. Weinberg DB, Miner DC, Rivlin L: **'It depends': medical residents' perspectives on working with nurses.** *Am J Nurs* 2009, **109**:34-43; quiz 44.
11. Bender M, Connelly CD, Brown C: **Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader.** *J Nurs Manag* 2013, **21**:165-174.
12. Bell AV, Michalec B, Arenson C: **The (stalled) progress of interprofessional collaboration: the role of gender.** *J Interprof Care* 2014, **28**:98-102.
13. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD: **'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework.** *BMC Fam Pract* 2016, **17**:83.
14. Smith GC: **From consultation-liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex needs.** *Aust N Z J Psychiatry* 2009, **43**:1-12.
15. WHO: *The world Health Report 2008: Primary Health Care (Now More than Ever)*. Geneva: World Health Organization; 2008.

16. Nicaise P, Dubois V, Lorant V: **Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time.** *Health Policy* 2014, **115**:120-127.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux: *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens.* Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005.
18. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS): **Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens,** Québec: Gouvernement du Québec; 2012.
19. Commonwealth of Australia: *Fourth National Mental Health Plan- An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2004.* Commonwealth of Australia; 2009.
20. Fleury MJ: **[Primary mental healthcare reform in quebec and the role and coordination strategies of general practitioners].** *Sante Ment Que* 2014, **39**:25-45.
21. Thiebaut GC, Farand L, Fleury MJ: **[Policies and mental health action plans in OECD: lessons for Quebec?].** *Sante Ment Que* 2014, **39**:65-84.
22. Kisely S, Campbell LA: **Taking consultation-liaison psychiatry into primary care.** *Int J Psychiatry Med* 2007, **37**:383-391.
23. Thielke S, Vannoy S, Unutzer J: **Integrating mental health and primary care.** *Prim Care* 2007, **34**:571-592, vii

24. Fleury MJ: **Présentation. Santé mentale en première ligne.** *Sante Ment Que* 2009, **34**:19-34.
25. Fleury MJ, Farand L, Aube D, Imboua A: **Management of mental health problems by general practitioners in Quebec.** *Can Fam Physician* 2012, **58**:e732-738, e725-731.
26. Wüsthoff LE, Waal H, Ruud T, Grâwe RW: **A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres.** *BMC Psychiatry* 2011, **11**:93.
27. Upshur C, Weinreb L: **A survey of primary care provider attitudes and behaviors regarding treatment of adult depression: what changes after a collaborative care intervention?** *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008, **10**:182-186.
28. Korner M, Butof S, Muller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J: **Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review.** *J Interprof Care* 2016, **30**:15-28.
29. Bronstein LR: **A model for interdisciplinary collaboration.** *Soc Work* 2003, **48**:297-306.
30. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M: **The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies.** *J Interprof Care* 2005, **19** Suppl 1:132-147.
31. Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu MK: **Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects.** *Soc Sci Med* 2012, **75**:1811-1819.

32. Rousseau C, Pontbriand A, Nadeau L, Johnson-Lafleur J: **Perception of Interprofessional Collaboration and Co-Location of Specialists and Primary Care Teams in Youth Mental Health.** *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017, **26**:198-204.
33. Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, McKey CA, Akhtar-Danesh N: **Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis.** *J Adv Nurs* 2017, **73**:71-84.
34. Pounder JS, Coleman M: **Women-better leaders than men? In general and educational management it still all depends.** *Leader Organ Dev J* 2002, **23**:122-133.
35. Caricati L, Guberti M, Borgognoni P, Prandi C, Spaggiari I, Vezzani E, Lemmi M: **The role of professional and team commitment in nurse-physician collaboration: A dual identity model perspective.** *J Interprof Care* 2015, **29**:464-468.
36. Bock GW, Zmud RW, Kim YG, Lee JN: **Behavioral Intention Formation in Knowledge Sharing: Examining the Roles of Extrinsic Motivators, Social-Psychological Forces, and Organizational Climate.** *MIS Quart* 2005, **29**:87-111.
37. Oandasan I, Reeves S: **Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes.** *J Interprof Care* 2005, **19 Suppl 1**:39-48.
38. Pearce CL, Herbik PA: **Citizenship behavior at the team level of analysis: The effects of team leadership, team commitment, perceived team support, and team size.** *J Soc Psychol* 2010, **144**:293-310.

39. Dunn S, Cragg B, Graham ID, Medves J, Gaboury I: **Interprofessional shared decision making in the NICU: a survey of an interprofessional healthcare team.** *JRIPE* 2013, **3**:63-77.
40. Deluca DC, Valachich JS: **Situational synchronicity or decision making.** In *Encyclopedia of decision making and decision support technologies. Volume 2.* Edited by Adams F, Humphreys P. Hersey, PA: Information Science Reference; 2008
41. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C: **The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study.** *J Interprof Care* 2017, **31**:184-186.
42. Bagshaw D, Lepp M, Zorn CR: **International research collaboration: Building teams and managing conflicts.** *Conflict Resol Q* 2007, **24**:433-446.
43. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ: **Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved?** *J Interprof Care* 2011, **25**:4-10.
44. Langfred CW: **Autonomy and Performance in Teams: The Multilevel Moderating Effect of Task Interdependence.** *J Manag* 2005, **31**:513-529.
45. Lanaj K, Chang CH, Johnson RE: **Regulatory focus and work-related outcomes: a review and meta-analysis.** *Psychol Bull* 2012, **138**:998-1034.
46. Parker SK, Williams HM: *Effective teamworking: Reducing the psychosocial risks.* Norwich: HSE Books; 2001.



47. Hoegl M, Parboteeah KP: **Autonomy and Teamwork in Innovative Projects.** *Hum Resour Manag J* 2006, **2006**:67-79.
48. Pfaff KA, Baxter PE, Jack SM, Ploeg J: **Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study.** *Int J Nurs Stud* 2014, **51**:1142-1152.
49. Eisenberger R, Huntington R, Hutchinson S, Sowa D: **Perceived organizational support.** *J Appl Psychol* 1986, **1986**:500-507.
50. Eisenberger R, Fasolo P, Davis-LaMastro V: **Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation.** *J Appl Psychol* 1990, **75**:51-55.
51. Nadiri H, Tanova C: **An investigation of the role of justice in turnover intentions, job satisfaction, and organizational citizenship behavior in hospitality industry.** *Int J Hosp Manag* 2010, **29**:33-41.
52. Tymon WGJ, Stumpf SA, Smith RR: **Manager support predicts turnover of professionals in India.** *Career Dev Int* 2011, **16**:293-312.
53. Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC]: *A national interprofessional competency framework.* Vancouver: Retired from: [www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf); 2010.
54. Chiochio F, Lebel P, Dube JN: **Informational role self-efficacy: a validation in interprofessional collaboration contexts involving healthcare service and project teams.** *BMC Health Serv Res* 2016, **16**:153.

55. Bilodeau K, Dubois S, Pepin J: **The contribution of nursing science to interprofessional knowledge development.** *Recherche en soins infirmiers* 2013, **113**.
56. Kramer RM: **Social capital and cooperative behavior in the workplace: A social identity perspective.** *Adv Group Process* 2006, **23**:1-30.
57. Van Dick R, Van Knippenberg D, Van Kerschreiter R, Hertel G, Wieseke J: **Interactive effects of work group and organizational identification on job satisfaction and extra-role behaviour.** *J Vocat Behav* 2008, **72**:388-399.
58. Wackerhausen S: **Collaboration, professional identity and reflection across boundaries.** *J Interprof Care* 2009, **23**:455-473.
59. McNeil KA, Mitchell RJ, Parker V: **Interprofessional practice and professional identity threat.** *Health Sociol Rev* 2013, **22**:291–307.
60. Markon MP, Bamvita JM, Chiochio F, Fleury MJ: **Profiles of mental health care professionals based on work role performance.** *Psychiatr Q* 2017, **88**:827-838.
61. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Chiochio F: **Associated and Mediating Variables Related to Job Satisfaction among Professionals from Mental Health Teams.** *Psychiatr Q* 2017.
62. Khalili H, Hall J, DeLuca S: **Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice.** *J Interprof Care* 2014, **28**:92-97.

63. Fleury MJ, Grenier G, Vallee C, Aube D, Farand L, Bamvita JM, Cyr G: **Implementation of the Quebec mental health reform (2005-2015)**. *BMC Health Serv Res* 2016, **16**:586.
64. Fleury MJ, Grenier G, Vallee C, Aube D, Farand L: **Implementation of Integrated Service Networks under the Quebec Mental Health Reform: Facilitators and Barriers associated with Different Territorial Profiles**. *Int J Integr Care* 2017, **17**:3.
65. Dawes J: **Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales**. *Int J Market Res* 2008, **50**:61-77.
66. Preston CC, Colman AM: **Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences**. *Acta Psychol (Amst)* 2000, **104**:1-15.
67. Chiocchio F, Grenier S, O'Neill TA, Savaria K, Willms JD: **The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams**. *IJPOM* 2012, **4**:1-37.
68. Kozlowski SWJ, Bell B: **Work groups and teams in organizations**. In *Handbook of Psychology Industrial and Organizational Psychology. Volume 12*. Edited by Weiner IB, Schmidt NW, Highhouse S. London: Wiley; 2003: 333-375
69. Salas E, Cooke NJ, Rosen MA: **On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments**. *Hum Factors* 2008, **50**:540-547.
70. Salas E, Rosen MA: **Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training**. *BMJ Qual Saf* 2013, **22**:369-373.

71. Klein C, DiazGranados D, Salas E, Le H, Burke CS, Lyons R, Goddwin GF: **Does team building work?** *Small Group Res* 2009, **40**:181-222.
72. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, Weaver SJ: **Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care.** *Am Psychol* 2018, **73**:433-450.
73. Shields M, Wilkins K: *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats.* Ottawa: Statistique Canada; 2006.
74. Choi K, Cho B: **Competing hypotheses analyses of the association between group task conflict and group relationship conflict.** *J Organ Behav* 2011, **30**:963-982.
75. Howarth M, Warne T, Haigh C: **"Let's stick together"--a grounded theory exploration of interprofessional working used to provide person centered chronic back pain services.** *J Interprof Care* 2012, **26**:491-496.
76. Adams TL, Orchard C, Houghton P, Ogrin R: **The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation.** *J Interprof Care* 2014, **28**:339-344.
77. Pettigrew T, Tropp L: **How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators.** *Eur J Soc Psychol* 2008, **38**:922-938.
78. Feen-Calighan HR: **Professional Identify Perceptions of Dual-prepared art therapy graduates.** *Art Therapy* 2012, **29**:150-157.

79. Van der Vegt G, Bunderson S: **Learning and performance in multidisciplinary teams: The importance of collective team identification.** *Acad Manag J* 2005, **48**:532-547.
80. Solansky TS: **Team identification: A determining factor of performance.** *J Manag Psychol* 2010, **26**.
81. Fleury MJ, Grenier G: **Needs and appropriateness of help according to types of professionals and their users.** *IJPR* 2007, **12**:5-22.
82. Fleury MJ, Bamvita JM, Grenier G, Schmitz N, Piat M, Tremblay J: **Adequacy of Help Received by Individuals with Severe Mental Disorders After a Major Healthcare Reform in Quebec: Predictors and Changes at 5-Year Follow-Up.** *Adm Policy Ment Health* 2016, **43**:799-812.
83. Lindh Falk A, Hopwood N, Abrandt Dahlgren M: **Unfolding practices: A sociomaterial view of interprofessional collaboration in health care.** *Professions and Professionalism* 2017, **7**:1-14.
84. Reyshav I, Weisberg J: **Good for workers, good for companies: How knowledge sharing benefits individual employees.** *Knowledge and process Management* 2009, **16**:186-197.
85. Kessel M, Kratzer J, Schultz C: **Psychological safety, knowledge sharing, and creative performance in healthcare teams.** *Creativ Innovat Manag* 2012, **21**:147-157.
86. Baxter P, Markle-Reid M: **An interprofessional team approach to fall prevention for older home care clients 'at risk' of falling: health care providers share their experiences.** *Int J Integr Care* 2009, **9**:e15.

87. Wholey DR, Zhu X, Knoke D, Shah P, Zellmer-Bruhn M, Witheridge TF: **The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation.** *Psychiatr Serv* 2012, **63**:1108-1117.
88. Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Van Weel C: **Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study.** *BMC Fam Pract* 2009, **10**:52.
89. Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D: **Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review.** *Hum Resour Health* 2013, **11**:57.
90. Accreditation of Interprofessional health Education (AIPHE): *Principels and practices for integrating interprofessional education into the accreditation standards for six health professions in Canada.* <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/AIPHEPrinciplesandPracticesGuidev2EN.pdf>.
91. Hansson A, Arvemo T, Marklund B, Gedda B, Mattsson B: **Working together--primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration.** *Scand J Public Health* 2010, **38**:78-85.
92. Orchard C, Pederson LL, Read E, Mahler C, Laschinger H: **Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision.** *J Contin Educ Health Prof* 2018, **38**:11-18.

## **CHAPITRE 6 : DISCUSSION**

Ce chapitre synthétise brièvement les principaux résultats de la thèse et les interprète dans leur ensemble. Il en dégage aussi les limites et les implications potentielles tant au niveau de la santé publique qu'à celui des recherches futures.

### **6.1. Discussion**

#### **6.1.1. Rappel des objectifs de la recherche**

L'objectif de cette thèse était d'approfondir nos connaissances sur la CIP dans le domaine de la SM par l'identification des variables qui y sont associées. Trois aspects relatifs à cet objectif ont été traités.

En premier lieu, nous avons identifié les variables associées à la CIP auprès de professionnels travaillant dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS du Québec. Plusieurs variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique en santé ont été prises en compte et catégorisées dans un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003). Ce cadre décrit la thèse selon laquelle les caractéristiques reliées au rôle professionnel, les caractéristiques structurelles, les caractéristiques interpersonnelles et les caractéristiques personnelles influencent la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

Ensuite, nous avons identifié les profils des professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP ainsi que les variables spécifiques étant à même de les distinguer. Ces profils, identifiés

à l'aide de l'analyse typologique (*clusters analysis*), sont susceptibles d'orienter les gestionnaires à développer des interventions adaptées aux besoins des sous-groupes identifiés (Everitt, 1993; Bouroche & Saporta, 2005).

Enfin, nous avons identifié puis comparé les variables associées à la CIP selon le contexte de soins de SM, à savoir les soins primaires et les services spécialisés. Deux modèles de régression multivariée ont été effectués (l'un pour les soins primaires et l'autre pour les services spécialisés) et ont ressorti les variables pour lesquelles il faudrait focaliser une attention particulière pour promouvoir la CIP selon le contexte de soins de santé.

### **6.1.2. Bref retour sur les résultats clés**

Les résultats de notre étude ont été présentés par l'entremise de 3 articles scientifiques. Comme indiqué plus haut, le premier article a identifié les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM localisées dans 4 RLS du Québec. Trois variables liées aux caractéristiques interpersonnelles à savoir le climat d'équipe, le partage des connaissances et l'intégration des connaissances, et une variable liée au rôle professionnel, en l'occurrence l'identification multifocale, étaient significativement associées à la CIP.

Le climat d'équipe était la variable indépendante la plus fortement associée à la CIP dans le premier article. Ce résultat est, comme nous l'avons reconnu, en accord avec les conclusions des études antérieures montrant l'importance d'un climat positif pour promouvoir la CIP dans les équipes cliniques de santé (San Martin Rodriguez et al., 2005; Agreli et al., 2017). Un bon climat d'équipe est particulièrement important dans le cadre du travail en SM, où le stress a tendance à



être élevé lors de la prise en charge des patients en crise et ceux ayant des idées suicidaires ou présentant des multiples besoins de santé. Un bon climat de travail entraîne également le respect mutuel, rehausse la connectivité des travailleurs (Brunet & Savoie, 1999) et favorise la performance de l'équipe (Pirola-Merlo, Hartel, Mann, & Hirst, 2002). À l'inverse, la détérioration du climat de travail menace à la fois la qualité de la vie des professionnels et celle des soins prodigués aux patients (Shields & Wilkins, 2006).

De plus, les résultats du premier article montrent que le partage et l'intégration des connaissances sont significativement associés à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM. Ces résultats correspondent à ceux rapportés dans les recherches antérieures montrant ces deux variables comme des conditions incontournables pour la réussite de la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé (Cabrera & Cabrera, 2005; Chiochio, 2012; San Martin-Rodriguez et al., 2005). L'intervention interdisciplinaire efficace en santé exige la mise en commun et l'intégration des connaissances, des expertises et des compétences spécifiques des praticiens de différentes disciplines (sciences sociales, biologiques et comportementales) pour l'atteinte d'un objectif commun (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le partage et l'intégration des connaissances permettent également d'accroître le niveau de compétence des professionnels et d'augmenter leur productivité (Reychav & Weisberg, 2009). Ils permettent également d'augmenter la performance de l'organisation (Stasser & Titus, 1985). Ces qualités professionnelles sont donc particulièrement importantes dans le domaine de la SM qui nécessite un haut niveau de travail interdisciplinaire afin de répondre aux besoins complexes et multiples des personnes atteintes des TM.

Dans le même ordre d'idée, les résultats du premier article montrent que l'identification multifocale (c-à-d., l'identification simultanée à l'équipe et à la profession) est significativement associée à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM. Ces résultats sont en partie en accord avec les résultats des études antérieures. En effet, les écrits scientifiques montrent que l'identification à l'équipe (première facette de l'identification multifocale) augmente le sentiment d'unicité entre les membres de l'équipe (Kramer, 2006) et favorise la CIP (Van Dick et al., 2008). Elle augmente également la performance de l'équipe (Haslam, 2001; Lembke & Wilson, 1998; Solansky, 2010; Van Der Vegt & Bunderson, 2005) et diminue les conflits dans l'équipe (Tyler & Blader, 2001). D'autres auteurs soutiennent que l'identification à la profession (deuxième facette de l'identification multifocale) engendre une perception des sous-groupes basée sur l'appartenance professionnelle (Liao et al., 2015) et diminue la CIP (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Toutefois, bien que l'identité professionnelle mette en avant-scène l'appartenance à une catégorie professionnelle, force est de reconnaître que la reconnaissance et la valorisation des disciplines de chaque membre de l'équipe sont perçues comme une source importante de satisfaction et de motivation professionnelle (Lortie, Denis, Lapointe, Mayer, & Bilodeau, 2005). Le manque de reconnaissance et de valorisation de l'identité professionnelle est perçu comme une source de frustration au travail (Feen-Calligan, 2012; Gazzola et al., 2011). Dans l'étude de Feen-Calligan (2012), les art-thérapeutes expriment avoir l'impression que leur profession est méconnue et que les gens ne perçoivent pas l'utilité clinique ni la légitimité de leur profession. Dans l'étude de Gazzola et al. (2011), les participants perçoivent également que leur profession (conseiller en psychologie) est stigmatisée et dévalorisée par les autres professionnels du domaine de la SM. En somme, les professionnels ont du mal à s'intégrer et à s'identifier dans une

équipe qui ne valorise pas leurs professions et leurs identités professionnelles (Feen-Calligan, 2012; Gazzola et al., 2011). Au vu des résultats de notre recherche, l'identification professionnelle n'augmente la CIP que lorsqu'elle est associée à l'identification à l'équipe. Un professionnel qui s'identifie simultanément à sa profession et à son équipe (c-à-d., l'identification multifocale) perçoit sa profession valorisée et respectée, au même titre que les autres professionnels et collabore efficacement avec ses coéquipiers.

Ajoutons que les résultats du premier article montrent que l'engagement affectif envers l'équipe et l'autonomie de l'équipe sont marginalement et positivement associés à la CIP. Ces résultats, comme nous l'avons reconnu dans l'article, sont en accord avec les conclusions des études antérieures montrant l'importance de ces deux variables pour promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de santé (Butterfield et al., 2004 ; Parker, 2000). Gray (1989), Powell (2000) et Butterfield et al. (2004) ont montré que sans un sentiment d'engagement élevé, les membres de l'équipe réussissent rarement à collaborer. L'engagement affectif rappelons-le, reflète l'attachement psychologique et émotionnel ressenti par l'employé envers son équipe de travail ou son organisation (Pearce & Herbik, 2010). Il présente des nombreuses conséquences favorables pour l'organisation (la réduction du roulement du personnel, la réduction du taux d'absentéisme et l'augmentation de l'effort individuel rattaché au désir de poursuivre les buts de l'équipe) et pour le professionnel (la diminution du stress et des conflits) (Tett & Meyer, 1993; Meyer et al., 2002; Vandenberghe & Bentein, 2009; Meyer & Allen, 1991; Stinglhamber et al., 2004). Dans le même ordre d'idée, nos résultats, ainsi que ceux d'autres études (Langfred, 2005; D'Amour & Oandasan, 2005; Hoegl & Parboteeah, 2006) ont trouvé qu'une plus grande autonomie de l'équipe augmente l'intensité de la CIP. L'autonomie de l'équipe réfère à la capacité

des membres de l'équipe à prendre des décisions dans les questions qui les concernent (D'Amour & Oandasan, 2005). Donner plus d'autonomie à une équipe permet de responsabiliser et d'impliquer plus fortement les membres de l'équipe dans leur travail (Cohen & Ledford, 1994; Phillips, 2001; Stewart, 2006). Une forte influence de la direction sur les décisions de l'équipe peut avoir l'effet contraire et donner aux employés l'impression qu'on leur accorde peu d'importance (D'Amour & Oandasan, 2005). Toutefois, même si les dirigeants deviennent de plus en plus conscients du besoin de donner de l'autonomie aux équipes, les chercheurs soulignent qu'ils ont de la peine à déléguer et pensent parfois que l'autonomie n'est pas productive (Gerwin & Moffat, 1997). Les mentalités ont donc besoin d'évoluer pour mettre en pratique les recommandations de la littérature, notamment dans le contexte actuel de réformes majeures en SM.

Enfin, les résultats du premier article montrent que l'âge était marginalement et négativement associé à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM. Ces résultats sont en contradiction avec ceux de la plupart des publications du domaine de la santé (Sarma et al., 2012; Hansson et al., 2010; Gellers & Kuipert, 2008). Selon nos analyses, l'association entre les professionnels plus jeunes et la CIP, semble être liée à l'expérience professionnelle. Le manque d'expérience professionnelle a probablement poussé les professionnels plus jeunes à travailler en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe pour apprendre d'avantage et éviter de commettre des erreurs professionnelles.

Par ailleurs, comme indiqué plus haut, le deuxième article de la présente thèse portait sur les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP. Il visait à identifier les

profils spécifiques précités et, le cas échéant, à identifier les variables associées pouvant les différencier. Concrètement, l'article clarifie, avec plus de précision, de quelle façon les sous-groupes des professionnels de la SM se distinguent et sur quelles variables. La complémentarité entre le premier et le deuxième article réside dans le fait que ce dernier (le deuxième article) prend en compte l'hétérogénéité des professionnels de la SM, dont les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles, culturelles et économiques peuvent varier considérablement (Harrison & Klein, 2007; Fleury et al., 2012a). Une meilleure compréhension des similitudes et des différences des professionnels de la santé basées sur la CIP permettrait de développer des interventions et approches adaptées aux besoins des sous-groupes identifiés (Everitt, 1993; Bouroche & Saporta, 2005).

À l'aide de l'analyse typologique (*clusters analysis*), quatre profils des professionnels de la SM ont été identifiés à savoir : **(a) profil 4** : *“highly collaborative female professionals with fewer conflicts and more knowledge sharing and integration”*, c.-à-d., les professionnels (femmes) moins conflictuels ayant un haut niveau de collaboration, de partage et d'intégration des connaissances. Ce groupe constitue le niveau le plus élevé de la CIP où les professionnels ont réussi à mettre en action une collaboration stable, dans un esprit de partage et d'intégration des connaissances; **(b) profil 3**: *“highly collaborative male professionals with fewer conflicts, more participation in decision-making and mutual trust”*, c.-à-d., les professionnels (hommes) moins conflictuels ayant un haut niveau de la collaboration, de prise de décisions participatives et de confiance mutuelle. Ce groupe constitue également un niveau de collaboration élevé où les professionnels ont réussi à mettre en action une CIP stable où le partage des décisions fait l'objet d'un consensus entre les professionnels; **(c) profil 2**: *“moderately collaborative female*

*psychosocial professionals with less participation in decision-making*”, c.-à-d., les professionnels (femmes) ayant un niveau modéré de la CIP et de prise de décisions participatives; Et, le **(d) profil 1**: *“slightly collaborative professionals with high seniority, many conflicts and less knowledge integration and mutual trust”*, c.-à-d., les professionnels conflictuels ayant le plus bas niveau de la CIP et d’intégration des connaissances.

En somme, le deuxième article a trouvé deux profils de professionnels ayant des grands scores de la CIP (**profil 3 & 4**), un profil ayant des scores moyens de la CIP (**profil 2**) et un autre ayant des très faibles scores de la CIP (**profil 1**). Les profils composés des professionnels qui collaborent efficacement, en l’occurrence les **profils 3 & 4**, ont également obtenu les scores les plus élevés pour les variables suivantes : les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire, l’engagement affectif envers l’équipe, le soutien organisationnel, le partage des connaissances, l’intégration des connaissances, la participation à la prise de décisions et la confiance mutuelle. À l’inverse, ces deux profils (**3 & 4**) ont obtenu des scores les plus faibles en conflits dans l’équipe. Ces résultats, comme nous l’avons reconnus dans l’article, sont cohérents avec les études antérieures montrant que les équipes performantes de soins sont celles qui ont des niveaux élevés en croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire, en engagement affectif envers l’équipe, en confiance mutuelle, en partage et intégration des connaissances, en soutien organisationnel, en participation à la prise de décisions et des niveaux très faibles en conflits dans l’équipe (Chiocchio, 2012; Lemieux-Charles & McGuire, 2006).

Par ailleurs, le **profil 3** était exclusivement composé d’hommes tandis que le **profil 4**, de même que le **profil 2**, étaient exclusivement composés des femmes. Seul le profil ayant le plus

faible score de la CIP, en l'occurrence le **profil 1**, était composé à la fois d'hommes et des femmes. Ce profil (**1**) avait également le score le plus élevé en conflits dans l'équipe. Ces résultats sont cohérents avec les études antérieures montrant que la diversité liée au sexe réduisait la communication (Kravitz, 2003) et la coopération entre les membres de l'équipe (Chatman & Flynn, 2001), tout en augmentant le manque de cohésion (Triandis, Kurowski, & Gelfand, 1994) et les conflits dans l'équipe (Pelled; 1996; 1999, Jehn et al., 1997). Le **profil 1** symbolise donc la situation où les conflits sont suffisamment importants, au point de neutraliser la CIP. Plusieurs chercheurs ont montré que les conflits dans l'équipe, quoi qu'inévitables, constituent un obstacle majeur à la CIP (Bagshaw et al., 2007; Hollaender et al., 2008; Williams & Allen, 2008). Les conflits sont aussi négativement liés à la satisfaction au travail (De Dreu & Weingart, 2003), au partage des connaissances (Amason & Sapienza, 1997) et à la performance de l'équipe (Brown et al., 2010; Callister & Wall, 2001; Gardner, 1998). Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi le **profil 1** avait également obtenu les plus mauvais scores de la plupart des variables clés influençant la CIP retenues dans l'étude, notamment l'engagement affectif envers l'équipe, la confiance mutuelle, le soutien organisationnel, le partage et l'intégration des connaissances.

Notons toutefois que le **profil 1** était composé en majorité des professionnels ayant le plus d'ancienneté dans l'équipe. Ces résultats ne concordent pas avec ceux d'autres recherches identifiant l'ancienneté dans l'équipe comme étant positivement corrélée à la CIP (Clarke, 2010; Manser, 2009 ; Rousseau et al., 2017). Une explication plausible à nos résultats serait que, les professionnels ayant fait moins longtemps dans l'équipe de SM auraient moins d'expérience professionnelle, et seraient tentés à collaborer plus efficacement par rapport à ceux qui ont plus

d'ancienneté dans l'équipe, afin de réduire les risques d'erreurs professionnelles (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013).

Finalement, le **profil 1** était composé en grande partie des professionnels du soutien administratif. La raison la plus plausible, comme nous l'avons indiqué dans l'article, est que ces professionnels (du soutien administratif) se sentent moins intégrés dans les équipes interdisciplinaires de SM que leurs coéquipiers de profession médicale ou psychosociale (Feen-Calligan, 2012; Gazzola et al., 2011; Lortie et al., 2005).

Dans le même ordre d'idée, le profil ayant des scores moyens de la CIP, en l'occurrence le **profil 2**, incluait exclusivement des professionnelles psychosociaux. Ce profil affichait également les scores les plus bas en croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire et en participation à la prise de décisions. Cela suggère, comme nous l'avons indiqué dans l'article, un défi particulier dans le contexte actuel des réformes majeures en SM au Québec (Fleury, 2009; Druss & Mauer, 2010). En effet, les psychologues et les autres intervenants psychosociaux travaillaient généralement en silo avant la création des équipes multidisciplinaires de SM (Phelps & Reed, 2004). À l'inverse, les psychiatres et les autres professionnels de la SM travaillent depuis longtemps selon le mode biopsychosocial et en équipe (Fleury et al., 2016). Dès lors, la mise en place des formations continues des professionnels de la SM s'avère nécessaire afin qu'ils développent des aptitudes à travailler en équipe et en collaboration. La prise en charge des besoins biopsychosociaux des patients atteints des TM requiert l'intervention de plusieurs professionnels ainsi qu'un besoin de la CIP plus important (Walters et al., 2008).



Enfin, comme indiqué plus haut, le troisième article de la thèse portait sur l'identification et la comparaison des variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM selon le contexte de soins, à savoir : les soins primaires et les services spécialisés. Notons que la complémentarité de cet article avec les deux articles précédents réside dans le fait que le troisième article permet de différencier, avec plus de précision, les variables associées à la CIP selon le contexte de soins. En effet, malgré le fait que le premier article ait ressorti les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS, et que le deuxième article ait identifié les profils des professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP, force est de reconnaître qu'en SM, les soins primaires et les services spécialisés diffèrent en termes d'activités, de la clientèle desservie, des acteurs impliqués dans les actes de soins, de la composition et du rôle de leurs membres (MSSS, 2005; 2015; Thiebaut et al., 2014 ; Fleury, 2009; Körner et al., 2016). Les SP-SM rassemblent des équipes ayant une expertise limitée et les traitements qui y sont offerts, sont également limités en intensité et en durée (Thiebaut et al., 2014). Les SP-SM s'occupent principalement des patients atteints des TM courants (Thielke et al., 2007; Fleury, 2009; Fleury et al., 2012a). À l'inverse, les services spécialisés traitent des problèmes graves de SM nécessitant l'intervention d'un grand nombre de professionnels spécialisés et des sessions plus intensives durant une longue période (MSSS, 2015; Upshur & Weinreb, 2008; Körner et al., 2016). Ainsi, deux modèles de régression multivariée ont été réalisés (l'un pour les équipes des soins primaires et l'autre pour les équipes spécialisées de SM) et ont ressorti les variables associées à la CIP selon le contexte de soins. Il s'agit du partage des connaissances pour les équipes de SP-SM, du soutien organisationnel et de l'âge pour les équipes spécialisées de SM.

Concrètement, les résultats du troisième article suggèrent l'importance particulière du partage des connaissances dans les équipes de SP-SM, nouvellement implantées dans les RLS du Québec, précisément depuis la mise en application des recommandations du *PASM 2005-2010*. En effet, comme indiqué ci-dessus, les psychologues et autres intervenants psychosociaux travaillaient généralement en silo avant la création des équipes multidisciplinaires de SP-SM (Phelps & Reed, 2004). Un haut niveau de partage des connaissances et des compétences s'avère donc nécessaire dans ces équipes multidisciplinaires de SP-SM, pour une prise en charge efficace des patients atteints de TM courants, ainsi que ceux ayant des multiples besoins biopsychosociaux (Fleury & Grenier, 2007; Fleury, Grenier, Bamvita, & Chiocchio, 2017). Plusieurs auteurs ont également montré que sans le partage des connaissances, les membres de l'équipe réussissent rarement à collaborer (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Lindh Falk, Hopwood, Abrandt Dahlgren, 2017).

Dans le même ordre d'idée, les résultats du troisième article suggèrent l'importance particulière du soutien organisation dans les équipes spécialisées en SM. Il s'agit des équipes de SM où le stress a tendance à être très élevé pour la prise en charge des personnes atteintes des problèmes de SM graves et complexes (Wholey et al., 2012; Van Rijswijk, Van Hout, Van de Lisdonk, Zitman, & Van Weel, 2009). Des études antérieures soutiennent un effet direct du soutien organisationnel informationnel (ex. la clarification des objectifs et les conseils pratiques) ou instrumental (ex. l'accessibilité aux ressources nécessaires pour réaliser les tâches) sur le bien-être psychologique des employés, la réduction des distractions non nécessaires au travail (Armstrong-Stassen, 2004; Baran et al., 2012; Jawahar et al., 2007) et l'intention de quitter l'organisation (Kinnunen et al., 2008; Lee & Peccei, 2011; O'Neill et al., 2009). Qui plus est, le

soutien organisationnel influence négativement le *burnout* (l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation), améliore la compréhension des attentes au travail (Jawahar et al., 2007), augmente l'engagement affectif envers l'organisation (Lok & Crawford, 1999 ; Meyer et al., 2002) et réduit la frustration au travail (Kinnunen et al., 2008 ; Lee & Peccei, 2011 ; O'Neill et al., 2009). Les gestionnaires de services devraient donc s'assurer que les équipes spécialisées de SM bénéficient d'un soutien organisationnel approprié afin de promouvoir la CIP et rendre ces équipes plus performantes.

Par ailleurs, les résultats du troisième article, de même que ceux du premier article, montrent une association négative entre l'âge des participants et la CIP. Ces résultats sont, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, en contradiction avec ceux de la plupart des recherches antérieures, identifiant l'âge comme étant positivement corrélé à la CIP (Sarma et al., 2012; Hansson et al., 2010; Gellers & Kuipert, 2008). Une explication plausible à ces résultats serait que le manque d'expérience professionnelle aurait probablement poussé les professionnels plus jeunes à travailler en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe afin d'apprendre d'avantage et éviter de commettre des erreurs professionnelles (Courtenay et al., 2013).

Enfin, les résultats du troisième article, comme ceux du premier article, montrent que le climat d'équipe, l'intégration des connaissances et l'identification multifocale étaient significativement associés à la CIP indépendamment du contexte. Plus explicitement, ces résultats concordent avec ceux du premier article de la thèse qui a identifié quatre variables significativement associées à la CIP, à savoir les trois variables susmentionnées (le climat d'équipe, l'intégration des connaissances et l'identification multifocale) et le partage des

connaissances. Les gestionnaires devront donc porter une attention particulière sur ces qualités professionnelles dans le but d'améliorer la CIP dans les équipes de SM œuvrant dans les RLS et les rendre plus performantes.

**Le Tableau 2** ci-dessous synthétise les variables associées à la CIP selon les résultats figurant dans les 3 articles de la thèse. Il illustre clairement la complémentarité entre les trois articles pour ce qui concerne l'identification des variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM.

**Tableau 2. Les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM**

	Caractéristiques personnelles	Caractéristiques interpersonnelles	Caractéristiques structurelles	Rôle professionnel
<b>Article 1</b>	1. Age <sup>*SP&amp;SS</sup>	2. Climat d'équipe <sup>*SP&amp;SS</sup> 3. Partage des connaissances <sup>*SP&amp;SS</sup> 4. Intégration des connaissances <sup>*SP&amp;SS</sup> 5. Engagement affectif envers l'équipe <sup>*SP&amp;SS</sup> 6. Autonomie de l'équipe <sup>*SP&amp;SS</sup>		7. Identification multifocale <sup>*SP&amp;SS</sup>
<b>Article 2</b>	1. Croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire <sup>pSP&amp;SS</sup> 2. Ancienneté dans l'équipe <sup>pSP&amp;SS</sup>	3. Engagement affectif envers l'équipe <sup>pSP&amp;SS</sup> 4. Partage des connaissances <sup>pSP&amp;SS</sup> 5. Intégration des connaissances <sup>pSP&amp;SS</sup> 6. Participation à la prise de décisions <sup>pSP&amp;SS</sup> 7. Confiance mutuelle <sup>pSP&amp;SS</sup> 8. Conflits dans l'équipe <sup>pSP&amp;SS</sup>	9. Soutien organisationnel <sup>pSP&amp;SS</sup>	
<b>Article 3</b>	1. Âge <sup>*SS</sup>	2. Climat d'équipe <sup>*SP&amp;SS</sup> 3. Intégration des connaissances <sup>*SP&amp;SS</sup> 4. Partage des connaissances <sup>*SP</sup>	5. Soutien organisationnel <sup>*SS</sup>	6. Identification multifocale <sup>*SP&amp;SS</sup>

**Légende :**

<sup>\*SP&SS</sup> : Variables associées à la CIP dans les équipes de soins primaires et les services spécialisés.

<sup>\*SP</sup> : Variables associées à la CIP dans les équipes de soins primaires exclusivement.

<sup>\*SS</sup> : Variables associées à la CIP dans les équipes de services spécialisés exclusivement.

<sup>pSP&SS</sup> : Variables associées aux profils des professionnels en soins primaires et services spécialisés.

Au vu de ce qui précède, la CIP peut être défini comme un processus par lequel les professionnels de la santé provenant de plusieurs disciplines partagent des rôles, des connaissances, des expériences et des tâches pour une meilleure prise en charge biopsychosocial des patients. Ce processus interprofessionnel est influencé par un ensemble des variables liées aux caractéristiques personnelles, interpersonnelles, organisationnelles et celles liées au rôle professionnel.

## 6.2. Limites de l'étude et stratégies pour réduire les biais

Malgré le fait que cette recherche doctorale génère plusieurs contributions significatives sur les plans théoriques et pratiques, elle présente certaines limites qu'il faille souligner :

- Bien que le taux de réponse de l'étude (67,6%) se compare avantageusement à ceux des études menées ailleurs, il demeure toutefois possible que les personnes ayant refusé de participer à l'étude soient différentes dans certains aspects à celles qui y ont participé. En effet, plus de 30% des non-répondants auraient pu donner lieu à la collecte d'un certain nombre des caractéristiques différentes de celles des répondants. Cela aurait peut-être eu un impact sur nos résultats. Nous n'avons malheureusement pas les moyens de vérifier s'il pourrait exister des différences entre les caractéristiques des participants et celles des non-participants à l'étude;
- L'étude était constituée d'un plus grand nombre de professionnels travaillant dans les services spécialisés de SM (N= 214) que dans les soins primaires (N=101). Au cas où l'échantillon serait constitué d'un nombre égal des répondants pour les deux contextes ou d'un grand nombre de professionnels travaillant dans les équipes de soins primaires que les services spécialisés, cela aurait peut-être eu un impact sur nos résultats;
- Le questionnaire pour la collecte des données n'était constitué que de questions fermées. De ce fait, les personnes enquêtées ne pouvaient répondre que par l'intermédiaire d'échelles préalablement établies. Certes cela a facilité les manipulations statistiques des données, toutefois, cela a limité parallèlement la richesse des informations recueillies;
- L'étude a utilisé un devis de recherche de type transversal; cela a donc restreint la possibilité d'établir des liens de causalité entre les diverses variables à l'étude. Une étude longitudinale

aurait pallié cette situation car, elle aurait permis de capter la dynamique évolutive des équipes et d'évaluer comment certaines variables peuvent influencer la CIP à travers le temps;

- L'étude a eu recours à une seule source d'information à savoir la mesure auto-rapportée par questionnaire. Qui plus est, l'étude est basée sur des données collectées en même temps et, auprès des mêmes répondants. Il est donc possible que les relations observées soient influencées par le biais de la variance commune (Diefendorff, Alicia, & Dahling, 2011; Trougakos, Christine, & Daniel, 2011; Conway & Lance, 2010). D'autres sources d'informations, telles que des focus groups, auraient pu pallier cette situation;
- Enfin, en dépit du fait que l'étude ait pris en considération un grand nombre de variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique du domaine de la santé, certaines variables pouvant influencer la CIP n'ont pas été prises en considération. Parmi elles, nous pouvons citer : le respect mutuel (D'Amour, 1999; Voyer, 2000), la cohésion d'équipe (D'Amour, 1999), le leadership (Goodman et al., 1987), la structure et la culture organisationnelle (Borill et al., 2002). Il serait souhaitable que ces variables soient prises en considération dans les recherches futures afin d'étendre le modèle conceptuel proposé dans cette recherche.

Notons par ailleurs que plusieurs stratégies ont été mises en place pour réduire le plus possible les biais :

- (1)** La validité interne de l'étude a été assurée par la conformité entre le modèle conceptuel et les approches statistiques retenues (Contandriopoulos et al., 2005);

- (2)** La collecte des données a été faite avec des outils ayant des très bonnes cohérences internes (coefficients alphas de Cronbach  $> 0,7$ );
- (3)** Les outils de collecte des données sont celles les plus souvent utilisés dans les recherches scientifiques et ont des validités éprouvées;
- (4)** Les méthodes statistiques appropriées ont été utilisées pour analyser les données collectées.



## CHAPITRE 7 : CONCLUSION, RECOMMANDATIONS ET CONTRIBUTIONS

### 7.1. Conclusion et recommandations de l'étude

La présente thèse a utilisé une banque de données secondaires d'un projet de recherche plus vaste portant sur « *l'évaluation de la réforme en santé mentale. Intégration & Performance de réseaux locaux de services* ». Trois cent quinze (315) professionnels œuvrant au sein des équipes interdisciplinaires de soins primaires (N=101) et spécialisés (N=214) de SM localisés dans quatre RLS (CSSS R-SV, R-VC, R-DLL et Chicoutimi) du Québec ont participé à l'étude. Plusieurs variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique du domaine de la santé ont été prises en considération et catégorisées dans un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003). L'étude visait à répondre à la question de recherche suivante : **quelles sont les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM du Québec?**

Pour répondre à cette question, trois objectifs spécifiques ont été fixés à savoir : **(1)** Identifier les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS du Québec; **(2)** Identifier les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP ainsi que les variables associées pouvant les différencier; **(3)** Identifier et comparer les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM selon le contexte de soins de santé, c-à-d., les soins primaires et les services spécialisés.

Chaque objectif spécifique a fait l'objet d'un article scientifique. En somme, trois articles, rédigés en anglais, selon le modèle standard exigé des articles scientifiques, ont été publiés dans

des revues internationales avec arbitrage par les pairs. À la lumière des résultats obtenus, trois conclusions importantes peuvent être tirées de cette recherche:

- 1) Indépendamment du contexte des soins de santé, la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM est influencée par un ensemble des variables liées aux caractéristiques personnelles (l'âge), aux caractéristiques interpersonnelles (le climat d'équipe, le partage des connaissances, l'intégration des connaissances, l'engagement affectif envers l'équipe et l'autonomie de l'équipe) et au rôle professionnel (l'identification multifocale);
- 2) Certaines variables liées aux caractéristiques personnelles (les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire), interpersonnelles (le partage des connaissances, l'intégration des connaissances, l'engagement affectif envers l'équipe, la participation à la prise de décisions et la confiance mutuelle) et aux caractéristiques structurelles (le soutien organisationnel) étaient associées aux profils des professionnels de la SM ayant des scores élevés de la CIP. À l'inverse, les conflits dans l'équipe étaient associés au profil des professionnels de la SM ayant les plus bas scores de la CIP;
- 3) Le partage des connaissances était la seule variable statistiquement associée à la CIP dans les équipes des soins primaires de SM exclusivement, tandis que le soutien organisationnel et l'âge étaient statistiquement associés à la CIP dans les équipes de services spécialisés exclusivement.

Au regard de ce qui précède, nous formulons sept recommandations suivantes :

- 1) Dans le but de promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SM implantées dans les RLS et de les rendre plus performantes, les gestionnaires des services devraient fortement encourager les qualités professionnelles positivement associées à la CIP, à savoir le climat

d'équipe, le partage des connaissances, l'intégration des connaissances, l'engagement affectif envers l'équipe, l'autonomie de l'équipe, la confiance mutuelle, la participation à la prise de décisions, le soutien organisationnel, les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire et l'identification multifocale. Certes, chaque membre de l'équipe devrait contribuer au succès du travail en équipe et en collaboration; toutefois, c'est au gestionnaire de donner le ton. Son rôle est crucial dans l'établissement d'un bon climat de travail et dans la promotion de la CIP. Il devrait transmettre une vision claire de la pratique interprofessionnelle et motiver tous les professionnels à y adhérer;

**2)** Les gestionnaires de services devraient particulièrement encourager un bon climat d'équipe et le partage des connaissances pour promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires de SP-SM, nouvellement implantées dans les RLS du Québec, précisément, depuis la mise en application des recommandations du *PASM 2005-2010*. En effet, la prise en charge des patients en SP-SM nécessite un haut niveau de partage des connaissances et un bon climat de travail à cause de la complexité des besoins et du contexte biopsychosocial des patients (Fleury & Grenier, 2007; Fleury et al., 2017). Or, les psychologues et les autres intervenants psychosociaux travaillaient généralement en silo avant la création de ces équipes de soins primaires (Phelps & Reed, 2004). Sans partage des connaissances, les membres de l'équipe réussissent rarement à collaborer (San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Lindh Falk et al., 2017). De plus, la détérioration du climat menace à la fois la qualité de la vie professionnelle et celle des soins prodigués aux patients (Shields & Wilkins, 2006);

**3)** Les gestionnaires de services devraient particulièrement s'assurer que les équipes de services spécialisés de SM bénéficient d'un soutien organisationnel approprié afin de promouvoir la CIP

dans ces équipes et les rendre plus performantes. En effet, il s'agit des équipes où le stress a tendance à être très élevé pour la prise en charge des personnes atteintes des problèmes de SM graves et complexes (Wholey et al., 2012; Van Rijswijk et al., 2009). Les études soutiennent un effet direct du soutien organisationnel sur le bien-être psychologique des employés (Baran et al., 2012; Jawahar et al., 2007) ainsi que la réduction de la frustration au travail et la réduction de l'intention de quitter l'organisation (Kinnunen et al., 2008; Lee & Peccei, 2011; O'Neill et al., 2009);

**4)** Les conflits dans l'équipe, fortement associés au profil des professionnels de la SM ayant les plus bas scores de la CIP (dans notre recherche), constituent un obstacle majeur à la CIP dans les équipes interdisciplinaires en santé (Mulvale et al., 2016). Non résolus, ils peuvent nuire au bien-être des employés, à la sécurité des patients et aux résultats des soins (Esquivel & Kleiner, 1997; Medina, Munduate, Dorado, Martinez, & Guerra, 2005; Almost, Doran, McGillis-Hall, & Laschinger, 2010; Wolff, Ratner, Robinson, Oliffe, & McGinnis-Hall, 2010). Le rôle du gestionnaire est fondamental dans la prévention et la gestion des conflits interpersonnels (Almost et al., 2010; Barrett et al., 2007). La mise en place d'une formation continue en résolution de conflits pourrait également aider les employés à mieux être équipés pour gérer les exigences du travail, particulièrement dans le contexte actuel des réformes majeures en SM;

**5)** Les CSSS ont également un rôle capital à jouer dans la mise en place des soins axés sur la collaboration au sein des équipes interdisciplinaires en SM. En effet, ayant la responsabilité populationnelle de leurs RLS, ils se doivent d'agir en tant que leader dans la mise en œuvre de stratégies favorisant ce type de soins. Les CSSS devraient donc s'assurer de mettre en place un mécanisme de concertation et de coordination entre les partenaires en SM d'un même RLS;

- 6) La mise en place de formations continues des professionnels de la SM en CIP est aussi recommandée, laquelle s'avère nécessaire afin qu'ils développent des aptitudes à travailler en équipe, des habiletés de la CIP (communication, synchronisation, résolution de problèmes et de conflits) et des compétences interprofessionnelles. En effet, en dépit du fait que les psychiatres et les autres professionnels de la SM travaillent depuis longtemps selon le mode biopsychosocial (Fleury et al., 2016), les psychologues et les autres intervenants psychosociaux travaillaient généralement en silo avant la création des équipes de soins primaires (Phelps & Reed, 2004);
- 7) Enfin, une formation interprofessionnelle devrait être plus valorisée, laquelle est nécessaire afin de préparer les étudiants en sciences de la santé, à la collaboration avant leur autorisation à la pratique professionnelle (WHO, 2010; San Martin-Rodriguez et al., 2005).

## **7.2. Contributions de l'étude**

Cette thèse doctorale apporte plusieurs contributions originales à l'avancement des connaissances dans le domaine de la CIP en SM. La discussion sur ces contributions s'articule autour de trois points. Dans un premier temps, la contribution sur le plan méthodologique sera abordée puis, nous discuterons de la contribution sur la pratique professionnelle et les pistes pour les recherches futures.

### **7.2.1. Contribution méthodologique**

Sur le plan conceptuel, notre étude apporte une contribution significative à l'avancement des connaissances quant à l'utilisation du modèle de Bronstein (2003). En effet, cette étude est la première à proposer un cadre conceptuel inspiré du modèle de Bronstein (2003) dans lequel, les

quatre catégories des facteurs influençant la CIP contiennent des variables pertinentes tirées de la littérature scientifique du domaine de la santé. Il s'agit des variables reconnues comme étant fortement associées à la CIP dans la littérature scientifique, dont la plupart sont mesurables par des instruments valides. Certes, le modèle de Bronstein (2003) est constitué des catégories des facteurs influençant la CIP; toutefois, certaines variables essentielles et pertinentes influençant la CIP citées dans la littérature scientifique du domaine de la santé, n'y sont pas répertoriées. Ainsi :

- ✓ dans la catégorie des variables liées au « rôle professionnel », nous y avons inséré deux variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP à savoir : le type de profession et l'identification multifocale (c.-à-d., l'identification simultanée à l'équipe et à la profession);
- ✓ dans la catégorie des variables liées aux « caractéristiques structurelles », nous y avons inséré deux variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP à savoir : la taille de l'équipe et le soutien organisationnel;
- ✓ dans la catégorie des variables liées aux « caractéristiques personnelles », nous y avons inséré 4 variables susceptibles d'influencer la CIP à savoir : l'âge, le sexe, l'ancienneté dans l'équipe et les croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire;
- ✓ la catégorie des variables liées à « l'histoire de la collaboration » a été remplacée par les « caractéristiques interpersonnelles », dans lesquelles nous y avons inséré 8 variables pertinentes susceptibles d'influencer la CIP à savoir, l'engagement affective envers l'équipe, la participation à la prise de décisions, la confiance mutuelle, le climat d'équipe, les conflits dans l'équipe et l'autonomie de l'équipe.

Dans le même ordre d'idée, les résultats du deuxième article de la thèse constituent une contribution significative dans l'avancement des connaissances sur la CIP dans le domaine de la SM. À notre connaissance, aucune étude antérieure n'avait identifié les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP, ainsi que les variables associées pouvant les différencier. Une meilleure compréhension des similitudes et des différences des professionnels de la santé basées sur la CIP permettrait de développer des interventions et approches adaptées aux besoins des sous-groupes identifiés (Everitt, 1993; Bouroche & Saporta, 2005). L'analyse typologique (*cluster analysis*) utilisée à cet effet, a ressorti quatre profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP. Il s'agit de deux profils ayant des grands scores de la CIP, d'un profil ayant des scores moyens de la CIP et d'un autre profil ayant des faibles scores de la CIP.

Enfin, les résultats du 3<sup>ème</sup> article de la thèse constituent également une contribution majeure à l'amélioration de la compréhension de la CIP dans le domaine de la SM. L'article a identifié et comparé les variables associées à la CIP dans les équipes interdisciplinaires en SM, selon le contexte de soins de santé à savoir, les soins primaires et les services spécialisés. Les deux contextes de soins diffèrent considérablement en termes d'activités, de la clientèle desservie, des acteurs impliqués dans les actes des soins, de la composition et du rôle de leurs membres (MSSS, 2005; 2012; 2015; Commissaire à la santé et aux bien-être, 2012). Cependant, aucune recherche antérieure n'a identifié ni comparé les variables associées à la CIP chez les professionnels travaillant dans ces deux types de services. Deux modèles de régression multivariée ont été réalisés (l'un pour les soins primaires et l'autre pour les services spécialisés) et ont ressorti les variables sur lesquelles il faudrait focaliser une attention particulière afin de promouvoir la CIP

selon le contexte de soins de la SM. Il s'agit du partage des connaissances pour les soins primaires, du soutien organisationnel et l'âge pour les services spécialisés de la SM.

### **7.2.2. Contribution sur la pratique professionnelle**

Les connaissances nouvelles produites dans le cadre de cette étude ont une valeur pragmatique pour les gestionnaires des services ainsi que les autres acteurs du système de santé. Ces acteurs de soins de santé pourront utiliser les résultats de l'étude pour mieux s'informer sur les variables auxquelles il faudra porter une attention particulière pour motiver les intervenants à développer leurs aptitudes à travailler en équipe afin d'améliorer la CIP dans les équipes interdisciplinaires en SM.

Les gestionnaires pourront également utiliser les résultats de l'étude pour fournir de l'information aux professionnels de la SM pouvant encore être réticents à adopter l'approche de travail collaboratif, afin de faire face aux problèmes complexes, comorbides et chroniques liés aux TM.

Les associations professionnelles et les organismes communautaires en SM pourront également utiliser les résultats de l'étude pour promouvoir le mode de travail collaboratif et sensibiliser les professionnels sur les stratégies à adopter pour maximiser la CIP et rendre les équipes interdisciplinaires plus performantes, notamment dans le contexte actuel des réformes majeures en SM.

Enfin, les CSSS pourront utiliser les résultats de cette recherche pour promouvoir les soins axés sur la collaboration dans leurs RLS respectifs. Le traitement efficace des problèmes de SM



exige des connaissances diversifiées, le recours à l'expertise de nombreuses disciplines et une collaboration étroite entre les professionnels (MSSS, 2005; 2012).

### **7.2.3. Pistes pour les futures recherches**

- Il serait souhaitable que la présente étude soit répliquée en recourant à un devis de recherche longitudinale qui permettrait de capter la dynamique évolutive des équipes et d'évaluer comment certaines variables peuvent influencer la CIP dans les équipes interdisciplinaires en SM à travers le temps. Cela permettrait de vérifier et de confirmer si les variables associées à la CIP dans cette étude sont bel et bien les causes du succès de la CIP dans les équipes interdisciplinaires en SM;
- Il serait intéressant que les chercheurs vérifient l'impact d'autres variables susceptibles d'influencer la CIP qui n'ont pas été prises en compte dans la présente étude. Il s'agit entre autres du respect mutuel (Voyer, 2000), de la cohésion d'équipe (D'Amour, 1999), du leadership (Sicotte et al., 2002), de la structure et de la culture organisationnelle (Borill et al., 2002; San Martin-Rodriguez et al., 2005). Cela permettrait d'étendre le modèle proposé en y incluant d'autres variables susceptibles d'influencer la CIP qui n'avaient pas été prises en compte dans l'étude.

### **Mot de la fin**

Pour clore, notons que les objectifs visés par cette thèse ont été atteints. Les analyses statistiques ont permis, non seulement d'identifier les variables permettant de prédire la CIP dans les équipes interdisciplinaires en SM implantées dans les RLS, mais aussi de ressortir les variables associées à

la CIP dans les équipes de soins primaires et de services spécialisés exclusivement. De plus, les analyses typologiques (*clusters analysis*) réalisées ont permis d'identifier les profils de professionnels de la SM selon leurs perceptions de la CIP ainsi que les variables associées pouvant les différencier. La CIP est donc un processus par lequel les professionnels de la santé provenant de plusieurs disciplines partagent des rôles, des connaissances, des expériences et des tâches pour une meilleure prise en charge biopsychosocial des patients. Ce processus interprofessionnel est influencé par un ensemble des variables liées aux caractéristiques personnelles, interpersonnelles, organisationnelles et celles liées au rôle professionnel.

Des recommandations ont été formulées à l'intention des gestionnaires des services, aux CSSS et aux organisations de soins pour promouvoir la CIP dans les équipes interdisciplinaires en SM. En effet, la CIP en SM nécessite un investissement en temps et en énergie ainsi qu'une attention particulière tant pour les professionnels de la SM que pour les organisations dans lesquelles ils y travaillent.

## Références bibliographiques

Abramson, J.S., & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work, 41*(3), 270-281.

Agence de la santé publique du Canada. (2009). Investir en prévention – La perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes. [En ligne].  
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/preveco-fra.pdf>].

Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Bailey, C. (2017). The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care, 31*(2), 184–186. doi:10.1080/13561820.2016.1261098.

Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé [AFISS]. (2011). Principes et pratiques pour intégrer la formation interprofessionnelle dans les normes d'agrément de six professions de la santé au Canada: AFISS.

Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology, 63*(1), 1-18.

Allison, S. (2007). Up a river! Interprofessional education and the Canadian healthcare professional of the future. *Journal of Interprofessional Care, 21*(5), 565-568.

- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444-453.
- Almost, J., Doran, D.M., McGillis-Hall, L., & Laschinger, H.K.S. (2010). Antecedents and consequences of intra-group conflict among Nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 981-992.
- Alt-White, A.C., Charns, M., & Strayer, R. (1983). Personal, organizational, and managerial factors related to nurse-physician collaboration. *Nursing Administration Quarterly*, 18.
- Amason, A. C., & Sapienza, H. (1997). The effects of top management team size and interaction norms on cognitive and affective conflict. *Journal of management*, 23, 496-516.
- Anderson, N. B., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235-258.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10. Art. No.: CD006525. DOI: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- Armstrong-Stassen, M. (2004). The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 46-60.

- Atwal, A., & Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of caring Sciences, 19*, 268-273.
- Aubé, D., & Poirier, L.-R. (2010). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Mémoire présenté lors des consultations nationales, INSPQ, 6 p.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in Nursing & Health, 20*, 71-80
- Baggs, J.G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 176-182.
- Baggs, J.G., & Schmitt, M.H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 20*, 145-149.
- Baggs, J.G., Phelps, C.E., Johnson, J.E., Ryan, S.A., & Richeson, F. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart & Lung, 21*(1), 18-25.
- Bagshaw, D., Lepp, M., & Zorn, C.R. (2007). International research collaboration: Building teams and managing conflicts. *Conflict Resolution Quarterly, 24*(4), 433-446.
- Baran, B. E., Shanock Rhoades, L., & Miller, L. R. (2012). Advancing organizational support theory into the twenty-first century world of work. *Journal of Business and Psychology, 27*(2), 123-147.

- Barr, H. (1998). Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12, 181-188.
- Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., & Godwin, M. (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé: Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Baxter, S., & Brumfitt, S. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 239–251.
- Beaumont, C., Lavoie, J., & Couture, C. (2010). *Les pratiques collaboratives en milieu scolaire: cadre de référence pour soutenir la formation*. Québec: Université Laval, Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire, Université Laval.
- Bedwell, W. L., Wildman, J. L., DiazGranados, D., Salazar, M., Kramer, W. S., & Salas, E. (2012). Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. *Human Resource Management Review*, 22(2), 128-145. doi: 10.1016/j.hrmr.2011.11.007.
- Bell, A., Michalec, B., & Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 98-102 doi:10.3109/13561820.2013.851073.
- Bender, M., Connelly, C., & Brown, C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 165-174.

Bettenhausen, K.L. (1991). Five years of groups research: what we have learned and what needs to be addressed. *Journal of Management*, 17, 2, 345-381. Boudon R., 1992, *Traité de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 575 p.

Bilsker, D. (2010). Le soutien à l'autogestion : maximiser les effets des soins de première ligne en santé mentale. *Quintessence*, 2(1) 1-2.

Bock, G. W., Zmud, R. W., Kim, Y. G., & Lee, J. N. (2005). Behavioral Intention Formation in Knowledge Sharing: Examining the Roles of Extrinsic Motivators, Social-Psychological Forces, and Organizational Climate. *MIS Quarterly*, 29(1), 87-111.

Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., Mckey, C. A., & Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 71–84. doi: 10.1111/jan.13162.

Borges, C. (2011). La collaboration enseignante en éducation physique et à la santé. Dans L. Portelance, C. Borges & J. Pharand (Éds.), *La collaboration dans le milieu de l'éducation. Dimensions pratiques et perspectives théoriques* (pp. 83-100). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Borges, C., & Lessard, C. (2007). Qu'arrive-t-il quand la collaboration enseignante devient une norme? Dans J. F. Marcel, V. Dupriez, D. Perisset Bagnoud & M. Tardif (Éds.), *Coordonner, collaborer, coopérer. De nouvelles pratiques enseignantes* (pp. 62-74). Bruxelles : DeBoeck.

Borrill, Carroll., Michael West, Jeremy Dawson, David Shapiro, Anne Rees, Ann Richards, Simon Garrod, Jean Carletta et Angie Carter (2002). Team Working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*, 6 (8), 364-371.

Bouroche, J-M, & Saporta, G. (2005). L'analyse des données, 9th Edition (Que Sais-je? Presses Universitaires de France, Paris).

Brewer, M. B., & Kramer, R. M. (1986). Choice behavior in social dilemmas: Effects of social identity, group size and decision framing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 543-549.

Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). "Advanced design in nursing research", 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Brodbeck, F.C. et al. (2002). The dissemination of critical, unshared information in decision-making groups: the effects of pre-discussion dissent. *European Journal of Social Psychology*, 32 (1), 35-56.

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.

Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J. (2010). Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 4-10.

Brunet, L., & Savoie, A. (1999). *Le climat de travail, un levier de changement*. Outremont, QC: Les éditions Logiques.



- Bums, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization* (4<sup>ème</sup> éd.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Butterfield, K.D., Reed, R., & Lemak, D.J. (2004). An inductive model of collaboration from the stakeholder's perspective. *Business and Society, 43*(2), 162 -195.
- Byng, R., Jones, R., Leese, M., Hamilton, B., McCrone, P., Craig, T. (2004). Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract, 54*, 259-266.
- Byrnes, Vaughan, Anne O'Riordan, Corinne Schroder, Christine Chapman, Jennifer Medves, Margo Paterson & Robyn Grigg. (2012). South eastern interprofessional collaborative learning environment (SEIPCLE): nurturing collaborative practice. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, 2*(2): 168-186.
- Cabrera, E. F., & Cabrera, A. (2005). Fostering knowledge sharing through people management practices. *The International Journal of Human Resource Management, 16*(5), 720-735.
- CAIPE (2002). Center for the advancement of Interprofessional Education. [www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe](http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe) (consulté le 15 octobre 2017)
- Callister, R. R., & Wall Jr., J. A. (2001). Conflict Across Organizational Boundaries: Managed Care Organizations Versus Health Care Providers. *Journal of Applied Psychology, 86*(4), 754-763.

Campion, M. A., Medsker, G. J., & Higgs, A. C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology, 46*(4), 823-847. doi: 10.1111/peps.1993.46.issue-4.

Canadian Institute for Health Information. (2001). *Canada health care provider*, Extrait du site web du CIHI le 17 janvier 2017 [https://secure.cihi.ca/free\\_products/hctenglish.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/hctenglish.pdf).

Caricati, L., Guberti, M., Borgognoni, P., Prandi, C., Spaggiari, I., Vezzani, E., Lemmi, M. (2015). The role of professional and team commitment in nurse–physician collaboration: A dual identity model perspective. *Journal of Interprofessional Care, 29*(5), 464–468.

Cauvin, P. (2007). *La cohésion des équipes: pratiques du Team building*. Edition: Broché, 220 pages.

Chatman, J., & Flynn, F. (2001). The influence of demographic heterogeneity on the emergence and consequences of cooperative norms in work teams. *Acad Manage J, 44*, 956–974.

Chiocchio, F. (2012). *Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé - Cadre conceptuel et inventaire de mesures*. Université de Montréal: Québec, Canada. doi: 10.3109/13561820.2015.1016603.

Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T. A., Savaria, K., & Willms, J. D. (2012). The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams. *Journal of Project Organisation and Management, 4*(1), 1-37. doi:10.1504/IJPOM.2012.045362.

- Chiocchio, F., Lebel, P., & Dubé, J. N. (2016). Informational role self-efficacy: a validation in interprofessional collaboration contexts involving healthcare service and project teams. *BMC Health Services Research, 16*, 153.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine, 29*(6), 351-364.
- Choi, K., & Cho, B. (2011). Competing hypotheses analyses of the associations between group task conflict and group relationship conflict. *Journal of Organizational Behavior, 32*, 1106-1126.
- Chomienne, M.-H., Vanneste, P., Grenier, J., & Hendrick, S. (2015). Collaboration médecine-psychologie : évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada. *Santé mentale au Québec, 40* (4), 59.
- Clark, P.G. (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? *Gerontologist, 35*, 402–411.
- Clark, P.G. (1997). Values in health care professional socialization: Implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *Gerontologist, 37*, 441–451.
- Clarke, D. (2010). Achieving teamwork in stroke units: The contribution of opportunistic dialogue. *Journal of Interprofessional Care, 24*(3), 285-97.

- Clarke, P., Hafner, R.J., & Holme, G. (1997). The brief admission unit in emergency psychiatry. *J Clin Psychol*, (53), 817-823.
- Cobb, A. T. (1984). An episodic mode! of power: Toward an integration of theory and research. *Academy of Management Review*, 9, 482-493.
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of management*, 23(3), 239-290. doi: 10.1177/014920639702300303.
- Cohen, S. G., & Ledford, G. E. (1994). The effectiveness of self-managing teams: A quasi experiment. *Human Relations*, 47(1), 13-43.
- Coluccio, M., & Maguire, P. (1983). Collaborative practice becoming a reality through primary nursing. *Nursing administration quarterly*, 7, 59-63.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.
- Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, D.C: Institute of Medicine.
- Consortium pancanadien pour 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](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf).

Contandriopoulos, A., et al. (2005). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Conway, J. M., & Lance, C. E. (2010). What reviewers should expect from authors regarding common method bias in organizational research. *J. Bus. Psychol.* 25, 325–334. doi: 10.1007/s10869-010-9181-6.

Corsier, W.D. (1998). A Conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions: The Management of Traditional Influences and Personal Tendencies. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 12(4), 325-341.

Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 11(1), 57. doi: 10.1186/1478-4491-11-57.

Craven, M., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 75–72S.

Craven, M.A., & Bland, R. (2013). Depression in primary care: Current and futures challenges. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8), 442-48.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L 'acteur et le système*. Paris: Seuil.

D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. [Thèse de doctorat], Université de Montréal, Montréal.

D'Amour, D., Beaulieu, M.D., San Martin Rodriguez, L., & Ferrada-Videla M. (2004). Key Elements of Collaborative Practice & Frameworks: Conceptual Basis for Interdisciplinary Practice. Dans Oandasan, I. et al. (Éds.), *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice* (pp. 63-97). Ottawa, Canada: Santé Canada.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., et al. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care, 19*(1), 116–131.

D'Amour D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Sante, 17*(3), 67-92.

D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds.), *Les soins infirmiers: Vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Boucherville: Gaëtan Morin.

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care, 19*(1), 8-20.

De Dreu, C., & Weingart, L. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a metaanalysis. *J Appl Psychol, 88*, 741–749.

De Dreu, C.KW. (1997). Productive conflict: The importance of conflict management and conflict issue. Dans C.KW. De Dreu et E. Van de Vliert (Eds.), *Using conflict in organizations* (pp.9-22). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Deluca, D.C., & Valacich, J.S. (2008). Situational synchronicity or decision support. In Adam, F. et Humphreys, P., *Encyclopedia of decision making and decision support technologies (vol. 2)*, Hershey, PA: Information Science Reference, 790-797.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., & Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association, 291*(21), 2581-2590.
- Deneckere, S., Robyns, N., Vanhaecht, K., Euwema, M., Panella, M., Lodewijckx, C. Sermeus, W. (2011). Indicators for Follow-Up of Multidisciplinary Teamwork in Care Processes. *Evaluation & the Health Professions, 34* (3), 258-277. doi: 10.1177/0163278710393736.
- Despins, L. A (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Crit Care Nurse, 29*(2), 85-91.
- Dewa, C.S., Hoch, J.S., Carmen, G., Guscott, R. & Anderson, C. (2009). Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(6), 379-388.
- Diefendorff, J. M., Alicia, A., & Dahling, J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Organizational Health Psychology, 16*(2), 170-186.

Dionne, L. (2003). *La collaboration entre collègues comme mode de développement professionnel chez l'enseignant : une étude de cas*. Thèse de doctorat Université du Québec à Montréal, Montréal.

Drewlo, MA. (2014). Factors in Optimal Collaboration between Psychologists and Primary Healthcare Physicians. *Dissertations & Theses*. Paper 174. Antioch University, Seattle. Accessible à : <http://aura.antioch.edu/etds/174>.

Druss, B.G., & Mauer, B.J. (2010). Health care reform and care at the behavioral health–primary care interface. *Psychiatr Serv*, *61*(11), 1087–1092.

Dunn, S., Cragg, B., Graham, I. D., Medves, J., & Gaboury, I. (2013). Interprofessional shared decision making in the NICU: a survey of an interprofessional healthcare team. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, *3*(1), 63-77.

Dutton, J. E., Dukerich, J. M., & Harquail, C. V. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, *39*, 239-263.

Eisenberger, R., Fasolo, P. et Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology*, *75*, 51 - 59.

Elston, S., & Holloway, I. (2001). The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *Journal of Interprofessional Care*, *15*(1), 19-27.



- Emmanuel, J.S., McGee, A., Ukoumunne, O.C., Tyrer, & Tyrer, P. (2002). A randomised controlled trial of enhanced keyworker liaison psychiatry in general practice. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 37, 261-266.
- Esquivel, M. A. & Kleiner, B. H. (1997). The importance of conflict in work team effectiveness. *Team Performance Management*, 3(2), 89-95.
- Evans, J. A. (1994). The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. *Holistic Nursing Practice*, 8(3), 22-31.
- Everitt BS. *Cluster analysis*. 3rd ed. New York; Toronto, ON, Canada: Halsted Press; John Wiley & Sons Inc., 1993.
- Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Academic Medicine* 67(5), 295-303.
- Feen-Calligan, & Holly R. (2012). Professional identity perceptions of dualprepared art therapy graduates. *Art Therapy*, 29(4), 150-157.
- Fernandez Castelao et al. (2013). Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation: A systematic review of the literature. *Journal of Critical Care*, 28(4), 504–521.
- Ferris, D.L., Brown, D.J., & Heller, D. (2008). Organizational supports and organizational deviance: the mediating role of organization-based self-esteem. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108, 279-286.

Fleury, M. J. (2014). La réforme des soins primaires de santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 25–45. DOI: 10.7202/1025905ar.

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita J. M., & Chiocchio, F. (2017). Variables associated with perceived work role performance among professionals in multidisciplinary mental health teams overall and in primary care and specialized service teams respectively, *Evaluation & the Health Professions*, Jan(1): 163278717734282. doi: 10.1177/0163278717734282. [Epub ahead of print].

Fleury, M. J., Grenier, G., Vallée, C., Aubé, D., Farand, L., Bamvita J. M., & Cyr, G. (2016). Implementation of the Quebec mental health reform (2005-2015). *BMC Health Services Research*, 16(1), 586.

Fleury, M. J., Bamvita, J. M., Tremblay, J., Lesage, A., Farand, L., Aubé, D., Fournier, L., Poirier, L. R., Lussier, M. T., Lamarche, P., Ouadahi, Y., & Imboua, A. (2008). Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec, IRSC.

Fleury, M., & Grenier, G. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux, Volume II du Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012 (pp. 232). Québec: Gouvernement du Québec.

Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J., et al. (2018). Évaluation du Plan d'action en santé mentale (2005–2015): intégration et performance des réseaux de services. *Sante Mentale au Québec*, 43(1), 15–38. <https://doi.org/10.7202/1048892ar>.

Fleury, M.J. (2009). Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 19-34.

Fleury, M.J. (2013). Typologie des personnes atteintes de troubles mentaux graves avec ou non une addiction aux substances psychoactives. *Revue L'Intervenant*, 29, 4.

Fleury, M.J., & Grenier, G. (2007). Needs and appropriateness of help according to types of professionals and their users. *International Journal of Psychosocial rehabilitation*, 12, 5-22.

Fleury, M.J., Farand, L., Aubé, D. & Imboua, A. (2012a). La prise en charge des troubles de santé mentale chez les omnipraticiens du Québec/Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician*, 58 (12), 725-738.

Fleury, M.J., Imboua, A., Aube, D., et al. (2012b). Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med*, 9(2): 77–90.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS]. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Recommandations et synthèse pour politiques. Ottawa : FCRSS.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], (2007). Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa: FCRSS. [http://www.fcrss.ca/publicationsandresources/researchreports/commissionedresearch/07-12-01/e8d6e160-ca07-46b0-8cf6-bf0d19c13cb7.aspx] [webcite](#)

Fottler M.D. (1987). Health care organizational performance: present and future research. *Journal of Management*, 13(2), 367-391.

Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2002). *A critical review of evaluations of interprofessional education. Learning and support network*. London: Centre for Health Sciences and Practice.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H. (2010). Health professionals for new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Education of Health Professionals for the 21st Century: a global independent commission (Vol. 376): The Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958.

Gage, M. (1998). From independence to interdependence, creating synergistic healthcare teams. *Journal of Nursing administration*, 28(4), 17-26.

Gardner, D. B. (1998). *Effects of conflict types and power style use among health professionals in interdisciplinary team collaboration*. George Mason University, Fairfax, Virginia.

- Gauthier, H. & Carrière, Y. (2003). Changements sociodémographiques et populations vieillissantes. *Cahiers québécois de démographie*, 32 (1), 1–6.  
<https://doi.org/10.7202/007409ar>
- Gazzola, N. et al. (2011). Professional identity among counselling psychology doctoral students: A qualitative investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 257-275.
- Gelbard, R., & Carmeli, A. (2009). The interactive effect of team dynamics and organizational support on ICT project success. *International Journal of Project Management*, 27, 464-470.
- Gellers, F.J., & Kuipers, B.S. (2008). Short- and long-term consequences of age in work teams: An empirical exploration of ageing teams. *Career Dev Int*, 13, 132-149.
- George, J. M., Reed, T. F., Ballard, K. A., Colin, J., & Fielding, J. (1993). Contact with AIDS patients as a source of work-related distress: Effects of organizational and support. *Academy of Management Journal*, 36(1), 157-171.
- Gerwin, D., & Moffat, L. (1997). Withdrawal of team autonomy during concurrent engineering. *Management sciences*, 43, 1275-1287.
- Gladstein D. (1984). Groups in context: a model of task group effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 29, 499-517.
- Goodman, P. S., Ravlin, E., & Schminke, M. (1987). Understanding groups in organizations. In L. L. Cummings & B. M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior* (vol. 9, pp. 121-173). Greenwich, CT: JAI Press.

- Gray, B. (1989). *Collaborating: finding common ground for multiparty problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 329 p.
- Gregory, P. & Austin, Z. (2016). Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Canadian Pharmacists Journal*, 149(4), 236-245.
- Hair, J. F., & Black, W. C. (2000). Cluster analysis. Dans L. G. Grimm & P. R. Yamold (Eds), *Reading and understanding more multivariate statistics* (pp. 147-205). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 188–196.
- Han, G.H. & Harms, P.D. (2008). Team identification, trust, and conflict: A mediation model. *International Journal of Conflict Management*, 21(1), 20-43.
- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (2010). Working together-- primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85. doi:10.1177/1403494809347405.
- Harris, C.L. (2005). *Collaboration for organization success: linking organization support of collaboration and organization effectiveness*, thèse de doctorat, University of North Texas, Denton, Texas, 248p.
- Harrison, D., & Klein, K. (2007). What is the difference? Diversity constructs as separation variety, or disparity in organizations. *Acad Manage Rev*, 32(4), 1199–1228.

Hartwick J., & Barki, H. (2002). Conceptualizing the Construct of Interpersonal Conflict. *Cahier du GRESI*. Récupéré de <http://expertise.hec.ca/gresi/wpcontent/uploads/2013/02/cahier0204>. Pdf.

Haslam, S. A. (2001). *Psychology in organizations: The social identity approach*. London: Sage.

Hayward, L.-M., DeMarco, R., & Lynch, M.-M. (2000). Interprofessional collaborative alliances: healthcare educators sharing and learning from each other. *Journal of Allied Health, 29*, 220-226.

Henneman, E. A, Lee J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 1095(21)*, 103-109.

Hoegl, M., & Parboteeah, K. P. (2006). Autonomy and Teamwork in Innovative Projects. *Human Resource Management, 45(1)*, 67-79.

Hoff, T., Jameson, L., Hannan, E., et al. (2004). A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors, and patient safety. *Med Care Res Rev, 61(1)*, 3-37.

Hogan, M. (2014). Mental health reform under policy mainstreaming: needed, but uncertain. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 23(1)*, 11-16.

Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Fields, S., A. Cicchetti, et al. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the

Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (4), 427-435.

Hojat, M., Nasca, T.J., Cohen, M.J.M., Fields, S.K., Rattner, S.L., Griffiths, M. et al. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50(2), 123-128.

Hollaender, K., Loibl, M.C., & Wilts, A. (2008). Management. Dans G. Hirsch Hadorn, H. Hoffmann-Riem, S. Biber-Klemm, W. Grossenbacher-Mansuy, D. Joye, C. Pohl, U. Wiesmann, & E Zemp (Eds.), *Handbook of Transdisciplinary Research* (pp. 383- 395). New York: Springer Science.

Honoré, P. A., & Scott, W. (2010). Priority areas for improvement of quality in public health. Washington, DC: Département of Health and Human Services.

Horwitz, S. (2005). The Compositional Impact of Team Diversity on Performance: Theoretical Considerations. *Human Resource Development Review*, 4(2), 219-245.

Institut canadien d'information sur la santé (2007). La santé mentale. [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca) [On-line].

Ivey, S., Brown, K., Teske, Y., & Siverman, D. (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 8, 189 -195.

Jawahar, I. M., Stone, T. H., & Kisamore, J. L. (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 142-159.



- Jehn, K. A., & Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management Journal*, 44(2), 238-251.
- Jehn, K., Chadwick, C., & Thatcher, S. (1997). To agree or not to agree: The effects of value congruence, individual demographic dissimilarity, and conflict on workgroup outcomes. *Int J Confl Manage*, 8, 287-305.
- Jehn, K.A. (1997). Affective and Cognitive conflict in work groups: Increasing performance through value based intragroup conflict. Dans C.KW. De Dreu et E. Van de Vliert (Eds.), *Using conflict in organizations* (pp.87-100). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Jones, L. E., Clarke, W., & Carney, C.P. (2004). Receipt of diabetes services by insured adults with and without claims for mental disorders. *Medical Care*, 42(12), 1167-1175.
- Kappeli, S. (1995). Interprofessional cooperation: why is partnership so difficult? *Patient Education and Counseling*, 26, 251-256.
- Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby. P., & Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-10.
- Kilbride, C., Perry, L., Flatley, M., et al. (2011). Developing theory and practice: creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care. *J Interprof Care*, 25(2), 91–97.

- Kinnunen, U., Feldt, T., & Makikangas, A. (2008). Testing the effort-reward imbalance model among Finnish managers: The role of perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(2), 114-127.
- Kirby, M. J. L. (2002). *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral* (Vol. Volume six: Recommandations en vue d'une réforme, pp. 417 p.). Ottawa: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Kisely, S., & Campbell, L. A. (2007). Taking consultation-liaison psychiatry into primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 37*, 383–391. doi:10.2190/PM.37.4.c.
- Koerner, B.L., Cohen, J.R., & Armstrong, D.M. (1986). Professional behavior in collaborative practice. *Journal of Nursing Administration, 16*(10), 39-43.
- Körner, M., Butof, S., Muller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care, 30*(1), 15-28. doi: 10.3109/13561820.2015.1051616.
- Kozlowski, S. W. J., & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest, 7*(3), 77-124.
- Kramer, R. M. (2006). Social capital and cooperative behavior in the workplace: A social identity perspective. *Advances in Group Processes, 23*, 1-30.
- Kravitz, D.A. (2003). More women in the workplace: is there a payoff in firm performance? *Acad Manage Exec, 17*, 148–149.

- Kuhn, R., & Culhane, D.P. (1998). Applying cluster analysis to test of a typology of homelessness: Results from the analysis of administrative data. *American Journal of Community Psychology, 26*(2), 207-232.
- Lanaj, K., Chang, C. H., & Johnson, R. E. (2012). Regulatory focus and work-related outcomes: a review and meta-analysis. *Psychological Bulletin, 138*(5), 998-1034.
- Langfred, C. W. (2005). Autonomy and performance in teams: The multilevel moderating effect of task interdependence. *Journal of Management, 31*(4), 513-529.
- Larivière, C., & Savoie, A. (2002). *Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec*, Rapport de recherche, École de service social et département de Psychologie, Université de Montréal, 116 pages.
- Laurant, G., Hermens, R., Braspenning, J., Sibbald, B., & Grol, R. (2004). Impact of nurse practitioners on workload on general. *Journal of Substance Abuse Treat, 21*(3), 155-160.
- Lee, J., & Peccei, R. (2011). Discriminant validity and interaction between perceived organizational support and perceptions of organizational politics: A temporal analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*(4), 686-702.
- Lembke, S., & Wilson, M. C. (1998). Putting the "team" into teamwork: Alternative theoretical contributions for contemporary management practice. *Human Relations, 51*(7), 927-944.

- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
- Lesage, A., Émond, V., & Institut national de santé publique du Québec. (2013). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. From <http://site.ebrary.com/lib/celtitles/docDetail.action?docID=10746420>.
- Liao, J., O'Brien, A. T., Jimmieson, N. L., & Restubog, S. L. D. (2015). Predicting transactive memory system in multidisciplinary teams: The interplay between team and professional identities. *Journal of Business Research*, 68(5), 965-977.
- Lichtenstein, R., Alexander, J., McCarthy, J. et Wells, R. (2004). Participation and influence in interdisciplinary treatment teams: Effects on job satisfaction and intention to quit. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 322-335.
- Liedtka, J.M., & Whitten, E. (1998). Enhancing Care Delivery Through Cross Disciplinary Collaboration: A Case Study. *Journal of Healthcare Management*, 43(2), 185-20.
- Lim, K.L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C.S. (2008). Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 28(3), 103-110.
- Lindeke, L.L., & Block, D.E. (1998). Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 46, 213-218.

- Lindh Falk, A., Hopwood, N., & Abrandt Dahlgren, M. (2017). Unfolding practices: A sociomaterial view of interprofessional collaboration in health care. *Professions and Professionalism*, 7(2). doi: 10.7577/pp.1699.
- Lipman-Blumen, J., & Leavitt, H.J. (1999). *Hotgroups: Seekingthem, feedingthem, and using them to ignite your organization*. New York: Oxford University Press.
- Lok, P., & Crawford, J. (1999). The relationship between commitment and organizational culture, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development. *Leadership et Organization Development Journal*, 20(7), 365-373.
- Lortie, M., Denis, D., Lapointe, C., Mayer, F., & Bilodeau, H. (2005). Caractéristiques disciplinaires et échanges en santé au travail : perception et point de vue des chercheurs. *PISTES*, 7(2), 1-20.
- Maas, M. (1998). Nursing's Rolein Interdisciplinarity Accountability for Patient Outcomes. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 92-94.
- Makarem, S. (1995). Interprofessional cooperation. *Medical Education*, 29(1), 65-69.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Online)*, 353, [i2139]. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
- Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S., Marriot, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000270.

- Manias, E. & Street, A. (2001) Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing* 10(4), 442-450.
- Manière, D., Aubert, M., Mourey, F., & Ouataha, S. (2005). *Interprofessionnalité en gérontologie, travailler ensemble : Des théories aux pratiques*. Paris, France: Éditions Érès.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
- Mansourimoaied, M., Boman, K., & Causley, T. (2000). Nurses perceptions of interdisciplinary collaboration. *Nursing Connections*, 13, 21–31.
- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285-288.
- Martin, C., & Arcand, L. (2005). *École en Santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Repéré à <http://www.mels.gouv.qc.ca/dfgj/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>.
- Mathers, C., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3 (11), 442.
- Mattessich, P. (2005). Collaboration: What Makes it work. Repéré à <http://www.orau.gov/hsc/hdspinstitute/2005/PlenarySessions/CollaborationPlenarySlidesSept2005fordisplay.pdf>.

Mattessich, P. W., Murray-Close, M., & Monsey, B. R. (2001). *Collaboration: what makes it work* (2<sup>nd</sup> ed.). Nashville, TN: Fieldstone Alliance.

McDaniel, M. A., Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1988). Job experience correlates of job performance. *Journal of Applied Psychology, 73*, 327-330.

McDermott, K., Laschinger, H.K.S., & Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment, *Nursing Management, 27*(5), 44-50.

McMurty, A. (2007). Reinterpreting interdisciplinary health teams from a complexity science perspective. *U Alberta Health Sci J, 4*, 33-42.

Medina, P.J., Munduate, L., Dorado, M.A., Martinez, I. et Guerra, J.M. (2005). Types on intragroup conflict and affective reactions. *Journal of Managerial Psychology, 20*(3), 219-230.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace*. Sage Publications.

Meyer, J. P., Stanley, D.J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. *Journal of Vocational Behavior, 61*, 20-52.

Meyer, J.P., & Allen, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review, 1*, 61-89.

Meyer, J.P., Allen, N.J., & Smith, C.A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology, 78*, 538-551.

- Mickan, S., Hoffman, J. S., & Nasmith, L. (2010). Collaborative practice in global health context: Common themes from developed and developing countries. *Journal of Interprofessional Care, 24*(5), 492-502.
- Mildred, H., Brann, P., Luk, E., & Fisher, S. (2000). Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service. *Aust Fam Physician, 29*, 177-181.
- Miller, P. J. E., & Rempel, J. K. (2004). Trust and partner-enhancing attributions in close relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 695-705.
- Milliken, J. F., & Martins, L. (1996). Searching for Common Threads: Understanding the Multiple Effects of Diversity in Organizational Groups. *The Academy of Management Journal Review, 21*, 402-433.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2015). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, Gouvernement du Québec, 79 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 62 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010—La force des liens*. Quebec City, QC, Canada: Gouvernement du Québec.



Mitchell, R. J., Parker, V., & Giles, M. (2011). When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations*, *64*(10), 1321-1343.

Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., et al. (2010). Review: toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med Care Res Rev*, *67*(1), 3–26.

Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, *15*(1), 29-35.

Mucchielli, R. (2003). *Le travail d'équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. Paris : ESF éditeur.

Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, *17*, 83. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>.

Nerenberg, L., Davies, M., & Navarro, A. (2012). In pursuit of a useful framework to champion elder justice. *Generations* *36*(3), 89-96.

Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, *115*, 120–127. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.007.

O'Leary, K.J., Sehgal, N.L., Terrell, G., et al. (2012). Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. *J Hosp Med*, 7(1), 48–54.

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education: part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*, 19(1), 39–48.

Oandasan, I., Baker, G.R., Barker, K., et al. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada: recommandations et synthèse pour politiques. Ottawa; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 34 p.

O'Neill, O. A., Vandenberg, R. J., Dejoy, D. M., & Wilson, M. G. (2009). Exploring relationships among anger, perceived organizational support, and workplace outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(3), 318-333.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001) - la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Organisation mondiale de la santé, 172 p. Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2001/fr/>.

Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J., & Fleury, M. J. (2009). Can mental health problems be diagnosed by general physicians? Perspectives of family physicians according to administrative standards. *Sante Ment Que*, 34(1), 161-172.

Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J., Altmann, R., LaCost, H., & Roberts, J. E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24(4), 389-416.

- Parker, H. (2000). Interfirm collaboration and the new product development process. *Industrial Management & Data Systems*, 100(6), 255-260.
- Parker, S., & Williams, H. (2001). *Effective teamworking: Reducing the psychosocial risks*. Norwich: HSE Books.
- Paul, S., & Peterson, C. (2001) Interprofessional collaboration: issues for practice and research. *Occup Ther Health Care*, 15, 1-12.
- Pearce, C. L., & Herbik, P. A. (2010). Citizenship behavior at the team level of analysis: The effects of team leadership, team commitment, perceived team support, and team size. *The Journal of Social Psychology*, 144(3), 293-310.
- Pelled, L. (1996). Demographic diversity, conflict, and work group outcomes: An intervening process theory. *Organ Sci*, 7, 615-631.
- Pelled, L., Eisenhardt, K. & Xin, K. (1999). Exploring the black box: an analysis of work group diversity, conflict, and performance. *Admin Sci Quart*, 44, 1–28.
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82.
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1142-1152. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001.

Phelps, R., & Reed, G.M. The integration and consolidation of health care: implications for psychology in primary care. In: Frank RG, McDaniel SH, Bray JH, et al. (eds) *Primary care psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2004, pp. 23–43.

Phillips, J. M. (2001). The Role of Decision Influence and Team Performance in Member Self-Efficacy, Withdrawal, Satisfaction with the Leader, and Willingness to Return. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 84(1), 122-147.

Pirola-Merlo, A., Härtel, C., Mann, L., & Hirst, G. (2002). How leaders influence the impact of affective events on team climate and performance in R&D teams. *Leadership Quarterly*, p. 181

Portelance, L., Pharand, J., & Borges, C. (2011). Mieux comprendre la collaboration pour mieux collaborer. Dans Liliane Portelance, Cecilia Borges & Joanne Pharand (Éds.), *La collaboration dans le milieu de l'éducation. Dimensions pratiques et perspectives théoriques* (pp. 215-224). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Poulton, B. C., & West, M. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 7-18.

Pounder, J.S., & Coleman, M. (2002). Women-better leaders than men? In general, and educational management, it still all depends. *Leader Organ Dev J*, 23(3), 122-133

Powell, A.L. (2000). *Antecedents and outcomes of team commitment in a global, virtual environment*, thèse de doctorat, Kelly School of Business-Indiana University, Bloomington, Indiana, 219 p.

- Preen, D. B., Bailey, B., E., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., et al. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), 43-51.
- Pritchard, C.L. (2004). The project management communications toolkit. Norwood (MA): Artech House Publishers, 220 p.
- Pronovost, L. (2000). L'équipe et les relations: deux réalités essentielles à l'interdisciplinarité. Le feuillet universitaire: 24-32.
- Quinones, M. A., Ford, J. K., & Teachout, M. S. (2001). *The relationship between work experience and job performance: a conceptual and meta-analytic review*: US Air Force research laboratory.
- Rafferty, A.M., Ball, J., Aiken, L.H., & Fagin, C.M. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10, 32-37.
- Ray, M. (1998). Shared borders: Achieving the goals of interdisciplinary patient care. *American journal of Health-System* 55(1), 1369-1374.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. U.K.: Wiley-Blackwell.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013) Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD002213.

Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). (2010). Collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux –Définition des concepts et des compétences. Université Laval et CSSS de la Vieille Capitale.

Réseau universitaire intégré de santé. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient.* Montréal: Université de Montréal : Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle.

Reychav, I., & Weisberg, J. (2009). Good for workers, good for companies: How knowledge sharing benefits individual employees. *Knowledge and process Management*, 16(4), 186-197.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.

Riggle, R. J., Edmondson, D. R., & Hansen, J. D. (2009). A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research. *Journal of Business Research*, 62(10), 1027-1030.

Rispens, S., Greer, L. L., & Jehn, K. A., (2007). It could be worse: A study on the alleviating roles of trust and connectedness in intragroup conflicts. *International Journal of Conflict Management*, 18, 325-344.

- Robert, M. (1988). Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (3<sup>ème</sup> édition). St-Hyacinthe: Edisem.
- Robertson, N.A. (1999). Opportunities and constraints of teamwork. *Journal of interprofessional care*, 13(3), 311-318.
- Robidoux, M. (2007). École en chantier. Oser construire ensemble. Cadre de référence. Collaboration interprofessionnelle. Repéré à <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final*. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5-10.
- Rousseau, C., Pontbriand, A., Nadeau, L., & Johnson-Lafleur, J. (2017). Perception of Interpfessional Collaboration and Co-Location of Specialists and Primary Care Teams in Youth Mental Health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 198-204.
- Roy, D. & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmières*, 2(1), 17-26.

- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, 19*(1), 132-147.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, 19*(2), 132-147.
- Santé Canada. (2002). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998. Ottawa: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada. (2004). Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice. Research and findings report, Ontario, pp. 1-304.
- Sarma, S., Devlin, R.A., Thind, A., & Chu, M. K. (2012). Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Social Science & Medicine, 75*(10), 1811-1819.
- Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Heinemann, G. D. (1988). Conceptual and methodological problems in studying the effects of interdisciplinary geriatric teams. *The Gerontological Society of America, 28*, 753-764.
- Schneider, B. (1985). Organizational Behavior. *Annual Review of Psychology, 36*, 573-611.
- Schofield, R., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective? *Health Soc Work, 24*(3), 210-9.



- Schroder, C., Medves, J., Paterson, M., Byrnes, V., Chapman, C., O’Riordan, A., ... Kelly, C. (2011). Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *Journal of Interprofessional Care, 25*(3), 189-195.
- Shaw, J., & Barrett-Power, E. (1998). The effects of diversity on small work group processes and performance. *Human Relations, 51*(10), 1307-1325.
- Shields, M., & Wilkins., K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Institut canadien d’information sur la santé, Ottawa, Canada.
- Sicotte, C., D’Amour, D., & Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science and Medicine, 55*(6), 991-1003. doi:10.1016/S0277-9536(01)00232-5.
- Silén-Lipponen, M., Turunen, H., & Tossavainen, K. (2002). Collaboration in the operating room the nurses' perspective. *Journal of Nursing Administration, 32*(1), 16-19.
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S., & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: A systematic review. *British Journal of Psychiatry, 178*, 497-505.
- Simons, T. L., & Peterson, R. S. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: The pivotal role of intragroup trust. *Journal of Applied Psychology, 85*, 102-111.

Skinner, W., O'Grady, C., Bartha, C., & Parker, C. (2004). Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Slomp, M., Bland, R., Patterson, S., & Whittaker, L. (2009). Three-year physician treated prevalence rate of mental disorders in Alberta. *Can J Psychiatry, 54*(3), 199–203.

Small, E. E., & Rentsch, J. R. (2010). Shared leadership in teams: A matter of distribution.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. & Khan, M. (2011). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica on behalf of the Mental Health Commission of Canada.

Smith, K. G., Carroll, S. J., & Ashford, S. J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. *Academy of Management Journal, 38*(1), 7-23.

Solansky, T. S. (2010). Team identification: A determining factor of performance. *Journal of Managerial Psychology, 26*(3), 247-258.

Song, M., & Xie, J. (2000). Does innovativeness moderate the relationship between cross-functional integration and product performance? *Journal of International Marketing, 8*(4), 61-89.

Spreitzer, G. (1996). Social Structural Characteristics of Psychological Empowerment. *Academy of Management Journal, 39*(2), 483-504.

- Stahelski, A.J., & Tsukuda, R.A. (1990). Predictors of cooperation in health care teams. *Small Group Research, 21*(2), 220-233.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly, 83*(3), 457-502.
- Stasser, G., & Titus, W. (1985). Pooling of unshared information in group decision making: Biased information sampling during discussion. *Journal of personality and social psychology, 48*(6), 1467.
- Sterchi, L.S. (2007). Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal, 86* (1), 45-57.
- Stewart, G. L. (2006). A meta-analytic review of relationships between team design features and team performance. *Journal of Management, 32*(1), 29-55.
- Stichler, J.F. (1995). Professional interdependence: the art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 1*, 53-61.
- Stinglhamber, F., Bentein, K., & Vandenberghe, C. (2004). Congruence de valeur et engagement envers l'organisation et le groupe de travail. *Psychol Trav Organ, 10*, 165–187.
- Strasser, D.C., Falconer, J.A., Stevens, A.B., et al. (2008). Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil; 89*(1), 10-5.

- Suter, E., Deutschlander, S., Mickelson, G., et al. (2012). Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *J Interprof Care, 26*(4), 261–268.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th Edition). Boston; Toronto: Allyn and Bacon.
- Tett, R.P., & Meyer, J.P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, Turnover intention and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology, 46*, 259-293.
- Thiebaut, G. C., Farand, L., & Fleury, M. J. (2014). Policies and mental health action plans in OECD: Lessons for Quebec? *Santé mentale au Québec, 39*, 65–84.
- Thielke, S., Vannoy, S., & Unutzer, J. (2007). Integrating mental health and primary care. *Primary Care, 34*, 571–592, vii. doi: 10.1016/j.pop.2007.05.007.
- Thota AB. et al. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med. May; 42*(5), 525-38.
- Tidd, S. T., McIntyre, H. H., & Friedman, R. A. (2004). The Importance of Role Ambiguity and Trust in Conflict Perception: Unpacking the Task Conflict to Relationship Conflict Linkage. *International Journal of Conflict Management, 15*, 364-380.

Tjosvold, D. (1997). Conflict within interdependence: Its value for productivity and individuality.

Dans : C. K. De Dreu, et E. Van de Vliert (éd.), *Using Conflict in Organizations*, (p. 23-37).

Thousand Oaks: Sage.

Triandis, H., Kurowski, L. & Gelfand, M. Workplace diversity. In: Triandis H, Dunnette M and Hough

L (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Palo Alto, California:

Consulting Psychologists Press. 1994; 4: 769-827.

Trougakos, J.P., Christine, L., et Daniel, J. (2011). Service without a smile: Comparing the

consequences of neutral and positive display rules [version électronique]. *Journal of*

*Applied Psychology*, 96 (2), 350-362.

Turner, J. C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. Dans H. Tajfel (dir.), *Social*

*identity and intergroup relations* (p. 15-40). Cambridge: Cambridge Press.

Tyler, T. R., & Blader, S. L. (2001). Identity and cooperative behaviour in groups. *Group Processes*

*& Intergroup Relations*, 4(3), 207-226.

Upshur, C., & Weinreb, L. (2008). A survey of primary care provider attitudes and behaviors

regarding treatment of adult depression: what changes after a collaborative care

intervention? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(3), 182-

186.

Van Der Vegt, G., & Bunderson, J. S. (2005). Learning and performance in multidisciplinary teams:

The importance of collective team identification. *Academy of Management Journal*, 48(3),

532-547.

- Van Dick, R., Van Knippeberg, D., Van Kerschreiter, R., Hertel, G., & Wieseke, J. (2008). Interactive effects of work group and organizational identification on job satisfaction and extra-role behaviour. *Journal of Vocational Behavior*, 72(3), 388–399.
- Van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J., & Christ, O. (2004). The utility of a broader conceptualization of organizational identification: which aspects really matter? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(2), 171-191.
- Van Rijswijk, E., Van Hout, H., Van de Lisdonk, E., Zitman, F., & Van Weel, C. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Family Practice*, 10, 52.
- Vandenberghe, C., & Bentein, K. (2009). A closer look at the relationship between affective commitment to supervisors and organizations and turnover. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(2), 331–348.
- Voyer, P. (2000). L'interdisciplinarité, un défi à relever pour les professionnelles de la santé. *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, 96 (5), 39-44.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, une approche adaptée aux CHSLD*. Montréal, Canada : Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Walters, P., Tylee, A., & Goldberg, D. (2008). Psychiatry in primary care. In: Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, et al. (eds) *Essential psychiatry*. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 479–497.

- Weinberg, D., Miner, D., & Rivlin, L. (2009). 'It depends': Medical residents' perspectives on working with nurses. *The American Journal of Nursing*, 109(7), 34–43.
- Weiss, N. A. (2004). *Introductory Statistics*. Pearson Education Inc.
- Wells, N., Johnson, R., & Salyer, S. (1998). Interdisciplinary collaboration. *Clinical Nurse Specialist*, 12, 161 – 168.
- West, M. A., Borril, C. S., & Unsworth, K. L. (1998). Team effectiveness in organizations. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 13, 1-48.
- West, M.A. (2004). *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research* (2e éd.). Malden, MA: BPS Blackwell.
- White et al. (1992). Les pratiques de concertation en santé mentale: trois modèles. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 77-93.
- Wholey, D. R., Zhu, X., Knoke, D., Shah, P., Zellmer-Bruhn, M., & Witheridge, T. F. (2012). The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. *Psychiatric Services* 63(11), 1108-1117. doi: 10.1176/appi.ps.201100338.
- Williams, H. M., & Allen, N. J. (2008). Teams at work. In J. Barling & C. L. Cooper (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Behavior - Volume 1 - Micro Approaches* (pp. 141-159). Los Angeles, CA: SAGE.
- Williams, K., & O'Reilly, C. (1998). Demography and diversity in organizations: A review of 40 years of research. *Res Organ Behav*, 20, 77-140.

Wolff, A.C., Ratner, P.A., Robinson, S.L., Oliffe, J.L., & McGinnis-Hall, L. (2010). Beyond generational differences: A literature review of the impact of relational diversity on Nurses attitudes and work. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 948-969.

World Health Organization [WHO]. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO.

Wüsthoff, L. E., Waal, H., Ruud, T., Roislien, J., & Grawe, R. W. (2011). Identifying co-occurring substance use disorders in community mental health centres. Tailored approaches are needed. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(1), 58-64. doi: 10.3109/08039488.2010.489954.

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional team-working in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (1), 140-53.

Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000072.



## Annexes 1 : Instruments de mesure utilisés<sup>1</sup>

### A. Questionnaire sur le travail collaboratif (Chiocchio et al., 2012)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Jamais
<b>2</b>	Rarement
<b>3</b>	A l'occasion
<b>4</b>	Assez souvent
<b>5</b>	Souvent
<b>6</b>	Très souvent
<b>7</b>	Constamment

<b>1.</b> Dans mon équipe nous nous donnons de l'information utile qui fait progresser le travail.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>2.</b> Dans mon équipe nous nous partageons des connaissances qui font avancer le travail.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>3.</b> Dans mon équipe nous nous comprenons lorsque nous parlons du travail à faire.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>4.</b> Dans mon équipe nous partageons des ressources qui aident à la réalisation des tâches.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5.</b> Dans mon équipe nous nous communiquons nos idées au sujet du travail à faire.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>6.</b> Dans mon équipe nous faisons le travail que nous devons faire au bon moment.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>7.</b> Dans mon équipe nous faisons en sorte que nos tâches soient terminées à temps.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>8.</b> Dans mon équipe nous nous ajustons afin de respecter les échéances.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>9.</b> Dans mon équipe nous faisons le point au sujet de la progression du travail.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>10.</b> Dans mon équipe nous nous échangeons de l'information au sujet de " qui fait quoi "	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>11.</b> Dans mon équipe nous discutons de l'échéancier.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>12.</b> Dans mon équipe nous anticipons les besoins des autres sans qu'ils aient à les exprimer.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>13.</b> Dans mon équipe nous réorganisons nos tâches instinctivement lorsque des changements sont nécessaires.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>14.</b> Dans mon équipe nous avons une compréhension implicite des tâches à effectuer.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

<sup>1</sup> Ces questionnaires ne peuvent être utilisés ou distribués sans la permission des auteurs originaux et des auteurs de la traduction.

## B. Soutien organisationnel : Échelle de Spreitzer (1996).

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

1	Complètement en désaccord
2	Très en désaccord
3	Un peu en désaccord
4	Ni en désaccord ou en accord
5	Un peu en accord
6	Très en accord
7	Complètement en accord

1. Généralement, je peux obtenir des ressources supplémentaires pour réaliser mon travail lorsque j'en ai besoin	1	2	3	4	5	6	7
2. J'ai accès aux ressources dont j'ai besoin pour bien faire mon travail	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux obtenir les ressources nécessaires pour appuyer de nouvelles idées	1	2	3	4	5	6	7
4. Je reçois l'aide et la supervision clinique dont j'ai besoin de la part de mon patron	1	2	3	4	5	6	7

## C. Confiance mutuelle : Échelle de Simons et Peterson (2000).

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

1	Complètement en désaccord
2	Très en désaccord
3	Un peu en désaccord
4	Ni en désaccord ou en accord
5	Un peu en accord
6	Très en accord
7	Complètement en accord

1. Dans l'équipe, nous avons un respect profond et mutuel de la compétence de l'autre.	1	2	3	4	5	6	7
2. Chaque membre de l'équipe fait montre d'intégrité absolue.	1	2	3	4	5	6	7
3. Nous comptons sur la totale sincérité de chacun de nous.	1	2	3	4	5	6	7
4. Nous sommes tous assurés de la confiance inébranlable que nous avons les uns envers les autres.	1	2	3	4	5	6	7

## D. Conflit d'équipe : Échelle de de Jehn & Mannix (2001)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

1	Jamais
2	Rarement
3	A l'occasion
4	Assez souvent
5	Souvent
6	Très souvent
7	Constamment

À quelle fréquence :

1. ...votre équipe vit-t-elle des tensions concernant les relations interpersonnelles ?	1	2	3	4	5	6	7
2. ...y a-t-il des manifestations de colère dans votre équipe	1	2	3	4	5	6	7
3. ...votre équipe vit-t-elle des conflits mettant en jeu des émotions ?	1	2	3	4	5	6	7
4. ...votre équipe vit-t-elle des conflits sur le plan des idées	1	2	3	4	5	6	7
5. ...votre équipe vit-t-elle des divergences d'opinion concernant le travail ?	1	2	3	4	5	6	7
6. ...votre équipe vit-t-elle des opinions conflictuelles au sujet du travail à faire ?	1	2	3	4	5	6	7
7. ...votre équipe vit-t-elle des divergences d'opinion concernant "qui" fait "quoi"	1	2	3	4	5	6	7
8. ...votre équipe vit-t-elle des conflits concernant la nature des responsabilités associées aux tâches.	1	2	3	4	5	6	7
9. ...votre équipe vit-t-elle des divergences d'opinion concernant l'allocation des ressources, par exemple le budget, le personnel, les outils de travail ?	1	2	3	4	5	6	7

## E. Engagement organisationnel: version abrégée d'engagement organisationnel de type affectif (Meyer et al., 1990).

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Complètement en désaccord
<b>2</b>	Très en désaccord
<b>3</b>	Un peu en désaccord
<b>4</b>	Ni en désaccord ou en accord
<b>5</b>	Un peu en accord
<b>6</b>	Très en accord
<b>7</b>	Complètement en accord

<b>1.</b> Les membres de l'équipe se sentent émotionnellement attachés à l'équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>2.</b> Les membres de l'équipe ont un fort sentiment d'appartenance à l'équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>3.</b> Les membres de l'équipe ressentent les problèmes de l'équipe comme étant les leurs.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>4.</b> Les membres de l'équipe ont l'impression de faire partie d'une famille.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

## F. Croyances aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire : Échelle de Sicotte, D'Amour, & Moreault (2002).

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Complètement en désaccord
<b>2</b>	Très en désaccord
<b>3</b>	Un peu en désaccord
<b>4</b>	Ni en désaccord ou en accord
<b>5</b>	Un peu en accord
<b>6</b>	Très en accord
<b>7</b>	Complètement en accord

<b>1.</b> ...permet de mieux répondre aux besoins du client ou de l'utilisateur.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>2.</b> ...entraîne une meilleure satisfaction du client ou de l'utilisateur.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>3.</b> ...apporte le soutien que les membres d'une équipe requièrent pour faire leur travail auprès du client ou de l'utilisateur.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>4.</b> ...améliore la qualité de ce qui doit être fait pour le client ou l'utilisateur.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5.</b> ...favorise la concertation des actions bénéfiques au client ou à l'utilisateur	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

## G. Autonomie de l'équipe : Échelle de Campion, Medsker, & Higgs (1993)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

1	Complètement en désaccord
2	Très en désaccord
3	Un peu en désaccord
4	Ni en désaccord ou en accord
5	Un peu en accord
6	Très en accord
7	Complètement en accord

1. Les membres de mon équipe sont responsables de déterminer les méthodes, procédures et échéanciers avec lesquels le travail se fait.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mon équipe, plus que mon patron, décide de " qui fait quoi " au sein de l'équipe.	1	2	3	4	5	6	7
3. La majeure partie des décisions relatives au travail est prise par les membres de mon équipe plutôt que par mon patron.	1	2	3	4	5	6	7

## H. Participation aux décisions : Échelle de Campion, Medsker, & Higgs (1993)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

1	Complètement en désaccord
2	Très en désaccord
3	Un peu en désaccord
4	Ni en désaccord ou en accord
5	Un peu en accord
6	Très en accord
7	Complètement en accord

1. Comme membre d'équipe j'ai mon mot à dire sur la façon dont l'équipe effectue son travail.	1	2	3	4	5	6	7
2. La plupart des membres de mon équipe ont l'occasion de participer au processus décisionnel.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mon équipe est conçue pour que tous puissent participer au processus décisionnel.	1	2	3	4	5	6	7

## I. Intégration des connaissances : Échelle de Song & Xie (2000)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Complètement en désaccord
<b>2</b>	Très en désaccord
<b>3</b>	Un peu en désaccord
<b>4</b>	Ni en désaccord ou en accord
<b>5</b>	Un peu en accord
<b>6</b>	Très en accord
<b>7</b>	Complètement en accord

<b>1.</b> Notre équipe assimile des connaissances à l'extérieur à l'équipe afin que nous puissions prendre de meilleures décisions.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>2.</b> Notre équipe intègre des éléments de rapports passés, et qui résumant les apprentissages.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>3.</b> Notre équipe utilise les informations qui expliquent pourquoi les expériences du passé ont échoué ou rencontré des difficultés.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>4.</b> Notre équipe intègre les connaissances formelles de ce qui a fonctionné par le passé.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5.</b> Notre équipe s'appuie sur des données de qualité pour planifier et exécuter le travail.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>6.</b> Notre équipe intègre des informations provenant de diverses sources afin de maximiser la qualité de nos services.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>7.</b> Notre équipe s'appuie sur des informations riches et variées afin de minimiser les risques.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>8.</b> Notre équipe tire profit d'experts pour synthétiser les connaissances.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>9.</b> Notre équipe interprète les informations complexes nécessaires à la réalisation du travail.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

## J. Partage des connaissances : Échelle de Bock, Zmud, Kim, & Lee (2005)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Complètement en désaccord
<b>2</b>	Très en désaccord
<b>3</b>	Un peu en désaccord
<b>4</b>	Ni en désaccord ou en accord
<b>5</b>	Un peu en accord
<b>6</b>	Très en accord
<b>7</b>	Complètement en accord

<b>1.</b> Je partage mes rapports de travail et les documents officiels avec les autres membres de mon équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>2.</b> Je fournis mes manuels, mes méthodes et des exemples (ou modèles) aux membres de mon équipe	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>3.</b> Je partage mon expérience ou mon savoir-faire avec les membres de mon équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>4.</b> Je fournis mes connaissances et mon expérience aux membres de l'équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5.</b> Je partage l'expertise qui provient de ma formation avec les autres membres de l'équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

## K. Climat d'équipe : Échelle d'Anderson & West (1998)

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Complètement en désaccord
<b>2</b>	Très en désaccord
<b>3</b>	Un peu en désaccord
<b>4</b>	Ni en désaccord ou en accord
<b>5</b>	Un peu en accord
<b>6</b>	Très en accord
<b>7</b>	Complètement en accord

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>1.</b> Notre attitude est que " nous sommes tous dans le même bateau ".							
<b>2.</b> Les gens s'informent les uns les autres des questions relatives au travail							
<b>3.</b> Les gens se sentent compris et acceptés par les autres.							
<b>4.</b> Des efforts réels sont faits pour partager l'information dans toute l'équipe.							
<b>5.</b> Il y a beaucoup de concessions mutuelles.							
<b>6.</b> Nous restons en contact les uns avec les autres au sein de l'équipe.							
<b>7.</b> L'équipe est toujours en train de développer des nouvelles solutions aux problèmes qui surviennent.							
<b>8.</b> L'équipe est ouverte et sait réagir au changement.							
<b>9.</b> Les gens de l'équipe sont toujours en train de chercher de nouvelles façons d'envisager les problèmes.							
<b>10.</b> Les membres de l'équipe offrent et partagent des ressources pour aider à appliquer des idées nouvelles.							
<b>11.</b> Les membres de l'équipe offrent un soutien pratique aux idées nouvelles et à leur application.							
<b>12.</b> Les membres de votre équipe offrent des idées utiles et une aide pratique pour vous permettre de faire le travail du mieux que vous le pouvez.							
<b>13.</b> Les membres de l'équipe sont prêts à remettre en question les fondements de l'activité de l'équipe.							
<b>14.</b> L'équipe évalue de façon critique les faiblesses potentielles de ce qu'elle fait afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.							
<b>15.</b> Les membres de l'équipe s'inspirent des idées des uns et des autres afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.							
<b>16.</b> Jusqu'à quel point les objectifs de votre équipe sont-ils clairs pour vous?							
<b>17.</b> Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec ces objectifs?							
<b>18.</b> Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres membres de l'équipe sont d'accord avec ces objectifs?							
<b>19.</b> Jusqu'à quel point croyez-vous que les membres de votre équipe sont engagés à atteindre ces objectifs?							



## L. Identification multifocale : Échelle de Van Dick, Wagner & Stellmacher & Christ (2004).

**Cosigne** : indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation) :

<b>1</b>	Complètement en désaccord
<b>2</b>	Très en désaccord
<b>3</b>	Un peu en désaccord
<b>4</b>	Ni en désaccord ou en accord
<b>5</b>	Un peu en accord
<b>6</b>	Très en accord
<b>7</b>	Complètement en accord

<b>1.</b> Je m'identifie comme un membre de mon équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>2.</b> Être membre de mon équipe reflète bien ma personnalité.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>3.</b> J'aime travailler pour mon équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>4.</b> J'ai des réticences lorsque je pense à mon équipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5.</b> Mon équipe est bien vue par les autres.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>6.</b> Je fais plus pour mon équipe que ce qui est absolument nécessaire.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>7.</b> Je m'identifie comme un membre de ma profession ou discipline.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>8.</b> Être membre de ma profession ou discipline reflète bien ma personnalité.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>9.</b> J'aime travailler pour ma profession ou discipline.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>10.</b> J'ai des réticences lorsque je pense à ma profession ou discipline.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>11.</b> Ma profession ou discipline est bien vue par les autres.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>12.</b> Je fais plus pour ma profession ou discipline que ce qui est absolument nécessaire.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

# Annexe 2 : Lettre d'approbation du protocole de recherche (MP-IUSDM-11-037)



## Research Ethics Board

At a Meeting of the Research Ethics Board of the Douglas Mental Health University Institute held on January 19<sup>th</sup>, 2015

A Committee consisting of:

BRODEUR, Mathieu, Ph.D.	Researcher
DEBRUILLE, J. Bruno, M.D., Ph.D.	Chairperson
JAITOVICTH GROISMAN, Iris, Ph.D.,	Ethicist, Researcher
LÉVEILLÉ, Éliane	Medical Archivist
LOBÉ, Christine	Community Representative
LOISEAU, Me. Roxane	Jurist
MBEKOU, Valentin, Ph.D.	Researcher
RICHARD-DEVANTOY, Stéphane, M.D., Ph.D.	Researcher
ST-HILAIRE, Annie, Ph.D.	Researcher
WHITLEY, Robert, Ph.D.	Researcher

Has confirmed the approval of the annual renewal of protocol titled:

*Consolidation des services de premières lignes et des soins partagés en santé mentale. Pratiques et innovations. Protocole-Programme Prends soins de toi*

As proposed by: Doctor Marie-Josée Fleury

This protocol is re-approved for a one-year period



DEBRUILLE, J. Bruno, M.D., Ph.D., Chairperson

PROTOCOL #: MP- IUSMD-11-012