

Université de Montréal

# **Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire.**

par

Daniel Bergeron

Département de santé buccale

Faculté de médecine dentaire

Mémoire présenté à la Faculté de médecine dentaire  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en médecine dentaire (M.Sc.)  
Option dentisterie pédiatrique

avril 2017

© Daniel Bergeron, 2017

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire

Présenté par :  
Daniel Bergeron

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Félix Girard, président-rapporteur  
Christian Voirol, directeur de recherche  
Anne Charbonneau, codirectrice de recherche  
Marie-Claude Vanier, membre du jury

## Résumé

Au CHU Sainte-Justine, des équipes collaboratives multidisciplinaires commencent à s'implanter et certaines pourraient bénéficier de l'apport des dentistes du département de médecine dentaire compte tenu de l'impact de la santé buccodentaire sur la santé générale et inversement. Or, traditionnellement, la collaboration entre la médecine dentaire et les différents départements est limitée à des besoins ponctuels de part et d'autre.

Nous avons formulé la question de recherche suivante : Quels sont les déterminants qui influencent la mise en place d'une collaboration efficace entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier ?

L'analyse thématique de contenu par processus déductif-inductif de cette étude de cas organisationnelle a été réalisée auprès de neuf équipes en utilisant des notes de terrain, des transcriptions d'entrevues non dirigées, des observations en situation et des groupes de discussion focalisée.

Cette analyse de la mise en œuvre de la collaboration nous a permis de mettre en évidence ses étapes, ses dimensions et certains de ses déterminants.

Nos résultats mettent en lumière des similitudes entre la mise en œuvre de la collaboration et la collaboration elle-même, tout en révélant le caractère étagé de la mise en œuvre en particulier. Ils nous permettent de suggérer des modalités pour favoriser la mise en œuvre de la collaboration entre un dentiste et des équipes multidisciplinaires en milieu hospitalier, incluant l'importance de la formation à la collaboration.

**Mots-clés** : collaboration interprofessionnelle, équipe multidisciplinaire, dentiste, déterminants de la collaboration, milieu hospitalier

## **Abstract**

At the CHU Sainte-Justine, multidisciplinary collaborative teams are beginning to take root and some of them could benefit from the contribution of the Department of Dentistry's dentists, given the impact of oral health on general health and vice versa. Traditionally, collaboration between dentistry and the various departments is limited to one-off needs on both sides.

The following research question was asked: What are the determinants of effective collaboration between a dentist and a multidisciplinary team in a hospital setting.

The thematic content analysis by deductive-inductive process of this organizational case study based on a sampling of nine teams was conducted using field notes, non-directed interview transcripts, situational observations and focus groups.

This analysis of the implementation of the collaboration enabled us to highlight its stages, its dimensions and some of its determinants.

Our findings highlight similarities between the implementation of collaboration and the collaboration itself, while revealing the staged process of implementation. They allow us to suggest modalities to promote the implementation of collaboration between a dentist and multidisciplinary teams in a hospital setting, including the importance of training in collaboration.

**Keywords:** Interprofessional collaboration, multidisciplinary team, dentist, collaboration's determinants, hospital environment

# Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Objectifs de la recherche.....	3
1 Recension des écrits.....	4
1.1 Multi-, inter-, trans- disciplinarité et professionnalité.....	4
1.2 La notion de collaboration.....	5
1.2.1 Le patient partenaire de soins.....	6
1.3 Structuration de la collaboration interprofessionnelle : les principaux déterminants.....	7
1.3.1 L'éducation à l'interprofessionnalité.....	9
1.3.2 La compréhension de l'interrelation des champs professionnels.....	13
1.3.3 La clarté des rôles et des responsabilités.....	17
1.3.4 Des outils et des processus communs.....	18
1.3.5 Le désir de collaborer et des habiletés de communication.....	18
1.3.6 La confiance et le respect entre les partenaires de la collaboration.....	19
1.3.7 Des croyances culturelles professionnelles.....	20
1.3.8 Une hiérarchie professionnelle ressentie et projetée au sein de l'équipe.....	20
1.3.9 Une structure de gouvernance et un leadership pour gérer les équipes.....	21
1.3.10 Le mélange approprié d'habiletés et de taille de l'équipe (skill and grad mix).....	21
1.3.11 Un espace et un temps pour la communication et la collaboration.....	23
1.3.12 Les modèles de rémunération.....	24
1.3.13 Un monitoring et une évaluation appropriés.....	24
1.4 Synthèse de l'état des connaissances et problématique.....	25

Question de recherche et objectifs .....	27
2 Méthodologie .....	28
2.1 Milieu et participants .....	28
2.1.1 Choix du milieu.....	28
2.1.2 Choix des participants et critères d'inclusion.....	29
2.1.3 Critère d'exclusion.....	29
2.1.4 Taille de l'échantillon .....	29
2.1.5 Modalité de recrutement .....	30
2.1.6 Description de l'échantillon et caractéristiques des participants .....	30
2.2 Procédure .....	31
2.2.1 Description des types de rencontres.....	31
* Rencontre d'exploration des conditions de mise en œuvre de la collaboration.....	32
** Rencontre d'observation de la collaboration d'une équipe en activité dans le cadre d'une rencontre clinique, incluant une exploration des conditions de mise en œuvre de la collaboration 32	
2.3 Variables et collecte des données .....	32
2.3.1 Variables .....	32
2.3.2 Collecte des données.....	33
2.3.3 Deux types de rencontres et trois méthodes de collecte des données.....	34
2.4 Analyse des données .....	38
2.5 Considérations éthiques .....	41
3 Résultats.....	42
3.1 Cheminement pour les équipes avec observation de la collaboration incluant une exploration (équipes A & B).....	45
3.2 Cheminement pour les équipes avec rencontre d'exploration de la collaboration (équipes C et D) .....	49
3.3 Cheminement avec les équipes sans rencontre (équipes E à I).....	53
3.4 Résultats de la correspondance de déterminant aux nœuds .....	53
4 Discussion.....	56
4.1 Les dimensions du modèle.....	56
4.2 L'émergence d'un modèle étapiste de la mise en œuvre de la collaboration .....	58

4.2.1	Étape 1 : Dimensions de processus et de relation .....	60
4.2.2	Éléments facilitateurs : Caractéristiques d'une collaboration active .....	60
4.2.3	Étape 2 : Dimensions de contenu et de collaboration .....	60
4.3	Proposition de modalités favorisant la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier.....	62
4.3.1	La dimension du processus .....	62
4.3.2	La dimension de la relation.....	64
4.3.3	La dimension de la collaboration.....	64
4.3.4	La dimension du contenu .....	64
4.4	Un modèle révisé de la mise en œuvre de la collaboration.....	65
5	Limites de l'étude et rigueur scientifique .....	67
5.1	Moyens utilisés pour déterminer la qualité scientifique .....	67
5.1.1	La crédibilité (la validité interne) .....	67
5.1.2	La transférabilité (la validité externe).....	68
5.1.3	La fiabilité (fidélité).....	69
	Conclusion .....	70
	Bibliographie.....	73
6	Annexes.....	i
	Annexe I : Approbation du comité d'éthique .....	ii
	Annexe II : Courriel d'introduction .....	viii
	Annexe III : Formulaire d'information et de consentement .....	x
	Annexe IV : Questionnaire du focus groupe.....	xv
	Annexe V : Résultats des nœuds pour les prises de contact et les rencontres .....	xvi

## Liste des tableaux

Tableau I - Fréquence des nœuds par dimension lors des prises de contact et des rencontres..	43
Tableau II : Nœuds relevés lors des prises de contact et des rencontres par dimension .....	44
Tableau III - Déterminants de la recension des écrits vs les nœuds les plus fréquemment codés lors des prises de contact et les rencontres .....	55
Tableau IV- Fréquence des nœuds pour les prises de contact (Annexe V).....	xvi
Tableau V- Fréquence des nœuds pour les rencontres (Annexe V).....	xvii

## Liste des figures

Figure 1 - Modèle conceptuel pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (processus de collaboration interprofessionnelle).....	26
Figure 2 - Échantillon et rencontres .....	32
Figure 3 - Représentation hiérarchique du modèle d'analyse .....	40
Figure 4 - Modèle conceptuel des étapes pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire .....	59
Figure 5 - Modèle conceptuel des étapes pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire incluant la formation à la collaboration.....	65

## Liste des sigles

AAPD : American Academy of Pediatric Dentistry ; Académie de dentisterie pédiatrique américaine

ACSO : Association des centres de santé de l'Ontario

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIP : Collaboration interprofessionnelle

CPASS : Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé

CAIPE: Center for the advancement of interprofessional education

CPIS : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

CRME : Centre de réadaptation Marie-Enfant

DMC : Déficits moteurs cérébraux

EIP : Éducation interprofessionnelle

FCASS : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

FIPCCP : Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient

LAL : Leucémie aiguë lymphoblastique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PII : Plan d'intervention interdisciplinaire

PPS : Programme Partenaires de soins

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

UdeM : Université de Montréal

## Liste des abréviations

Etc. : Et cetera

P. ex. : Par exemple

Vs : Versus

*À moi, pour avoir persévéré*

## Remerciements

« Ça prend tout un village pour élever un enfant. »

- Proverbe sénégalais/africain

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire. Elles sont nombreuses, car comme exprimé dans ce proverbe, ça a pris toute une communauté pour me soutenir dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je veux adresser mes remerciements à mon directeur de mémoire, Christian Voirol qui m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer. Je tiens à souligner sa grande disponibilité, ses nombreux enseignements, sa patience, son support à plusieurs niveaux et ses encouragements.

Je remercie aussi ma co-directrice, Anne Charbonneau qui m'appuyé dans ma rédaction. Je tiens à souligner son avis critique, sa rigueur, sa présence, sa disponibilité, son écoute et ses nombreux enseignements.

Je souhaite particulièrement remercier les départements qui m'ont ouvert leur porte ainsi que les participants pour leur contribution essentielle à cette étude.

Je tiens également à remercier la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal qui m'a permis d'aller au bout de mon projet. Je tiens à souligner sa compréhension et sa flexibilité.

J'offre un remerciement spécial à ma co-résidente, ma jumelle, Stéphanie : « une chance qu'on s'a ».

Pour terminer, j'aimerais remercier mon directeur de programme, Duy-Dat Vu, pour sa compréhension et son appui dans mes demandes/démarches, Marie-Ève Asselin pour avoir été soucieuse de ma réussite et pour ses encouragements soutenus, ma mère pour sa présence

constante adaptée à mes besoins et sa foi en moi, mes amis Christophe et Denis pour leur générosité, leur maison du bonheur et leur appui, André Martel pour son intervention « paternelle » et finalement ma famille et mes amis, délaissés pendant ma période de rédaction, pour leur compréhension.

## Introduction

Le système de santé doit constamment s'adapter aux changements et à l'évolution de la société. Parmi les changements observés depuis une quinzaine d'années au Québec, nous pouvons citer l'émergence des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie accompagnée par des conditions complexes et chroniques, les problèmes reliés à l'accessibilité ou encore l'augmentation des coûts du système de santé (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 2012 ; Conseil canadien de la santé, 2008). Pour répondre à ces changements qui sont autant de défis à relever, certains milieux de santé s'engagent activement dans la mise en place d'équipes interprofessionnelles collaboratives (The Conference Board of Canada, 2012), certains suggérant même d'introduire le patient et ses proches comme membre à part entière de l'équipe (P. Karazivan et al., 2011 ; Lebel et al., 2011c). Tandis que la collaboration est essentielle à la qualité des soins de santé, l'équipe est le contexte dans lequel celle-ci prend place (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005). Les bénéfices théoriques d'une équipe interprofessionnelle sont une coordination efficace, une meilleure qualité de soins, une bonne continuité de ceux-ci (Fleissig, Jenkins, Catt, & Fallowfield, 2006) ainsi qu'une augmentation de la qualité de vie des patients (Britto-Williams et al., 2009). En plus de pouvoir incorporer des opinions multidisciplinaires dans les plans de traitement des patients, les professionnels considèrent que les équipes augmentent la collégialité et fournissent une opportunité à l'éducation continue professionnelle (Wright et al., 2009). L'équipe est le cadre de travail pour la collaboration ; elle peut varier dans sa composition et dans les paramètres de ses activités collaboratives. Elle devrait rassembler les professionnels clés ayant les connaissances, habiletés et expériences nécessaires à l'accomplissement du travail en lien avec les objectifs et les besoins de l'équipe (D'Amour et al., 2005).

Une collaboration accrue entre les différents acteurs du système de santé (organisations, professionnels et patients) apparaît comme un élément clé pour offrir des soins de santé de qualité, efficaces et répondant aux besoins de tous (D'Amour et al., 2005). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec adhère à ce concept et soutient actuellement le

développement et l'optimisation des pratiques collaboratives dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Pourtant, même si certaines recherches récentes semblent confirmer l'existence d'éléments favorables à cette collaboration entre les organisations, les professionnels et les patients (P. Karazivan et al., 2011), dont par exemple une amélioration de la qualité des soins et de la santé des patients (Haward et al., 2003) ou une diminution des coûts de santé (Kulchaitanaroaj, Brooks, Ardery, Newman, & Carter, 2012), les évidences scientifiques disponibles ne permettent pas de conclure à son efficacité dans tous les contextes (Guillem et al., 2011).

Ainsi, une recension des écrits indique que les pratiques basées sur la collaboration interprofessionnelle peuvent améliorer le processus des soins de santé ainsi que les résultats. Néanmoins, en raison de limitations propres aux différentes études citées, il est difficile de tirer des conclusions généralisables à propos des éléments clés de la collaboration interprofessionnelle et de son efficacité (Reeves et al., 2009). Enfin, même si certains auteurs ont relevé différents indicateurs qui tendent à mesurer l'efficacité, un consensus clair ne semble pas encore être atteint (Chiocchio, 2012 ; Valentine, Nembhard, & Edmondson, 2015).

Sur le plan canadien, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a produit un référentiel national de compétences en matière d'inter-professionnalisme (Consortium Pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010). Au niveau québécois et montréalais, le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal est également actif dans ce domaine et a aussi produit un référentiel de compétences pour la collaboration et le partenariat de soins et de services (DCPP et CIO-UdeM., 2016). Évidemment, à l'instar des autres professions de la santé, la Faculté de médecine dentaire est également engagée dans cette réflexion autour de la collaboration. Ainsi, l'un des objectifs du futur Centre d'excellence de médecine dentaire pédiatrique (Girard M, Charbonneau A, Asselin ME, Vu DD, Huyn N, Arpin J, El hrichi G, 2013), né du partenariat entre la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et le CHU Sainte-Justine, est précisément d'améliorer les collaborations interprofessionnelles. Au CHU Sainte-Justine, des équipes collaboratives se sont implantées à travers le Programme Partenaire de soins dirigé par Lebel (Lebel et al., 2011a). Or,

certaines de ces équipes pourraient bénéficier de l'apport des dentistes du département de médecine dentaire compte tenu de l'impact de la santé buccodentaire sur la santé générale et, inversement, de l'expertise et de la contribution du dentiste dans le diagnostic, la prévention et le traitement de plusieurs pathologies ayant des manifestations buccodentaires, et des besoins de traitements buccodentaires prophylactiques/préventifs, curatifs ou de réhabilitation pour les enfants malades (Casamassimo, Fields Jr, McTigue, & Nowak, 2013). Traditionnellement, la collaboration entre la médecine dentaire et les différents départements est limitée à des besoins ponctuels de part et d'autre. Ce constat suscite une interrogation sur les raisons qui limitent cette collaboration et sur les éventuels déterminants de cette collaboration et nous a amené à formuler les objectifs de la section suivante.

## **Objectifs de la recherche**

Les objectifs spécifiques du projet de recherche s'énonçaient de la manière suivante :

- Identifier, auprès des membres des départements ciblés d'un centre hospitalier pédiatrique, les déterminants pour la mise en place d'une collaboration efficace entre le dentiste et ceux-ci ;
- Analyser ces déterminants et proposer des modalités (formations, documents à produire, etc.) et des ressources optimisant le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire / interprofessionnelle dans un contexte d'intégration d'un nouveau professionnel, notamment le dentiste ;
- Identifier des indicateurs (proximaux et distaux) permettant de mesurer les impacts de l'intégration d'un dentiste au sein d'une équipe multidisciplinaire.

# 1 Recension des écrits

Ce chapitre vise à explorer les principaux concepts qui caractérisent la notion de collaboration interprofessionnelle ainsi que des principaux déterminants s'y rattachant.

## 1.1 Multi-, inter-, trans- disciplinarité et professionnalité

Les publications parlent tantôt de multi-, inter- et transdisciplinarité. Tandis que parfois l'accent est placé sur la discipline, d'autres fois il est placé sur la profession d'où le terme interprofessionnalité. Comment peut-on distinguer ces concepts ?

On retrouve, dans la littérature et la pratique, différentes dénominations pour clarifier les équipes. Les termes les plus fréquemment utilisés sont : multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire. Chaque terme apportant des nuances quant au type d'interaction. Ainsi, le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé propose une définition pour ces différentes interactions (Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé, 2007) :

Par multidisciplinarité, on entend les situations où plusieurs participants de plusieurs disciplines travaillent au même projet de façon limitée et transitoire. Même s'ils ne sont pas nécessairement appelés à se rencontrer, les membres d'une équipe multidisciplinaire travaillent de manière coordonnée.

L'interdisciplinarité suppose une forme plus approfondie de collaboration entre les membres de l'équipe. Elle suppose le regroupement des connaissances et de l'expertise de plusieurs disciplines en vue de générer des solutions à des problèmes complexes, avec souplesse et ouverture d'esprit. Ce type d'équipe partage des objectifs communs et un processus de décision partagé. Les membres des équipes interdisciplinaires doivent ouvrir les frontières territoriales afin de profiter de plus de souplesse dans le partage des responsabilités professionnelles pour mieux répondre aux besoins des clients.

Par transdisciplinarité, on entend la pratique professionnelle qui recherche le consensus. Cette pratique est plus ouverte et fait souvent en sorte que les frontières de pratique professionnelle s'estompent. La transdisciplinarité se distingue par des échanges d'information délibérés, par des connaissances, des compétences et des expertises qui vont au-delà des frontières traditionnelles de chaque discipline.

Sur le terrain, le terme multidisciplinaire semble toutefois le plus utilisé sans égard au type d'interaction. Par contre, plus récemment, le terme interprofessionnel a fait son apparition. Il est perçu comme celui qui traduit le mieux une pratique qui fait la promotion de la participation active de plusieurs disciplines et professions en soins de santé, qui travaillent en collaboration en plaçant les soins centrés sur le patient au cœur de leur démarche. Lorsque tous les membres se regroupent autour d'un client et de ses besoins, on accroît les chances d'obtenir un consensus d'intervention. Ce terme englobe les fournisseurs de soins de santé qui apprennent à travailler ensemble, qui partagent la résolution de problèmes et la prise de décision pour le bien des patients (Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé, 2007).

Pour la suite de ce travail, nous parlerons d'équipe multidisciplinaire et de collaboration interprofessionnelle (CIP) sans égard aux types d'interactions analysées. Nous avons choisi le terme « équipe multidisciplinaire » parce que c'est l'expression utilisée de façon courante dans le milieu étudié, sans distinction entre les équipes fonctionnant en multidisciplinarité ou en interprofessionnalité. Néanmoins, il reste clair que selon le degré de maturité du processus collaboratif mis en œuvre au sein de chacune des équipes étudiées, le qualificatif d'interdisciplinaire serait parfois plus approprié que celui de multidisciplinaire.

## **1.2 La notion de collaboration**

Plusieurs auteurs, d'ici et d'ailleurs, ont proposé des définitions ou des descriptions de la collaboration dans le domaine de la santé. Faucher et ses collègues la définissent comme « un processus impliquant la participation active mutuellement bénéfique entre des individus autonomes dont les relations sont régies par des normes et des visions communes négociées » (Faucher, Collins-Fulea, & Breedlove, 2016). Oandasan décrit la collaboration comme « le

procédé par lequel il y a interaction et relation entre des professionnels de la santé qu'ils se perçoivent ou non comme membres d'une équipe » (Oandasan et al., 2006). Le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé et l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO) décrivent dans un rapport que « la collaboration est un processus dynamique de plus en plus reconnu comme un signe de pratique efficace dans le secteur des soins de santé, dans lequel on franchit les frontières entre les disciplines afin de permettre à tous les membres de l'équipe de travailler ensemble à améliorer les soins aux clients, tout en respectant les qualités et les compétences de chaque professionnel » (Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé, 2007). Au Québec en 2005, D'Amour la définit comme « un concept de partage et implique une action collective orientée vers un but commun, dans un esprit d'harmonie et de confiance, particulièrement dans le contexte des professionnels de la santé » (D'Amour et al., 2005). Deschênes rapporte en 2014 que « le processus de collaboration implique une synthèse de différentes perspectives pour mieux comprendre des problèmes complexes. Le résultat de la collaboration est le développement de solutions intégratives qui vont au-delà d'une vision individuelle. » (Deschênes et al., 2014).

D'Amour précise que les processus collaboratifs sont développés pour servir les besoins des clients et pour servir les besoins des professionnels. Pour ce, il faut : 1) établir une action collective qui répond aux besoins complexes des clients et 2) établir une vie d'équipe qui intègre les perspectives de chaque professionnel et dans laquelle règne un climat de respect et de confiance. Ces deux objectifs sont inséparables. D'Amour identifie donc deux dimensions principales à la collaboration : les concepts reliés à la collaboration et les concepts reliés à l'équipe. La collaboration comporte les notions de partage, de partenariat, d'interdépendance, de pouvoir et de processus en évolution (D'Amour et al., 2005).

### **1.2.1 Le patient partenaire de soins**

Lebel explique que « Le partenariat de soins représente une coopération entre les intervenants de la santé cliniciens ou gestionnaires, les patients et leurs proches. Il a pour objectif la réalisation du projet de vie du patient par la reconnaissance et la mise en valeur des savoirs de toutes les parties, à travers une offre de soins et de services de santé continus intégrés et personnalisés. » (Lebel et al., 2011b).

Karazivan rapporte que le patient partenaire de soins est une notion émergente des pratiques collaboratives en santé et le partenariat de soins représente une évolution du modèle des soins centrés sur le patient. En effet, un peu partout à travers le monde, les équipes font face à des changements sociétaux où la relation entre les professionnels et leur patient évolue. Cette approche est stimulée par la chronicisation et la complexification des maladies, le vieillissement de la population, le niveau de plus en plus élevé d'information que détiennent les patients et la prise de conscience du très faible niveau d'adhésion aux traitements prescrits. Lebel rajoute à cette liste, la croissance de la détresse psychologique chez les professionnels de la santé (Lebel et al., 2011b). Le modèle du patient partenaire de soins reconnaît les spécificités et dimensions de chaque patient, considère le patient et ses proches comme des personnes capables de développer une compétence de soins et de faire des choix, d'où la nécessité de leur intégration au sein de l'équipe clinique et de formations pour les patients et les futurs professionnels de la santé pour y arriver (P. Karazivan et al., 2011 ; Philippe Karazivan et al., 2015).

Le Programme Partenaires de soins (PPS) implanté et déployé au sein du RUIS de l'Université de Montréal depuis 2010 est basé sur ce modèle comme en témoigne son objectif : « Développer des stratégies et des outils d'information, d'apprentissage, d'évaluation et de diffusion, qui permettent la consolidation des pratiques collaboratives au sein des établissements du RUIS de l'Université de Montréal et l'intégration des personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches comme partenaires de soins au sein des équipes cliniques. ». Pour le mettre sur pied, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en collaboration avec son Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) et le RUIS de l'Université de Montréal ont été soutenus par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Santé Canada (Lebel et al., 2011c).

### **1.3 Structuration de la collaboration interprofessionnelle : les principaux déterminants**

L'écart entre les évidences scientifiques sur la collaboration interprofessionnelle et la pratique reste important et est bien documenté (D. Tremblay et al., 2010). Même si la collaboration est profitable pour les utilisateurs, les fournisseurs et les organisations, plusieurs professionnels ne sont pas pleinement impliqués dans la mise en place et dans la pratique de la

collaboration interprofessionnelle. Malgré le fait que les professionnels de la santé interagissent dans un environnement qui offre des opportunités tel l'accès à différents services et professionnels, force est de constater qu'ils font face à une gamme de contraintes organisationnelles (D'Amour et al., 2005).

Plusieurs éléments, répartis sous diverses dimensions, déterminent le développement et la consolidation de la collaboration au sein des équipes en soins de santé. Divers écrits identifient ces éléments parfois nommés déterminants, parfois nommés facteurs facilitateurs/limitants, parfois barrières, et d'autres fois indicateurs. Les barrières font référence à des éléments qui auront un impact négatif sur la collaboration. Les facteurs facilitateurs/limitants déterminent l'impact positif ou négatif d'un déterminant ou d'une condition donnée. Le terme déterminant, lui, nomme les divers éléments ayant un impact sur la collaboration sans égard sur la polarité de son impact. Évidemment, la présence ou l'absence d'un déterminant donné facilitera ou limitera la collaboration. Pour les indicateurs, on fait référence aux déterminants faisant partie d'un outil d'évaluation. Tous parlent des mêmes conditions, éléments, facteurs, mais sous un angle différent.

Une revue du Conference Board du Canada identifie neuf barrières à la structuration de la collaboration interprofessionnelle en santé. Ces barrières sont réparties sous trois dimensions : individuelle, pratique et système (The Conference Board of Canada, 2012). Une revue de Careau répartit 27 déterminants en quatre niveaux : systémique, organisationnel, interpersonnel et personnel (Careau, 2013). Cette liste plus ou moins exhaustive de déterminants fractionne certains déterminants plus globaux observés dans d'autres publications. Une revue de San Martín-Rodríguez identifie 12 déterminants sous trois dimensions : interactionnelle, organisationnelle et systémique (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005).

Des études menées par D'Amour l'ont amené à proposer un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle comprenant 10 indicateurs sous quatre dimensions : gouvernance, formalisation, internalisation et partage d'objectifs et de vision (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez, & Pineault, 2008 ; D'Amour, Sicotte, & Lévy, 2015). Elle propose ce modèle comme un outil diagnostique de la collaboration et de sa mise en œuvre

pouvant être utilisé par les professionnels et les administrateurs. Se basant sur les résultats d'une étude ayant utilisé ce modèle pour définir l'impact des différents indicateurs sur la collaboration selon leur présence, leur intensité ou leur absence, elle propose une typologie de collaboration de trois niveaux : collaboration active ou de niveau 3, collaboration en développement ou de niveau 2 et collaboration potentielle ou de niveau 1 (D'Amour et al., 2008).

### **Définitions et caractéristiques des 3 types de collaboration de D'Amour :**

Collaboration active : La collaboration de plus haut niveau. Les partenaires ont établi avec succès une collaboration stable et durable malgré des incertitudes et des changements liés au système de santé. Les partenaires ont adopté des objectifs communs par consensus, ont développé un sentiment d'appartenance et une confiance mutuelle et sont parvenus à un consensus sur les mécanismes et les règles de gouvernance. (Traduction personnelle)

Collaboration en développement : Une collaboration qui n'a pas pris racine dans les cultures des partenaires de l'organisation et qui peut être sujette à une réévaluation sur la base de facteurs (déterminants) internes ou environnementaux. Les déterminants sont sujets à des négociations qui n'ont pas encore atteint de consensus. (Traduction personnelle)

Collaboration potentielle : Une collaboration qui n'existe pas encore ou qui a été bloquée par des conflits dont l'importance empêche le système d'avancer et une collaboration satisfaisante n'a pu être implantée. (Traduction personnelle)

Voici donc une liste des principaux éléments répertoriés convertis en déterminants.

#### **1.3.1 L'éducation à l'interprofessionnalité**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'éducation à l'interprofessionnalité (EIP) comme "the process by which a group of students or workers from the health-related occupations with different backgrounds learn together during certain periods of their education, with interaction as the important goal, to collaborate in providing promotive, preventive, curative, rehabilitative, and other health-related services". L'Interprofessional Education Consortium (IPEC), un groupe d'éducateurs, d'administrateurs et d'évaluateurs basé aux États-

Unis, stipule que l'EIP est un concept holistique qui se définit comme “a learning process that prepares professionals through interdisciplinary education and diverse fieldwork experiences to work collaboratively with communities to meet the multifaceted needs of children, youth, and families. It provides the knowledge, skills, and values individuals need to collaborate effectively with others as they serve communities and families”. Cette dernière définition inclut la collaboration avec les communautés. Dans la même veine, le gouvernement canadien a développé le concept de l'EIP pour inclure le patient dans le concept de la collaboration dans le domaine de la santé, appelée formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) (Barker, Bosco, & Oandasan, 2005; Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2007).

Traditionnellement, l'éducation des professionnels de la santé était centrée sur une vision basée sur une discipline et sur les services que celle-ci offre. Ceci tendait à entraîner un cadre rigide avec des champs de juridiction professionnels (D'Amour et al., 2005). Ce paradigme est en voie de changement.

San Martín-Rodríguez rapporte que la littérature présente le système d'éducation comme un des principaux déterminants de la CIP parce qu'il représente le principal levier pour promouvoir des valeurs de collaboration parmi les futurs professionnels de la santé. Le système d'éducation doit aider les étudiants à reconnaître les valeurs et responsabilités de leurs professions respectives tout en apprenant la pluralité professionnelle (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Au Canada, en 2005, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a mandaté une équipe de chercheurs pour synthétiser les évidences existantes concernant le travail d'équipe efficace dans le système de santé et pour synthétiser ce qui est fait au niveau de la promotion du travail d'équipe efficace au Canada et à l'étranger. Cette fondation a mis des efforts à la fois dans la recherche et dans la prise de décision au niveau de son rôle dans le support d'information basée sur des évidences pour la gestion du système de santé canadien en facilitant l'échange des connaissances entre la recherche, la gestion de la santé et les politiques. Également au pays, la Formation interprofessionnelle pour une pratique en

collaboration centrée sur le patient (FIPCCP), initiative de santé Canada, a développé un encadrement évolutif pour aider le milieu (Clements, Dault, & Priest, 2007).

À la même époque, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) rapportait que l'EIP n'est pas un nouveau concept pour les chercheurs et les professionnels dans le secteur des soins de santé. L'EIP a été élaborée pour créer une plateforme commune au sein de laquelle les professionnels des soins de la santé peuvent travailler en équipe. Toutefois, une recension des écrits effectuée par ce consortium, conclut à deux barrières au succès de la mise en place de programmes d'EIP : 1) un manque d'uniformité avec des définitions variables de l'EIP à travers le monde et 2) la clientèle ciblée a des visions divergentes sur ce qu'est l'EIP. Afin de créer une plateforme solide pour servir tous les professionnels des soins de la santé, des chercheurs et professionnels croient qu'un ensemble de compétences au niveau mondial pourrait résoudre les problèmes croissants entourant l'EIP. Toujours de cette revue, il ressort trois recommandations pour favoriser une bonne compréhension de l'EIP et son implantation : 1) une définition mondiale de l'EIP englobant toutes les disciplines des soins de la santé devrait être développée ; 2) l'EIP devrait être constituée d'un ensemble d'objectifs auquel peut adhérer chacune des disciplines et 3) un seul ensemble de compétences devrait exister sans égard à la discipline et à la situation géographique (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2007).

Le Conference Board du Canada rapporte que l'objectif primaire de l'éducation et de la formation interprofessionnelle est d'aider les étudiants à devenir des praticiens collaborateurs efficaces. En contrepartie, son absence ou ses lacunes dans les programmes de formation des membres actuels ou futurs des équipes empêchent le développement de compétences requises pour une collaboration interprofessionnelle efficace. L'observation des milieux de travail a permis de constater que la formation et l'éducation interprofessionnelle n'étaient souvent pas fournies de façon explicite et claire. Bien que des auteurs suggèrent d'offrir des occasions où les étudiants peuvent interagir avec des étudiants d'autres professions afin d'assurer des collaborations futures efficaces dans le système de santé, d'autres études seraient nécessaires pour évaluer la valeur de l'EIP et les composantes clés pour former les professionnels à travailler ensemble de façon efficace (The Conference Board of Canada, 2012).

Les Facultés du domaine de la santé, en collaboration avec les associations professionnelles et les Collèges ou les Ordres professionnels, travaillent à l'élaboration et la mise en place d'un cadre d'enseignement de la collaboration interprofessionnelle. Elles doivent viser à harmoniser leur vision des compétences nécessaires que les professionnels devront acquérir et qui seront favorables à la mise en pratique sur le terrain (Consortium Pancanadien pour l'interprofessionalisme en santé, 2010 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Hammick, Olckers, & Champion-Smith, 2009 ; Hobgood et al., 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011 ; Verma, Paterson, & Medves, 2006). Elles doivent aussi développer des outils pour l'évaluation d'acquisition de ces connaissances/compétences (Hall, Marshall, Weaver, Boyle, & Taniguchi, 2011). Les pratiques sur le terrain évoluent, donc les milieux concernés doivent s'adapter aux nouveaux profils et identités professionnels (Groupe de travail de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) "Profils professionnels et identités professionnelles," 2011).

Près de nous, il y a un joueur clé dans l'éducation interprofessionnelle : le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UdeM). « Le RUIS de l'UdeM est une organisation qui, en collaboration avec ses partenaires, fait progresser l'intégration de la mission universitaire en santé que sont les soins, l'enseignement et la recherche, en facilitant le transfert des connaissances, l'évaluation des technologies et le développement des services de télésanté, et ce, afin d'améliorer l'accès aux soins. » ("RUIS de l'UdeM," Page consultée en 2016).

Dans le cadre de la formation initiale, d'environ 1500 étudiants de programmes reliés à la santé à l'Université de Montréal, Vanier décrit dans un article les tenants et aboutissants de la mise en œuvre à l'Université de Montréal d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle, original et performant portant sur la pratique collaborative (Vanier et al., 2013). Les étudiants des différents programmes font l'expérience de la collaboration interprofessionnelle en travaillant ensemble et en partenariat avec des patients qui agissent comme coformateurs avec des travailleurs de la santé. Le curriculum est constitué de trois cours intitulés : Collaboration en sciences de la santé 1, 2 et 3 (CSS1900, CSS2900, CSS3900). Il visait lors de sa création à développer six compétences identifiées par le CPIS dans le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme : 1) communication ; 2) soins centrés sur la

personne, ses proches et la communauté ; 3) clarification des rôles ; 4) travail d'équipe ; 5) leadership collaboratif ; 6) résolution de conflits interprofessionnels (Consortium Pancanadien pour l'interprofessionalisme en santé, 2010). Avec l'intégration de patients formateurs dans les cours et la révision récente du curriculum en 2015, huit compétences requises pour le partenariat de soins et de services sont maintenant ciblées. Quatre compétences sont considérées fondamentales : 1) la planification, la mise en œuvre et le suivi des soins de santé et services sociaux ; 2) la clarification des rôles et des responsabilités ; 3) la prévention et la résolution des conflits ; 4) l'éducation thérapeutique des patients et l'éducation à la santé. Quatre autres compétences sont considérées transversales et en soutien aux compétences fondamentales : 1) le travail d'équipe ; 2) la communication ; 3) le leadership collaboratif ; 4) l'éthique clinique<sup>1</sup>.

En conclusion, il ressort de la littérature consultée que plusieurs chercheurs et instances s'intéressent à l'apprentissage des principes et du fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle efficace par les différents intervenants dans le but de favoriser sa mise en place dans les milieux de soins de santé et services sociaux.

### **1.3.2 La compréhension de l'interrelation des champs professionnels**

On ne doit pas confondre la compréhension de l'interrelation des champs professionnels avec la clarté des rôles qui sont liés à la connaissance de l'autre d'un point de vue personnel et professionnel. Ce déterminant est important dans la mesure où il rejoint le besoin de la formation interprofessionnelle des partenaires de la collaboration, mais cette fois dans le contenu clinique. Ainsi, il est essentiel que les dentistes rendent explicites les liens qui peuvent exister entre les aspects médicaux (santé générale, pathologies, traitements), les aspects sociaux (précarité sociale) et la santé buccodentaire.

L'importance de la santé buccodentaire ainsi que sa relation avec la santé générale de l'individu est bien documentée (Barnett, 2006; Casamassimo et al., 2013 ; H. Tenenbaum, D.

---

<sup>1</sup> Communication personnelle Comité interfacultaire opérationnel UdeM  
[http://cio.partenaires-de-soins.ca/?page\\_id=96](http://cio.partenaires-de-soins.ca/?page_id=96).

Matthews, G. Sandor, C. McCulloch, S. McNamara, 2007; King, 2012). Certaines infections buccodentaires présentent une corrélation directe avec des problématiques médicales, telles que les maladies cardiovasculaires (Humphrey, Fu, Buckley, Freeman, & Helfand, 2008), les infections des voies respiratoires (Azarpazhooh & Leake, 2006), le diabète (Mealey, 2006), et des issues de grossesses indésirables (spécifier ici) (Corbella, Taschieri, Francetti, De Siena, & Del Fabbro, 2011). De plus, des traitements couramment utilisés par la médecine, par exemple la chimiothérapie, la radiothérapie ou les thérapies immunosuppressives, sont associés à des manifestations buccodentaires secondaires (Hong & daFonseca, 2008; Meck, Leary, & Sills, 2006; Stokman et al., 2006). Aussi, il ne faut pas oublier que plusieurs maladies ou syndromes présentent des composantes orofaciales, tout comme certains facteurs sociaux propres à l'individu, augmentent le risque de présenter certaines conditions buccodentaires (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011a). Certains exemples de ces relations sont documentés ci-dessous.

Les enfants avec une atteinte craniofaciale par exemple les craniosynostoses, les dysmorphies congénitales ou traumatismes du visage, de même que les tumeurs de la sphère craniofaciale, peuvent également présenter des troubles buccodentaires qu'ils soient inhérents à la condition ou une complication de celle-ci. Du côté squelettique, on peut retrouver des malocclusions ou des fractures osseuses, alors que du côté dentaire, on peut être confronté à des anomalies de nombre, de taille, de structure, d'éruption, ainsi qu'une incidence accrue de la maladie carieuse (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011b).

Dans les hôpitaux, des équipes multidisciplinaires, appelées équipes craniofaciales, prennent en charge cette clientèle. Traditionnellement, dans les hôpitaux pédiatriques, les dentistes pédiatriques et orthodontistes font partie de ces équipes puisque leur champ de pratique est directement lié à la cavité orale. Il existe ainsi des lignes directrices et protocoles variant d'un établissement à l'autre et visant à répondre aux différents besoins des patients et à la coordination des diverses interventions requises (Calonge et al., 2011 ; Locke & Bishop, 2011).

Le diagnostic de certains types de cancer peut se faire par les manifestations buccales initiales. De plus, des infections buccodentaires peuvent compliquer le traitement oncologique, voir même le retarder, entraînant ainsi des comorbidités et une diminution de la qualité de vie

du patient. Aussi, de par leurs effets secondaires, les différentes phases d'un traitement oncologique peuvent bouleverser les habitudes d'alimentation et d'hygiène buccodentaire du patient (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011b). Ces liens étant démontrés, des protocoles et lignes de conduite pour l'évaluation et les traitements buccodentaires avant, durant et après une thérapie contre le cancer ont été développés. L'Académie américaine de dentisterie pédiatrique (AAPD), chef de file en dentisterie pédiatrique, encourage fortement une évaluation buccodentaire initiale, de même qu'un suivi continu pour les patients suivis en cardiologie, oncologie, ou encore ceux ayant subis des transplantations d'organes. L'AAPD publie également des protocoles de soins en lien avec ces thérapies ou traitements (Ciesla, Kerins, Seale, & Casamassimo, 2011).

Les patients avec des troubles alimentaires peuvent présenter des manifestations buccales telles que des érosions dentaires, ces érosions étant directement liées à des comportements néfastes associés à la maladie, tels que des vomissements répétés. Le dentiste peut donc être un acteur principal dans le diagnostic de la condition, mais aussi avoir un rôle clé dans l'éducation, la prévention et la prise en charge de ces manifestations. Par exemple, pour un patient atteint d'anorexie nerveuse, la collaboration active et simultanée des différents intervenants aidera à mieux accompagner le patient (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011a).

Les polytraumatismes peuvent eux aussi impliquer la cavité buccale. La prise en charge optimale de ces patients implique le diagnostic précis des différents sites traumatisés, incluant les tissus buccodentaires, de même que la gestion et stabilisation des atteintes, et ce, par ordre de priorité. À l'inverse, un traumatisme dentaire peut être accompagné d'autres traumatismes, et en cas de doute, l'enfant devra être référé à aux différents intervenants de l'équipe médicale afin d'assurer une prise en charge adéquate (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011a).

Il est documenté que certains éléments de la composante sociale propre à l'individu auront une influence directe sur son risque carieux ainsi que sa propension à subir des traumatismes buccodentaires. La carie dentaire est la maladie infectieuse chronique de l'enfance la plus prévalente et elle est représentée de façon disproportionnée au niveau des classes socio-

économiques les plus faibles. Cette population nécessite aussi davantage l'intervention des services sociojuridiques, que ce soit de pour l'accompagnement à travers les aspects financiers ou organisationnels des soins buccodentaires (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011a).

Les enfants avec des besoins spéciaux tels que les patients atteints d'autisme, d'un retard de développement ou d'une déficience motrice, peuvent également présenter davantage de problèmes buccodentaires ainsi qu'un accès limité aux soins dentaires. Parmi les différentes relations de cause à effet, on note certaines thérapies spécifiques aux enfants autistes, dont la thérapie de modification de comportement par une récompense sucrée (thérapie ABA) pouvant ainsi entraîner une augmentation des caries dentaires. Une déficience motrice ou un trouble du comportement peuvent quant à eux interférer avec l'hygiène buccodentaire à domicile, et donc ainsi augmenter le risque de caries. Pour ces patients dont le comportement est plus difficile, il peut être compliqué de trouver un dentiste capable de fournir les soins dentaires requis. De plus, les familles vivant avec un enfant avec besoins spéciaux doivent jongler avec des horaires surchargés par différents rendez-vous médicaux, ainsi que différentes tâches à effectuer au domicile en lien avec les besoins de l'enfant. Cette surcharge peut reléguer les soins buccaux à domicile en bas de la liste de priorités, augmentant ainsi le risque de caries dentaires (Casamassimo et al., 2013; Nowak, A.J. & Casamassimo, 2011a).

Les enfants avec des besoins spéciaux présentent un risque plus élevé que des besoins de santé soient non comblés, et ce risque augmente davantage en présence de comorbidités. Ils ont donc besoin d'équipes de professionnels travaillant en collaboration en présence de conditions chroniques sévères (Jackson, Krishnaswami, & McPheeters, 2011).

Les progrès en médecine pédiatrique permettent aux enfants atteints de maladies chroniques ou de conditions médicales complexes de vivre plus longtemps, ce qui, par le fait même de cette prolongation de la survie, augmente le besoin en soins secondaires et tertiaires hospitaliers. Afin d'augmenter la qualité des soins et son efficacité, les divers professionnels de la santé se doivent de collaborer. Certaines de ces conditions médicales complexes nécessitent aussi l'apport du dentiste pédiatrique (Ciesla et al., 2011).

Une étude européenne a démontré que l'évaluation des besoins en santé buccodentaire n'était pas une préoccupation pour les divers professionnels impliqués dans les soins des enfants vivant avec une déficience, et que ces professionnels considéraient que cette responsabilité incombait aux parents ou au dentiste. Afin de susciter l'intérêt des autres professionnels envers la santé buccodentaire, les dentistes doivent optimiser la formation des divers intervenants en santé, et mettre en œuvre la collaboration avec les divers intervenants du système de soins médicaux (Hallberg & Klingberg, 2005 ; Hegner, 2009). Cette réalité est aussi présente au niveau des soins primaires (Hegner, 2009 ; Rowan-Legg, 2015). Un projet pilote a été réalisé au sein d'une université américaine dans lequel des professeurs en dentisterie enseignaient ainsi les liens entre la cavité buccale et la santé systémique aux étudiants en médecine. Les résultats ont démontré que dans le curriculum régulier des étudiants de médecine, la formation à l'examen oral était inadéquate et que le spécialiste dentaire pouvait améliorer cette formation, d'où le besoin de mieux structurer les cours offerts en incluant des spécialistes dentaires (Heinrichs & Famili, 2011).

### **1.3.3 La clarté des rôles et des responsabilités**

Le Conference Board du Canada rapporte l'importance de la clarté des rôles dans le développement et l'optimisation de la CIP. Afin de gérer et d'optimiser les rôles au sein d'une équipe, il est important d'être au courant des connaissances, habiletés et champs de pratique des différents membres de l'équipe. Certains groupes de professionnels présentent un chevauchement de compétences ou des variations de compétences similaires. Cet état de fait peut créer des difficultés dans l'établissement des rôles. Un manque de clarté des rôles des membres de l'équipe peut engendrer de la confusion au sein de l'équipe et créer des conflits ainsi qu'augmenter le risque de prodiguer des soins sous-optimaux au patient. En regard du modèle médical traditionnel, les rôles des différents membres de l'équipe peuvent être vus de deux façons : 1) substitution de tâche et 2) supplémentation. La substitution de tâche a lieu lorsqu'un professionnel assume des tâches spécifiques à autre professionnel avec l'intention de satisfaire les besoins des patients tout en apportant une solution aux difficultés de charge de travail, de pénurie de professionnels et de coûts. La supplémentation décrit la relation de travail et de rôles partagés entre différents professionnels à l'intérieur d'une équipe de façon

complémentaire, interdépendante et visant à l'amélioration de la qualité des soins plutôt que de mettre l'emphase sur l'efficacité du processus ou la réduction des coûts. La supplémentation est la forme la plus utilisée au sein des équipes interprofessionnelles (The Conference Board of Canada, 2012).

### **1.3.4 Des outils et des processus communs**

D'Amour rapporte dans une étude que la formalisation est « un moyen important dans la clarification des responsabilités des différents partenaires et dans la négociation du partage des responsabilités » (traduction libre). Elle cite des exemples d'outils de formalisation tels des accords interorganisations, des protocoles et des systèmes d'information. Elle ajoute qu'il est important pour les professionnels de savoir ce que l'on attend d'eux et ce qu'ils peuvent attendre des autres (D'Amour et al., 2008).

San Martín-Rodríguez cite plusieurs auteurs ayant démontré le rôle clé de la formalisation des règles et procédures dans le développement de la CIP. Il rapporte que le développement d'une CIP requière une coordination et des mécanismes de communication appropriés. Particulièrement de rendre disponible des standards, des politiques et des protocoles interprofessionnels, de la documentation unifiée et standardisée ainsi qu'organiser des sessions, forums ou rencontres formelles impliquant tous les membres de l'équipe (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

### **1.3.5 Le désir de collaborer et des habiletés de communication**

San Martín-Rodríguez rapporte qu'en plus de la mise en place de structures et standards par les systèmes de soins de santé pour favoriser la CIP, la collaboration est, de par sa nature, une action volontaire. Des études ont démontré qu'il est primordial que les professionnels nourrissent le désir d'y participer. La cohésion du groupe est importante pour éveiller ce désir de faire partie de l'équipe. Le désir de collaborer dépend de facteurs tels que l'éducation professionnelle, l'expérience de situations similaires dans le passé et la maturité de l'individu (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Il rapporte également que la littérature stipule que les habiletés de communication sont un déterminant relationnel qui influence le degré de collaboration. La littérature suggère trois principales raisons à l'importance de la communication : 1. Le professionnel doit être en mesure de comprendre la contribution de son travail au sein de l'équipe et être en mesure de communiquer le contenu de cette contribution aux autres professionnels ; 2. Une communication efficace est essentielle puisqu'elle permet des négociations constructives avec les autres professionnels ; 3. La communication est le véhicule d'autres déterminants de la collaboration tels que le respect, le partage et la confiance (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

### **1.3.6 La confiance et le respect entre les partenaires de la collaboration**

San Martín-Rodríguez rapporte que la plupart des chercheurs classent la confiance comme un des éléments clés pour le développement de la CIP. L'établissement d'un lien de confiance demande du temps, de l'effort, de la patience et des expériences passées positives. La confiance peut être regardée de deux points de vue : confiance en ses propres habiletés et confiance envers les autres professionnels. Elle dépend de la compétence au niveau des habiletés et des connaissances ainsi que de l'expérience. Les études ont clairement démontré que les professionnels considèrent la confiance indispensable à l'établissement de relations de travail collaboratives (San Martín-Rodríguez et al., 2005). D'Amour spécifie que la confiance envers les autres comprend la confiance en leurs habiletés et à leur capacité d'assumer leurs responsabilités. Elle rapporte que la confiance réduit l'incertitude, ce qui aura un impact positif puisque les données indiquent que lorsqu'il y a trop d'incertitude, les professionnels évitent la collaboration et ne partagent pas la responsabilité de leurs patients. Elle ajoute que les professionnels utilisent les résultats de la collaboration pour évaluer les autres et bâtir la confiance (D'Amour et al., 2008).

San Martín-Rodríguez rapporte également que les chercheurs considèrent le respect mutuel comme un déterminant à la collaboration et que des études ont démontré que les professionnels y attachent beaucoup d'importance. Le respect mutuel implique la connaissance et la reconnaissance de la complémentarité des contributions des divers professionnels au sein de l'équipe et de leur interdépendance (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

### **1.3.7 Des croyances culturelles professionnelles**

Les croyances culturelles professionnelles sont pressenties comme une barrière à l'éducation interprofessionnelle et aux initiatives de pratiques collaboratives. À la source, on retrouve, entre autres, un réflexe de protection des champs de connaissances. De plus, certains praticiens sur le terrain, particulièrement en médecine, ne semblent pas prioriser ces initiatives, valorisant plutôt d'autres aspects de la pratique. Bien que l'attitude soit en train de changer, l'éducation et la sensibilisation des professionnels s'avèrent essentielles pour contrer cette barrière (Barker et al., 2005).

San Martín-Rodríguez rapporte que certaines valeurs culturelles professionnelles peuvent aussi avoir un impact sur la CIP. Par exemple, une forte affinité culturelle pour l'autonomie, au sein des équipes de santé, tendra à promouvoir et supporter l'individualisme et la spécialisation plutôt qu'une CIP. Le développement d'une CIP dépend d'une reconnaissance mutuelle par les professionnels de leur interdépendance aussi bien que de la reconnaissance de « zones grises » où leurs contributions peuvent s'entrecroiser. Si les professionnels de la santé sont seulement immergés dans les philosophies, valeurs et perspectives théoriques propres à leurs disciplines, ceci peut nuire au développement d'une vraie CIP et créer une fragmentation des soins. Une philosophie commune d'approche centrée sur le patient et collaborative serait plus favorable (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

### **1.3.8 Une hiérarchie professionnelle ressentie et projetée au sein de l'équipe**

La hiérarchie professionnelle ressentie ou projetée peut être une source de rapport de forces au sein d'une équipe et sa présence peut avoir un impact négatif sur le développement d'une CIP, l'égalité entre les professionnels étant une caractéristique de base de la CIP. Ce déterminant est observé le plus souvent entre les médecins et les infirmières. Cette hiérarchie professionnelle d'importance ou de pouvoir est difficile à changer compte tenu de la présence de différentes responsabilités médico-légales et de par la culture de la pratique traditionnelle qui est bien ancrée. Une atmosphère de collégialité incluant un processus décisionnel impliquant

tous les membres est critique dans l'élaboration d'une CIP (Atwal & Caldwell, 2006; Leape et al., 2012a, 2012b; San Martín-Rodríguez et al., 2005; The Conference Board of Canada, 2012).

### **1.3.9 Une structure de gouvernance et un leadership pour gérer les équipes**

De nombreux auteurs relèvent l'importance d'une bonne structure de gouvernance et d'un leadership adéquat dans le développement et le maintien de la CIP de par le fait qu'ils servent à l'orienter et la supporter (Barker et al., 2005 ; D'Amour et al., 2008 ; Benjamin Lamb, Brown, et al., 2011 ; San Martín-Rodríguez et al., 2005 ; The Conference Board of Canada, 2012). Ceci comporte (implique) les structures, les politiques et les procédures reflétant la philosophie et les valeurs de l'organisation ainsi que le support administratif pour la planification, l'allocation des ressources, le contrôle des résultats et la reddition de comptes (The Conference Board of Canada, 2012).

La gouvernance doit fournir des directives claires pour la CIP et joue un rôle stratégique et politique pour favoriser l'implantation de processus et de structures pour celle-ci (D'Amour et al., 2008 ; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Le leadership doit transmettre une nouvelle vision de la pratique collaborative, motiver les professionnels à l'utiliser et mettre en place une structure qui favorise la CIP (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Il peut être émergent ou relié à un poste ainsi qu'être exercé par les gestionnaires ou les professionnels. Le leadership ne doit pas être confondu avec le pouvoir. Tous les partenaires doivent être en mesure de s'exprimer et de participer aux prises de décision (D'Amour et al., 2008). Un bon leader devra aussi être en mesure de gérer et résoudre les conflits (Beunza, 2012).

### **1.3.10 Le mélange approprié d'habiletés et de taille de l'équipe (skill and grad mix)**

Le Conference Board du Canada rapporte que l'un des défis auxquels font face les gestionnaires d'équipes de CIP se situe dans l'évaluation du mélange approprié d'habiletés et de taille de l'équipe. Cette évaluation doit tenir compte de plusieurs facteurs influents dont les

besoins du patient et ses préférences, la disponibilité du personnel, le coût et la qualité (The Conference Board of Canada, 2012).

Le mélange approprié d'habiletés de l'équipe doit répondre (satisfaire) aux besoins cliniques et sociaux du patient. Les habiletés administratives sont également essentielles à l'efficacité de l'équipe et y sont inclus, entre autres, la planification, la supervision des opérations cliniques, la collecte des données et le suivi téléphonique avec le patient. Une gestion inadéquate des ressources humaines peut entraîner une surutilisation, une sous-utilisation ou une mauvaise utilisation du personnel de la santé. Tel que mentionné dans la clarté des rôles et des responsabilités, certaines habiletés sont possédées par plus d'un professionnel, mais les données canadiennes portant sur la substitution et supplémentation de tâche en regard de leur impact sur la santé et leur impact économique sont rares (The Conference Board of Canada, 2012).

Il existe également une lacune dans les connaissances à propos de la taille appropriée des équipes de CIP. En 2006, Lemieux-Charles rapportait des résultats mitigés dans les recherches portant sur la relation entre la taille de l'équipe et son efficacité, suggérant un dilemme potentiel entre la satisfaction des membres et la qualité des soins (Lemieux-Charles & McGuire, 2006). Parmi les constats, on observe qu'une taille d'équipe trop petite peut réduire l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins tandis qu'une taille d'équipe trop grande peut réduire l'efficacité. Plusieurs facteurs contextuels influencent la taille appropriée d'une équipe dont les caractéristiques de la clientèle, le lieu de pratique, la disponibilité de praticiens spécialisés et autres ressources humaines ainsi que le champ de pratique des membres de l'équipe (The Conference Board of Canada, 2012).

À ce titre, Ciesla rapporte que les hôpitaux pédiatriques participent grandement aux soins buccodentaires des enfants avec besoins spéciaux. Le nombre de patients faisant partie de cette clientèle va en augmentant et ceci contribue à la surcharge des milieux hospitaliers ce qui diminue la disponibilité du personnel dentaire, traditionnellement moins sollicité (Ciesla et al., 2011). Parmi les différentes solutions étudiées et rapportées dans les écrits, on retrouve la substitution de tâche (voir section sur la clarté des rôles et des responsabilités). À cet effet, des articles mentionnent le rôle potentiel des hygiénistes dentaires en tant que membre des équipes interdisciplinaires de par leur compétences en éducation, en consultation et en soins primaires

(Brown, 1990; Jones & Boyd, 2011; Laiho, Honkala, & Kannas, 1995). Un hôpital en Angleterre a aussi créé des postes d'infirmières auxiliaires de liaison pour les soins buccodentaires, formées par le département dentaire pour aider à la promotion de bonnes pratiques de soins buccodentaires au sein des départements de l'hôpital et pour améliorer la communication en ce qui concerne la santé buccale des patients dans les équipes multidisciplinaires (Charteris & Kinsella, 2001).

### **1.3.11 Un espace et un temps pour la communication et la collaboration**

La distance physique entre les professionnels renforce les divisions entre les professions, crée un obstacle à la communication et à la collaboration et contribue également à la méconnaissance du rôle des autres professionnels. Lorsqu'une équipe devient mature, la distance a cependant moins d'impact (The Conference Board of Canada, 2012).

Le temps alloué à l'horaire des rendez-vous pour les soins des patients rend la communication entre les membres extrêmement difficile. La forme de communication la plus commune est informelle, non structurée et non planifiée. En cas de conflit d'horaire entre une réunion multidisciplinaire et d'autres activités cliniques, la réunion passera souvent en deuxième (Benjamin Lamb, Sevdalis, et al., 2011). C'est pourquoi il est suggéré d'avoir un temps réservé à cet effet dans l'horaire. Même si des professionnels perçoivent les réunions multidisciplinaires comme étant hautement utiles pour incorporer des opinions multidisciplinaires et pour améliorer la communication avec leurs collègues, il peuvent avoir de la difficulté à trouver ou à créer le temps pour les réunions (Barker et al., 2005; Benjamin Lamb, Brown, et al., 2011; Wright et al., 2009).

San Martín-Rodríguez rapporte que le temps pour échanger et qu'un espace pour les rencontres sont des conditions clés pour une CIP performante. Une période de temps est primordiale pour échanger de l'information, pour développer des relations interpersonnelles et pour aborder les enjeux des équipes. En plus de la présence d'espaces disponibles pour les rencontres, la notion d'espace commun de travail et de proximité physique réduit la territorialité et facilite la CIP. À ces fins, plusieurs auteurs mettent de l'emphase sur le besoin d'investissements financiers adéquats (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Les technologies peuvent réduire le besoin d'espace et de temps pour la communication et la collaboration. Parmi ces technologies, on retrouve le dossier médical électronique, la vidéoconférence et la télésanté (Atwal & Caldwell, 2006).

### **1.3.12 Les modèles de rémunération**

Bien que les modèles de rémunération semblent être peu soulevés de façon précise par d'autres auteurs, la revue du Conference Board du Canada, considère ce déterminant comme un défi opérationnel significatif. Les modèles de rémunération des médecins sont variables selon les modèles d'équipe et selon les provinces/territoires. Bien que chaque modèle comporte des avantages et des inconvénients, il semblerait que des modèles de rémunération alternatifs au paiement à l'acte inciteraient la participation à la CIP. La plupart des modèles d'équipe utilisent un mode de paiement mixte pour les médecins. Pour les autres professionnels, membres des équipes, le mode de paiement est variable selon le modèle d'équipe, mais la plupart sont à salaire. Le recrutement et la rétention seraient plus difficiles en l'absence de programmes de compensation et de bénéfices pour les membres d'équipes de CIP. Le défi consiste donc à établir des modes de rémunération appropriés pour les intervenants et les équipes afin de promouvoir une collaboration interprofessionnelle efficace et d'améliorer le recrutement et la rétention des ressources humaines (The Conference Board of Canada, 2012).

### **1.3.13 Un monitoring et une évaluation appropriés**

Plusieurs auteurs rapportent que la majorité des évidences publiées sur les équipes interprofessionnelles décrivent les changements au niveau de la pratique, incluant l'amélioration de la communication, de la coordination et de la prise de décision entre professionnels. Cependant, les recherches décrivant les impacts sur la santé des patients ne sont pas toujours concluantes. Ceci s'explique parfois par le fait que dans certains domaines, les effets de la collaboration peuvent se confondre à d'autres facteurs évoluant en parallèle tels les nouvelles technologies thérapeutiques et les changements dans les services (Fleissig et al., 2006; Benjamin Lamb, Brown, et al., 2011; The Conference Board of Canada, 2012).

Afin de pouvoir décrire l'ensemble des impacts qui découlent des équipes interprofessionnelles, il faut mettre sur pied des systèmes de monitoring et d'évaluation de la

mise en place des équipes, de leur performance, du travail de celles-ci et de leurs divers impacts (Fleissig et al., 2006 ; Lebel et al., 2011c). À cet effet, plusieurs auteurs ont travaillé au développement d'outils pour mesurer ces différentes facettes et ainsi contribuer à l'objectif de mettre en lien la qualité des soins avec la collaboration (Careau, 2013 ; Graham & Logan, 2004 ; B. W. Lamb, Wong, Vincent, Green, & Sevdalis, 2011 ; B Lamb, Sevdalis, Mostafid, Vincent, & Green, 2011 ; Lebel et al., 2011b ; Malec et al., 2007 ; D. Tremblay et al., 2011 ; Weller et al., 2011).

## **1.4 Synthèse de l'état des connaissances et problématique**

Au terme de cette recension des écrits, il ressort que la collaboration interprofessionnelle réussie est le fruit d'une multitude de conditions qui en déterminent la qualité. Plusieurs auteurs ont mis en évidence des déterminants de dimensions variées, permettant ainsi de cibler les conditions gagnantes pour la mise en place d'une collaboration efficace et durable. Si ces recherches impliquaient différents groupes de professionnels, aucune ne s'est penchée sur les déterminants de la mise en place d'une collaboration efficace entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire, sur les modalités et les ressources nécessaires au développement d'équipes interprofessionnelles intégrant un dentiste, ni sur les indicateurs qui permettraient de mesurer les impacts de cette intégration.

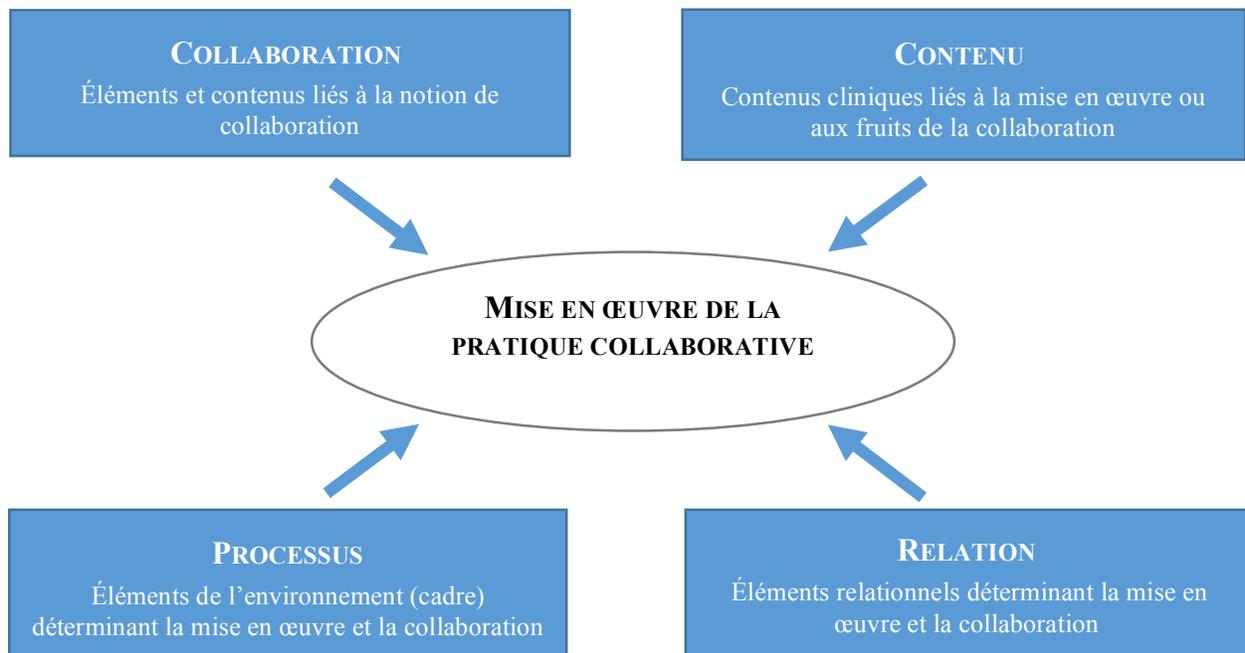
Des études sur la collaboration interprofessionnelle proposent des modèles conceptuels de la collaboration, tels que celui proposé par D'Amour (D'Amour et al., 2008). Pour rappel, un modèle conceptuel est un ensemble de concepts et de propositions générales énonçant des relations destinées à décrire ou à caractériser des phénomènes (Fortin & Gagnon, 2010). Le modèle de D'Amour à quatre dimensions et dix déterminants décrits la structure/le cadre (trois dimensions) et la relation (une dimension) de la collaboration.

Notre intérêt étant d'étudier l'intégration d'un dentiste au sein d'une équipe multidisciplinaire, nous avons également besoin d'inclure dans un modèle les étapes en amont d'une collaboration établie. Dans le cas présent, comme notre démarche implique d'entrer en communication avec des équipes, pour conceptualiser cette communication, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Paul Watzlawick (Watzlawick, Jackson, & Beavin, 1979). Ils

décrivent que toute communication s’analyse en contenu et en relation. Ainsi il est possible de distinguer les déterminants qui portent sur le contenu de ceux qui portent sur la relation. En regard de notre démarche et de ses objectifs, il faut distinguer les contenus médicaux qui sont au cœur d’une collaboration interprofessionnelle, des contenus liés à la notion de collaboration interprofessionnelle. Enfin, pour compléter notre modèle, nous y ajoutons la dimension de structure/cadre retrouvée dans les modèles de la collaboration.

Ainsi, par un processus de raisonnement déductif, nous pouvons formuler un modèle conceptuel qui organise les principaux déterminants de la collaboration et les étapes en amont dans quatre dimensions distinctes : la collaboration (contenus liés à la notion de CIP), le contenu (contenus médicaux), le processus (cadre et dynamique) et la relation.

Figure 1 - Modèle conceptuel pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (processus de collaboration interprofessionnelle)



## Question de recherche et objectifs

Cette recherche vise à mieux comprendre les enjeux de l'application du concept de la collaboration en milieu hospitalier, en étudiant l'intégration d'un dentiste au sein d'équipes multidisciplinaires. Bien que nous croyons que les déterminants pour la mise en place d'une collaboration efficace entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier s'avèreront semblables à ceux rapportés dans la littérature pour les autres professionnels de la santé et les différents milieux, nous souhaitons identifier les déterminants clés et proposer des modalités afin de favoriser une implantation efficace de la collaboration au sein du futur Centre d'excellence en dentisterie pédiatrique du CHU Sainte-Justine (Girard M, Charbonneau A, Asselin ME, Vu DD, Huyn N, Arpin J, El hrichi G, 2013). Nous profiterons également de cette exploration pour tenter d'identifier des indicateurs permettant d'en mesurer les impacts. Ce faisant, les résultats pourraient contribuer à la validation des connaissances actuelles sur la collaboration en y incluant le dentiste et ainsi guider d'autres départements dentaires hospitaliers dans leurs démarches de collaboration, voir même peut être des dentistes désirant travailler en collaboration avec des équipes multidisciplinaires évoluant dans d'autres milieux.

De façon plus précise, nous avons formulé la question de recherche suivante :

- Quels sont les déterminants pour la mise en place d'une collaboration efficace entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier ?

Les objectifs spécifiques du projet de recherche s'énonçaient de la manière suivante :

- Identifier, auprès des membres des départements ciblés d'un centre hospitalier pédiatrique, les déterminants pour la mise en place d'une collaboration efficace entre le dentiste et ceux-ci ;
- Analyser ces déterminants et proposer les modalités (formations, documents à produire, etc.) et les ressources optimisant le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire dans un contexte d'intégration d'un nouveau professionnel, notamment le dentiste ;
- Identifier des indicateurs (proximaux et distaux) permettant de mesurer les impacts de l'intégration d'un dentiste au sein d'une équipe multidisciplinaire.

## **2 Méthodologie**

Cette étude exploratoire a suivi la méthodologie de l'étude de cas organisationnels utilisant des méthodes qualitatives (p.ex. analyse de discours), selon les objectifs fixés et le modèle conceptuel formulé (Figure 1). L'étude de cas « est appropriée quand on dispose de peu de données sur le phénomène à l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2010 ; Yin, 2009). « Les méthodes qualitatives peuvent permettre, contrairement aux méthodes quantitatives, d'étudier le comportement des participants dans leur milieu naturel et d'en interpréter les phénomènes. » (Fortin & Gagnon, 2010). La population à l'étude se compose d'un dentiste ainsi que de plusieurs équipes multidisciplinaires œuvrant en milieu hospitalier. Nous formulons l'hypothèse qu'il existe entre eux une collaboration sous-optimale, compte tenu de l'absence d'intégration formelle du dentiste au sein des équipes, ceci malgré l'interrelation des champs professionnels et les apports potentiellement mutuellement bénéfiques.

### **2.1 Milieu et participants**

#### **2.1.1 Choix du milieu**

Pour mener à bien notre étude, nous avons besoin d'un milieu hospitalier qui a entrepris le virage de la collaboration interprofessionnelle, qui possède un département dentaire, mais dont les dentistes sont peu ou pas intégrés dans les équipes multidisciplinaires. Notre choix s'est porté sur le CHU Sainte-Justine, centre hospitalier universitaire à vocation pédiatrique. En effet, bien que de nombreuses pratiques collaboratives implicites et non structurées existent au sein de l'établissement depuis plusieurs années, des équipes explicitement collaboratives commencent également à s'implanter. Cependant, force est de constater que malgré le bénéfice potentiel de l'apport du dentiste pédiatrique (voir section 1.3.2 dans la recension des écrits) et bien que le département de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine collabore avec plusieurs départements et équipes selon des besoins ponctuels de part et d'autre, il ne fait partie officiellement que d'une seule équipe, soit l'équipe craniofaciale.

### **2.1.2 Choix des participants et critères d'inclusion**

Comme notre étude souhaitait documenter les déterminants pour la mise en place d'une collaboration efficace entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier, nous pouvions identifier plusieurs équipes potentielles en regard de nos critères d'inclusion. Ces derniers portaient sur l'importance d'apports bénéfiques mutuels entre les équipes ciblées et le département de médecine dentaire selon l'interrelation des champs professionnels, ainsi que sur le fait que ces équipes n'avaient pas intégré le dentiste de façon explicite. Il est à noter que ces équipes collaboraient déjà, de diverses façons et à différents niveaux avec le dentiste, mais cette collaboration ne l'intégrait pas au sein de leur équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, ces équipes avaient également été identifiées comme partenaires potentiels au sein du futur Centre d'excellence en médecine dentaire pédiatrique (Girard M, Charbonneau A, Asselin ME, Vu DD, Huyn N, Arpin J, El hrichi G, 2013) et ce choix initial avait été validé pour sa pertinence par la chef de service et la chef du département de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine. Pour compléter le recrutement des équipes, nous avons rajouté des équipes participant déjà au projet de développement de pratique collaborative avec le patient et ses proches, appuyé par le MSSS et piloté par le CPASS. Ces équipes avaient toutes un profil offrant un potentiel d'apports mutuels bénéfiques tels que décrits plus haut.

### **2.1.3 Critère d'exclusion**

Nous avons exclu toute équipe multidisciplinaire qui incluait déjà le dentiste de façon formelle.

### **2.1.4 Taille de l'échantillon**

Bien qu'une étude de cas pourrait se limiter à l'étude d'une seule équipe, nous avons choisi de solliciter des équipes jusqu'à l'obtention de rencontre avec quatre d'entre elles pour tenir compte des différences de dynamique et de fonctionnement et éventuellement identifier des déterminants distincts et/ou communs aux différentes équipes. Ainsi, neuf équipes ont été contactées pour obtenir les quatre rencontres désirées. Les cinq équipes pour lesquelles les prises de contact n'ont pas abouti à une rencontre ont été aussi incluses dans l'étude, par l'entremise

de notes de terrain de la prise de contact, pour raffiner l'identification des déterminants d'une collaboration réussie et des étapes en amont.

### **2.1.5 Modalité de recrutement**

Initialement, afin de trouver les bons interlocuteurs pour le recrutement des équipes, nous nous sommes référés à l'organigramme du réseau intranet du CHU Sainte-Justine, à la chef du département dentaire ainsi qu'à sa chef de service. La prise de contact initiale avec ces interlocuteurs identifiés s'est faite par un courriel d'introduction (Annexe II). Des échanges de courriels, des appels téléphoniques et des rencontres ont suivis selon les cas, soit pour contacter un autre interlocuteur, soit pour prévoir une rencontre avec l'équipe.

Par la suite, pour compléter notre recrutement d'équipes, nous nous sommes tournés vers le Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME), où plusieurs équipes multidisciplinaires sont en fonction et habituées à participer à des projets de recherche. Afin de dénicher des équipes multidisciplinaires fonctionnelles, ouvertes à notre étude et avec un fort potentiel d'apport bénéfique mutuel, nous avons utilisé le réseau interne de l'établissement. Ainsi, nous nous sommes adressés à des leaders de pratique collaborative reconnus, travaillant au centre et en mesure de nous diriger vers les bons interlocuteurs. La prise de contact initiale avec ces interlocuteurs identifiés s'est également faite par le même courriel d'introduction (Annexe II). Des échanges de courriels et des appels téléphoniques ont suivis pour planifier des rencontres.

### **2.1.6 Description de l'échantillon et caractéristiques des participants**

L'échantillon était composé de neuf équipes multidisciplinaires dans lesquelles l'intégration d'un dentiste aurait un fort potentiel d'apport bénéfique mutuel, dont cinq œuvrant à l'Hôpital Sainte-Justine, une œuvrant à l'extérieur des locaux mais en collaboration avec un service de l'hôpital et trois œuvrant au CRME. La plupart des équipes offrait principalement des soins et services hospitaliers et ambulatoires tandis qu'une équipe œuvrait davantage dans les domaines juridiques et communautaires.

Parmi les équipes, les niveaux de collaboration avec le dentiste étaient variables. Cette variabilité s'exprimait par la fréquence, le type d'interaction (écrite ou verbale), la relation

(connaissance des interlocuteurs) et l'intégration (action collective selon les perspectives de tous).

Les équipes échantillonnées font partie des programmes ou services suivants : Troubles du comportement alimentaire, Sociojuridique, Traumatologie, Hématologie-Oncologie, Déficits moteurs cérébraux, Troubles de développement moteur et Maladies neuromusculaires.

En tout, 44 personnes ont été contactées et/ou rencontrées pendant l'étude dont des gestionnaires (coordonnateurs cliniques et chefs de département), adjointes administratives, médecins spécialistes, infirmières, infirmières cliniciennes, dentiste, ergothérapeutes, psychologue, travailleuses sociales, éducatrices spécialisées, physiothérapeutes et orthophoniste.

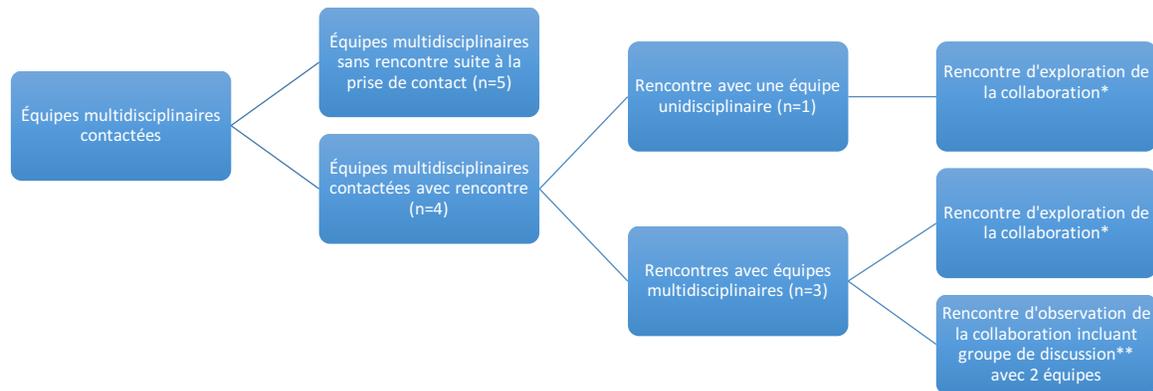
Il est à noter que parmi les équipes multidisciplinaires contactées, l'une d'entre elles nous a offert de rencontrer un groupe de professionnels issus d'une même discipline. Nous avons tout de même inclus cette équipe, car ceci s'inscrivait dans un processus de mise en place de la collaboration. Cette équipe est identifiée comme équipe unidisciplinaire dans la Figure 2 à la page suivante.

## **2.2 Procédure**

### **2.2.1 Description des types de rencontres**

Des quatre équipes avec lesquelles nous avons obtenu une rencontre, deux équipes nous ont offert des rencontres d'exploration de la collaboration afin d'identifier les besoins et les façons de travailler ensemble. Les deux autres équipes ont accepté des rencontres d'observation incluant une discussion afin d'examiner leur rencontre multidisciplinaire et d'échanger par l'entremise d'un groupe de discussion focalisée (*focus group*) d'une éventuelle collaboration.

Figure 2 - Échantillon et rencontres



\* Rencontre d’exploration des conditions de mise en œuvre de la collaboration

\*\* Rencontre d’observation de la collaboration d’une équipe en activité dans le cadre d’une rencontre clinique, incluant une exploration des conditions de mise en œuvre de la collaboration

## 2.3 Variables et collecte des données

### 2.3.1 Variables

La variable dépendante est la mise en œuvre de la collaboration entre un dentiste et une équipe interprofessionnelle en milieu hospitalier. Dans un continuum d’inexistante à active, elle s’exprimera par la dynamique des échanges, soit : centrée sur le processus, centrée sur le climat, centrée sur la tâche/le contenu, ou autre(s), et ce, à travers les échanges écrits et verbaux (notes de terrain) suivant la prise de contact ainsi que lors des rencontres (rencontres non dirigées, observations en situation, groupes de rencontre).

Les variables indépendantes sont les dimensions et les déterminants identifiés et seront évaluées à l’aide de notre modèle d’analyse basé sur les quatre dimensions proposées par notre modèle conceptuel (collaboration, processus, relation et contenu).

### 2.3.2 Collecte des données

Initialement, nous voulions évaluer les modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire et recueillir nos données à l'aide de grilles d'évaluations, de questionnaires, de groupes de discussion focalisée (*focus group*) et d'un journal de bord. Cependant, l'intégration d'un dentiste dans une équipe existante nécessite des étapes préalables, et cette réalité du terrain nous a obligés, dans le cadre de cette recherche exploratoire, à documenter plutôt le processus de mise en place de la collaboration pour certaines équipes de l'échantillon. En effet, suite aux prises de contact, les deux premières offres de rencontres que nous avons reçues se sont avérées être des offres de rencontres où les parties pourraient explorer les besoins et les façons de travailler ensemble (rencontre d'exploration de la collaboration), plutôt que des offres d'assister à une réunion multidisciplinaire. Puisque ces propositions semblaient pertinentes à notre exploration et s'inscrivaient dans un processus de mise en place de la collaboration, nous avons décidé d'inclure les étapes en amont de la collaboration et de les intégrer dans le modèle conceptuel (voir 1.4 Synthèse de l'état des connaissances et problématique). Cet élargissement de la perspective, imposée par la pratique du terrain, apporte selon nous une valeur ajoutée aux deux premiers objectifs auxquels nous accordions une plus grande importance, à savoir les déterminants de la mise en place d'une collaboration efficace et les modalités nécessaires au développement d'équipes interprofessionnelles. Par contre, il nous a amenés à abandonner le 3<sup>e</sup> objectif, soit celui de l'identification des indicateurs (proximaux et distaux) permettant de mesurer les impacts de l'intégration d'un dentiste au sein d'une équipe multidisciplinaire.

La recherche qualitative exploratoire étant de nature inductive, elle se doit d'être flexible dans sa conception et son style. Ainsi, le plan de recherche peut se modifier pendant le déroulement du projet en fonction des expériences sur le terrain et de l'évolution des éléments. Le chercheur peut remettre en question le choix des stratégies de recherche dans le processus d'investigation, modifier les procédures de collecte des données et la proposition de départ ("Groupe en éthique de la recherche" ; Vasilachis de Gialdino, 2012).

Concrètement, la collecte des données a dû être adaptée à ce changement. Ainsi, les différents types de données de notre étude ont été recueillis auprès de plusieurs sources

d'information selon des modalités adaptées à chacune des étapes (p.ex. courriels et entretiens téléphoniques) et aux types de rencontres :

### **2.3.3 Deux types de rencontres et trois méthodes de collecte des données**

#### **2.3.3.1 Étape1 : La prise de contact**

- Notes de terrain (et journal de bord)

« En recherche qualitative, les notes de terrain et le journal de bord sont des moyens fréquemment utilisés pour l'enregistrement des données pertinentes » (Fortin & Gagnon, 2010).

Les notes peuvent être de « nature pragmatique et stratégique en décrivant le déroulement des interventions sur le terrain comme tel » (p. ex. nom des personnes, dates et heures). Elles peuvent aussi être de « nature descriptive en rendant compte des situations observées ». Celles-ci décriront ce que font les sujets, la nature des interactions, les événements qui se déroulent, etc. Elles peuvent également être de nature plus théorique et auront pour objectif d'esquisser une interprétation des phénomènes. Finalement, les notes peuvent aussi être de nature à exprimer les impressions, les états d'âme, les sentiments, etc. (Royer & Moreau, 2005).

Comme notre étude se penche sur les étapes en amont de la collaboration, nous avons utilisé ces moyens pour enregistrer des données pendant l'identification des interlocuteurs et les prises de contact. Certes, ces données peuvent couramment jouer un rôle mineur dans une étude, mais pour nous, elles représentent une source de données utile permettant d'identifier certains déterminants de la mise en place d'une collaboration efficace et les modalités nécessaires à l'intégration d'un nouveau professionnel dans des équipes existantes.

En regard de l'éthique, les notes utilisées portent sur les démarches du chercheur (renseignements non identificatoires) et non pas sur les interlocuteurs (identificatoires).

### 2.3.3.2 Étape 2 : Les rencontres

Les rencontres ont été de deux types : exploration des conditions de mise en œuvre de la collaboration visant l'intégration d'un dentiste dans l'équipe (rencontre d'exploration) et observation de la collaboration d'une équipe en activité dans le cadre d'une rencontre clinique, incluant une exploration des conditions de mise en œuvre de la collaboration visant l'intégration d'un dentiste dans l'équipe (rencontre d'observation et d'exploration). L'usage d'un enregistreur pour capter la voix des participants lors d'entrevues et d'observations est « reconnu depuis longtemps comme un outil classique de la recherche qualitative » (Royer & Moreau, 2005). Ainsi, suite au consentement explicite des participants (voir formulaire de consentement à l'Annexe III), toutes les rencontres ont été enregistrées de façon numérique à l'aide d'un ordinateur portable, ceci afin de permettre une écoute ultérieure et une transcription en verbatims aux fins d'analyse. Toutes les données recueillies ont été anonymisées.

- Rencontres d'exploration

L'entrevue non dirigée étant une « méthode pour recueillir des données auprès des participants ayant pour but de sonder la compréhension d'un phénomène par les participants ainsi que leurs expériences vécues » (Fortin & Gagnon, 2010), elle se prête bien aux rencontres avec des équipes pour lesquelles la collaboration entre le dentiste et celle-ci existe déjà de façon ponctuelle. Ainsi, en sondant la perception que l'équipe se fait de la collaboration et des expériences vécues avec le dentiste, nous pouvons obtenir des données aidant à identifier les déterminants pour la mise en place d'une collaboration efficace et les modalités nécessaires à l'intégration optimale d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire.

Le moment de la rencontre, d'une durée prévue de 60 minutes, a été choisi avec les chefs d'équipe par échange de courriels. Il dépendait des disponibilités de tous et la rencontre se tenait dans un local de leur milieu de pratique.

Au début de la rencontre, le formulaire d'information et de consentement a été distribué aux participants et du temps a été alloué au groupe pour la lecture, les questions et les signatures.

Par la suite, l'enregistrement vocal débutait avec les présentations entre le chercheur et l'équipe et l'explication du but de la rencontre.

Le chercheur a choisi de laisser les chefs d'équipe proposer les thèmes reliés à la collaboration qu'ils désiraient aborder d'entrée de jeu afin de préciser les priorités des équipes. Les thèmes proposés incluaient : l'intégration des programmes de soins dentaires pour les patients de l'équipe, la mise en place de corridors de communication et de programmes/protocoles de soins, le développement d'une expertise thérapeutique, la recherche interdépartementale, l'identification des besoins d'ordre dentaire par les membres de l'équipe, la collaboration avec le dentiste et la valeur ajoutée pour la clientèle.

Afin de recueillir le maximum de données pertinentes à son étude, le chercheur a laissé beaucoup de place à l'équipe pour qu'elle puisse s'exprimer librement sur les différents thèmes. Cependant, afin d'obtenir aussi les données nécessaires, ciblées dans le protocole de recherche, il est intervenu à quelques reprises pour relancer la discussion autour de thèmes particuliers, pour poser des questions, pour clarifier la structure (processus) entourant l'équipe, pour clarifier le contenu médical en lien avec la clientèle de l'équipe, ainsi que pour répondre aux questions des membres de l'équipe portant sur la structure et le contenu dentaire.

La durée des deux entrevues a été de 45 et 46 minutes.

- Rencontre d'observation et d'exploration

Pour les rencontres d'observation de la collaboration incluant une discussion, nous avons utilisé deux méthodes soit l'observation en situation et le groupe de discussion focalisée.

- ✓ Observation en situation

L'observation en situation est un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent » (Royer & Moreau, 2005).

Cette méthode se prête bien à l'observation d'une équipe multidisciplinaire en activité (discussion des dossiers/cas de patients), pour laquelle l'ajout d'un dentiste représente

potentiellement des apports bénéfiques mutuels selon l'interrelation des champs professionnels, mais qui ne l'a pas fait jusqu'alors. Ainsi, en observant les comportements, les pratiques et les contenus, nous pouvons obtenir des données qui, une fois analysées, favorisent l'identification des déterminants de la mise en place d'une collaboration efficace et les modalités nécessaires à l'élargissement d'équipes interprofessionnelles et à l'optimisation de son fonctionnement.

La détermination de la date de rencontre était la responsabilité du chef d'équipe initialement sollicité par courriel par le chercheur. La date de l'observation était fixée par courriel selon les disponibilités du chercheur et selon la présence de certains membres clés de l'équipe, dont un pédiatre et un ergothérapeute (pédiatre : observer la hiérarchie professionnelle et les croyances culturelles professionnelles ; ergothérapeute : observer un potentiel de substitution de tâche et de supplémentation de rôle avec le dentiste de par son expertise en réadaptation buccale) (voir les déterminants dans la recension des écrits). La rencontre avait lieu dans le local usuel des rencontres de l'équipe.

Une fois en place, le formulaire d'information et de consentement était distribué aux participants et du temps était alloué au groupe pour la lecture, les questions et les signatures. Par la suite, l'enregistrement vocal débutait avec les présentations entre le chercheur et l'équipe et l'explication du but de la rencontre. La durée des deux observations a été de 37 et 98 minutes.

Pour l'observation d'une équipe, le chercheur a tenu un rôle d'observateur semi-participant puisque pendant les discussions de cas, l'équipe l'interpelait à l'occasion en tant que dentiste et non en tant que chercheur. De plus, comme il a senti une ouverture de la part de l'équipe, il est intervenu pour poser des questions afin de clarifier le contenu et le contexte de certains cas. Le rôle d'observateur semi-participant a permis de recueillir des données supplémentaires sur les différents thèmes. Pour l'observation de l'autre équipe, le chercheur a tenu un rôle d'observateur complet parce son intervention n'était pas sollicitée par l'équipe ou non pertinente en lien avec les cas et sujets abordés.

Les réunions d'équipe observées étaient animées par les chefs d'équipe et couvraient la discussion de plusieurs cas de patients. Ces discussions portaient sur la mise à jour des informations données par les différents membres et sur l'établissement du plan d'action.

Certains moments de la réunion étaient également attribués au partage d'informations d'ordre général, non reliées à un patient spécifique.

✓ Groupe de discussion focalisée (focus group)

Le groupe de discussion focalisée est une « technique d'entrevue qui réunit un petit groupe de participants dans le cadre d'une discussion orientée sur un sujet en particulier » (Fortin & Gagnon, 2010).

Cette technique se prête bien à la validation des pratiques de l'équipe multidisciplinaire au niveau d'activités qui n'ont jamais intégré de dentiste auparavant, mais pour lesquelles l'ajout d'un dentiste représenterait des apports bénéfiques mutuels selon l'interrelation des champs professionnels. Elle permet aussi de sonder les opinions de ses membres face à l'intégration d'un dentiste au sein de leur équipe.

Le groupe de discussion focalisée avait lieu après les observations en situation. Quatre questions (voir à l'Annexe IV : Questionnaire du focus groupe) avaient été préalablement sélectionnées par le chercheur pour orienter la discussion. Elles portaient sur la place accordée à l'évaluation buccodentaire par l'équipe et sur la possibilité de collaboration avec le dentiste. Le consentement obtenu en début de la séance d'observation contenait aussi un volet distinct pour le consentement de participation au groupe de discussion focalisée. L'enregistrement vocal se poursuivait en continuité de l'observation en situation. La durée des deux groupes de discussion focalisée a été de 14 et 17 minutes.

Le chercheur posait les questions une à la fois et laissait les participants s'exprimer librement en intervenant à l'occasion soit pour demander une clarification à propos d'un commentaire ou soit pour répondre aux questions d'ordre dentaire qui lui étaient adressées.

## **2.4 Analyse des données**

En recherche qualitative, une analyse de contenu permet de dégager des tendances et des thèmes issus des cas et de leur milieu, qui sont ensuite classifiés en fonction des objectifs de l'étude (Fortin & Gagnon, 2010).

Une analyse thématique de contenu a donc été réalisée. Elle s'appuie sur un modèle d'analyse construit par étapes, utilisant un processus mixte déductif et inductif. Le processus déductif découle du modèle conceptuel décrit dans la synthèse de l'état des connaissances (section 1.4). Pour rappel, ce modèle conceptualise la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (processus de collaboration interprofessionnelle) en quatre dimensions distinctes : la collaboration, le contenu, le processus et la relation. À l'intérieur de chacune de ces dimensions, nous avons ensuite utilisé un processus inductif, visant à coder nos données en faisant ressortir les différents thèmes qui en émergeaient. Les données qualitatives obtenues par les entrevues non dirigées, les observations en situation et les groupes de discussion focalisée reproduits en verbatims ainsi que par les notes de terrain, ont été codées et analysées en utilisant la version 11 du logiciel NVivo de QSR (QSR International Pty Ltd., 2016). Le modèle d'analyse global est issu d'un processus inductif itératif visant à coder, regrouper et classer hiérarchiquement les données codées, afin d'en faire ressortir les principaux déterminants. Ainsi, en suivant les principes de la théorisation ancrée, nous avons codé successivement nos différentes sources d'information à l'aide du modèle d'analyse issu de la source précédente. À noter qu'après le codage d'environ la moitié des données disponibles, nous avons pu constater que la saturation était atteinte, les nouvelles sources d'information n'apportant pas de nouveaux éléments, mis à part quelques éléments spécifiques aux équipes. Il est à noter que l'étudiant a été formé par le directeur pour le codage et que ces deux derniers ont analysé les données.

Au final, les déterminants et les autres éléments de la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire ont été classés dans un arbre à cinq niveaux, le premier niveau représentant les quatre dimensions du modèle conceptuel (démarche déductive) et les quatre autres correspondent aux niveaux nécessaires pour décliner les différents thèmes en sous-groupes de façon hiérarchique (démarche inductive) (voir Figure 3), jusqu'à l'atteinte de la saturation (l'ajout de niveau hiérarchique supplémentaire n'apporte plus d'information utile).

Figure 3 : Représentation hiérarchique du modèle d'analyse

Modèle d'analyse				
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<b>Collaboration</b>				
	Bonification de la collaboration			
	Collaborations existantes			
	Habitudes de travailler en collaboration			
	Importance accordée à la collaboration			
	Piste de collaboration			
<b>Contenu - Contenu clinique (incluant aspects éducationnels et recherche)</b>				
	Contenu buccodentaire			
		Cas buccodentaire à résoudre		
		Informations buccodentaires fournies par le dentiste		
		Réalités buccodentaires auxquelles fait face l'équipe		
	Contenu médico-clinique			
	Contenu psychosocial			
<b>Processus</b>				
	Dynamisme du département/chef de département			
	Structurant, cadre-aspects organisationnels, procédures, protocoles			
		Dossier		
			Disponibilité-complexité du dossier principal	
			Pistes de solution	
			Processus de gestion du dossier	
		Étendue géographique du milieu		
		Fonctionnement		
			Disponibilité-implication des interlocuteurs	
			Fonctionnement de la clinique dentaire expliqué par le dentiste	
			Fonctionnement de la clinique médicale expliqué au dentiste	
		Organisation		
			Organigramme	
				Accessibilité de l'organigramme
				Connaissance du milieu-organigramme
		Outils		
<b>Relation</b>				
	Connaissance du département dentaire/dentiste et confiance			
	Échanges harmonieux			
	Question du dentiste sur la satisfaction des liens actuels			
	Informations données par le dentiste pour se faire connaître			
	Question liée à la médecine dentaire			
	Constat des membres de leur méconnaissance buccodentaire			
	Informations des membres pour se faire connaître			
	Méconnaissance du travail de l'autre			
		Méconnaissance du travail des membres par le dentiste		
		Méconnaissance du travail du dentiste par les membres		
	Ouverture de la part des membres face au dentiste			

Niveau 1 : les quatre dimensions du modèle conceptuel basées sur la littérature (déductif) (voir méthodologie)

Niveaux 2, 3, 4 et 5 : nœuds<sup>2</sup> repérés par l'analyse des données qualitatives en utilisant la théorisation ancrée (inductif)

<sup>2</sup> Le terme de nœud est utilisé dans le logiciel nVivo pour décrire une instance de codage dans le modèle d'analyse.

## **2.5 Considérations éthiques**

L'approbation éthique a été émise par le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine (05 fév. 2014, renouvelée 03 fév. 2015 et 13 avril 2017 ; no 3837) (Annexe I).

Un formulaire de consentement et d'information (Annexe III) a été remis aux participants des observations, entrevues et groupes de discussion focalisée et du temps était alloué au groupe pour la lecture, les questions et les signatures.

Les noms des participants ayant accepté de participer à l'étude ont été maintenus confidentiels. L'anonymisation des transcriptions en verbatims a permis d'empêcher l'identification des participants. De plus, toute référence permettant d'identifier la profession des participants a été enlevée dans les citations rapportées dans la section des résultats. De même, les équipes ne sont identifiées que par une lettre. L'ordinateur portable utilisé pour les enregistrements et l'analyse des données était protégé par un code d'accès. Une fois les transcriptions en verbatims terminés, les enregistrements ont été transférés sur un support externe (clé USB) muni d'un code d'accès. Les enregistrements et documents seront conservés sous clé pour une durée de 12 mois suivant la fin du projet de recherche et détruits par la suite conformément aux consignes du Comité d'éthique.

### 3 Résultats

Notre étude visait une évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier à l'aide de notes de terrain et de différents types de rencontres. L'analyse des données basée sur notre modèle conceptuel à quatre dimensions (Figure 1) nous a permis de mettre en relief plusieurs déterminants rencontrés lors des différentes étapes de la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (prise de contact, rencontre préalable et observation). Nous présentons les résultats en deux parties : la première partie porte sur les dimensions et les nœuds et la seconde partie porte sur la correspondance de déterminants aux nœuds.

Le Tableau I présente la fréquence des nœuds codés par dimension lors des prises de contact (lignes du haut du tableau) et des rencontres (lignes du bas du tableau) pour chacune des équipes. La partie du gauche du tableau rapporte les résultats du codage des données portant sur des équipes ayant été rencontrées. La partie droite du tableau au contraire, rapporte les résultats des équipes n'ayant finalement pas pu être rencontrées.

Le Tableau II représente les nœuds relevés lors des prises de contact et des rencontres par dimension. Pour la fréquence des nœuds, voir les tableaux à l'Annexe V.

La codification de notre matériel totalise 790 nœuds. Ceci inclut les prises de contact et les rencontres. La dimension de collaboration représente 23 % des nœuds, la dimension de contenu 25 % et les dimensions de processus et relation 26 % chacune. À noter que cet équilibre des nœuds codés pour chacune des quatre dimensions ne faisait nullement partie de nos intentions. C'est plutôt un constat qui s'est imposé au terme du travail.

La fréquence des nœuds par dimension s'est avérée variable selon les prises de contact et les rencontres. Elle s'est également avérée variable selon le type de rencontres, soit les rencontres d'observation de la collaboration incluant une exploration, les rencontres d'exploration de la collaboration et les échanges de préparation des rencontres qui ne se sont finalement pas concrétisées.

Tableau I - Fréquence des nœuds par dimension lors des prises de contact et des rencontres

Dimensions	Fréquences des nœuds par dimension lors des prises de contact et des rencontres n et (%)									
	Équipes avec rencontre				Autres équipes sans rencontre					
	d'observation de la collaboration incluant une exploration		d'exploration de la collaboration							
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Prise de contact</i>										
<b>Collaboration</b>	2 (6)	3 (11)	7 (18)	3 (30)	1 (50)	1 (17)	3 (21)	3 (27)	1 (8)	
<b>Contenu</b>	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Processus</b>	15 (44)	15 (56)	20 (53)	4 (40)	0 (0)	2 (33)	5 (36)	5 (45)	8 (67)	
<b>Relation</b>	17 (50)	9 (33)	10 (26)	2 (20)	1 (50)	3 (50)	6 (43)	3 (27)	3 (25)	
<i>Rencontre</i>										
<b>Collaboration</b>	18 (33)	34 (24)	71 (29)	35 (18)						
<b>Contenu</b>	23 (42)	69 (48)	54 (22)	48 (25)						
<b>Processus</b>	7 (13)	19 (13)	69 (28)	36 (19)						
<b>Relation</b>	7 (13)	21 (15)	54 (22)	71 (37)						

Tableau II : Nœuds relevés lors des prises de contact et des rencontres par dimension

Nœuds lors des prises de contact	Nœuds lors des rencontres
<b><i>Collaboration</i></b>	<b><i>Collaboration</i></b>
Bonification de la collaboration Habitudes de travailler en collaboration Importance accordée à la collaboration Piste de collaboration	Bonification de la collaboration Collaborations existantes Habitudes de travailler en collaboration Importance accordée à la collaboration Piste de collaboration
<b><i>Contenu</i></b>	<b><i>Contenu</i></b>
Réalités buccodentaires auxquelles fait face l'équipe Contenu médico-clinique	Cas buccodentaire à résoudre Informations buccodentaires fournies par le dentiste Réalités buccodentaires auxquelles fait face l'équipe Contenu médico-clinique Contenu psychosocial
<b><i>Processus</i></b>	<b><i>Processus</i></b>
Dynamisme du département/chef de département Étendue géographique du milieu Disponibilité-implication des interlocuteurs Connaissance du milieu-organigramme	Dynamisme du département/chef de département Disponibilité-complexité du dossier principal Pistes de solutions Processus de gestion du dossier Disponibilité-implication des interlocuteurs Fonctionnement de la clinique dentaire expliqué par le dentiste Fonctionnement de la clinique médicale expliqué au dentiste Connaissance du milieu-organigramme Outils
<b><i>Relation</i></b>	<b><i>Relation</i></b>
Connaissance du département dentaire/dentiste et confiance Échanges harmonieux Informations données par le dentiste pour se faire connaître Méconnaissance du travail du dentiste par les membres Ouverture de la part des membres face au dentiste	Échanges harmonieux Question du dentiste sur la satisfaction des liens actuels Informations du dentiste pour se faire connaître Question liée à la médecine dentaire Constat des membres de leur méconnaissance buccodentaire Informations des membres pour se faire connaître Méconnaissance du travail des membres par le dentiste Méconnaissance du travail du dentiste par les membres Ouverture de la part des membres face au dentiste

Les tableaux ci-dessus présentent quelques caractéristiques intéressantes. Premièrement, nous constatons qu'il existe des différences entre les équipes, selon les types de rencontres (observation de la collaboration incluant une exploration, exploration d'une éventuelle collaboration vs pas rencontre) et selon les étapes (prise de contact vs rencontre).

### **3.1 Cheminement pour les équipes avec observation de la collaboration incluant une exploration (équipes A & B)**

Ainsi, pour ce qui concerne les équipes A et B (équipes avec observation de la collaboration incluant une exploration), nous observons une prépondérance du nombre de nœuds pour les dimensions de processus et de relation lors de la prise de contact et une prépondérance du nombre de nœuds pour les dimensions de collaboration (piste de collaboration, bonification de la collaboration, etc.) et de contenu (contenu médico-clinique, psychosocial et dentaire) lors des rencontres avec ces mêmes équipes.

Les notes de terrain de la prise de contact pour ces équipes indiquent que les échanges concernaient principalement les dimensions de processus et de relation : l'identification des équipes, l'identification des chefs d'équipe et la planification des rencontres. La dimension de collaboration est présente de par le fait que nous avons fourni quelques explications sur le projet de recherche au début des échanges.

Voici quelques exemples des dimensions pour les rencontres des équipes A et B.

#### **Dimension de collaboration**

L'observation des rencontres et les discussions ont permis de relever des situations où la collaboration du dentiste pourrait apporter une valeur ajoutée au patient (bonification de la collaboration) en voici un exemple :

Extrait de la rencontre avec l'équipe B (Doc 2 ; page 18 ; ligne 599) :

Intervenant : (...), *Elle allaite encore le petit bébé, mais ce n'est pas clair. Je pense qu'il est (allaité) encore beaucoup à la demande, puis il est encore comme un bébé. C'est lui qui run pas mal.*

Intervenant : *Quel âge il a ?*

Intervenant : *Deux ans. Il a deux ans, il vient d'avoir deux ans.*

Intervenant : *Elle le voit comme un enfant d'un an puis elle ne le comprend pas donc on ne peut pas l'encadrer comme s'il comprenait.*

Intervenant : *C'est X qui est toujours allaité ? (...)*

Intervenant : *Oui, mais moi je n'ai pas vu, mais Y me dit que même souvent c'est comme une façon de calmer.*

Dans cet extrait, on apprend qu'un enfant de 2 ans est encore allaité, et ce même à la demande. Le patient bénéficierait d'une consultation dentaire pour évaluer son risque carieux. Il est possible que les membres de l'équipe multi ne soient pas conscients de cet aspect.

Dans l'extrait suivant, on apprend que l'équipe suggère aux parents que les enfants consultent le dentiste à l'âge de trois ans alors que les recommandations sont que cette consultation devrait avoir lieu 6 mois après l'éruption des premières dents. La collaboration du dentiste permettrait de sensibiliser l'équipe à ces questions.

Extrait de la rencontre avec l'équipe A (Doc 1 ; page 14 ; ligne 424) :

Intervenant : *Moi aussi spontanément, parmi toutes les familles, les parents que je vois quand approche de trois ans et quand on n'a pas eu l'occasion de faire une intervention, je vais dire aux parents qu'il y a un service dentaire, ou donner la carte d'affaires et à ce moment-là ils ont une communication directe avec des assistantes, c'est plus rassurant. On a quelques parents qui ont déjà essayé de consulter à l'extérieur (...) vraiment très mal pris.*

Dans l'extrait suivant, on note l'implication de l'ergothérapeute au niveau de la bouche dans le cadre de ses fonctions et étant le professionnel qui investigate et rapporte le plus des éléments en rapport à bouche. Cette information nous donne une piste de collaboration.

Extrait de la rencontre avec l'équipe B (Doc 2 ; page 62 ; ligne 2136) :

Intervenant : *Ça c'est des recommandations qu'on va faire nous autres, moi je pose la question aux parents dans la collecte de données quand je vais les revoir comment ça va le brossage de dents.*

Dentiste : *Ça c'est d'emblée ? C'est dans le questionnaire ?*

Intervenant : *Des parents qui me disent : je ne leur brosse pas les dents. On a ça, ça c'est un enseignement qu'on va faire rapidement, leur dire vous devriez commencer on passe par la porte sensorielle pour dire oui ça va être important pour l'alimentation ben dans le fond c'est de l'hygiène en arrière de ça, mais c'est quelque chose qu'on fait avec les parents.... Parce qu'on utilise aussi ce moyen-là pour désensibiliser la bouche parce*

*qu'il y a des aversions et tout, on fait de la pression pour vraiment désensibiliser puis là tranquillement nous ça nous aide dans l'évolution des textures.*

## **Dimension de contenu**

L'observation des rencontres des équipes A et B ont permis de constater que les contenus médical et social étaient au cœur des discussions des dossiers patients. En voici des exemples.

Dans l'extrait suivant, un contenu social est partagé. Ces informations sont utiles pour tous afin de mieux saisir la réalité du patient et de son milieu.

Extrait de la rencontre avec l'équipe B (Doc 2 ; page 25 ; ligne 860) :

Intervenant : *Puis monsieur me dit : vous savez dans ma culture moi c'est une insulte que notre enfant soit handicapé.*

Intervenant : *Encore plus pour un garçon.*

Dans l'extrait suivant, un membre de l'équipe parle de contenu médical en lien avec le buccodentaire.

Extrait de la rencontre avec l'équipe A (Doc 1 ; page 14 ; ligne 447) :

Intervenant : *Chez les grands enfants qui ont des multi handicaps aussi la pousse dentaire ne se fait pas comme chez un enfant normal, donc ils n'ont pas la chance de mettre les objets dans la bouche pour tout ça, donc la pousse dentaire ne se fait pas aussi vite, ça aussi on attend là qu'il ait mis dans la bouche puis que et aussi le fait que chez les grands enfants aussi ils ont des problèmes les enfants handicapés ont des problèmes sensoriels pour minimalement travailler au niveau péri oral il faut désensibiliser la bouche, donc ça prend quelques semaines voire quelques mois pour un peu permettre qu'il y ait un instrument des doigts dans la bouche sinon il va avoir du réflexe de morsures, il va avoir plein de choses. Nous on commence souvent par les exercices péri oral, intra oral et après, l'alimentation et là tranquillement on dit aux parents comment nettoyer les dents avec différents moyens, pas juste la brosse à dents, mais différents moyens, et là après quand il y a une poussée dentaire on va...*

## **Dimension de processus**

La présence du dentiste lors des rencontres avec les équipes multi a soulevé des aspects de processus entre autres en rapport à l'accessibilité des services dentaires et aux éléments qui déclenchent une demande de consultation au dentiste.

Extrait de la rencontre avec l'équipe A (Doc 1 ; page 575 ; ligne 18) :

Intervenant : (...) *pour trouver un dentiste pour la population d'enfants qu'on voit, si on allait sur le site web des dentistes du Québec, ce n'est pas indiqué vraiment (...) les dentistes en communauté qui ont une certaine expérience avec les enfants ou enfants avec handicaps, (...) disons qui ne veulent pas venir jusqu'à l'hôpital pour avoir des services, alors ça, c'est une petite barrière je trouve (...).*

Extrait de la rencontre avec l'équipe B (Doc 2 ; page 7 ; ligne 214) :

Dentiste : *En fait je voyais ici la consultation en médecine dentaire ?*

Intervenant : *Soit les parents qui viennent nous voir pour dire ben là on ne peut pas aller chez un dentiste régulier, peux-tu me faire une consult ou les intervenantes qui viennent me voir moi je signe la consult.*

Dentiste : *Parfait. C'est si les parents vous le demandent à ce moment-là ?*

Intervenant : *Oui ou si nous on a des inquiétudes pour l'hygiène en alimentation des foies les ergo.*

Intervenant : *L'accès à la bouche est souvent pas très facile bon.*

Intervenant : *J'en ai un que je suis rarement, mais quand tu es dans leur face, quand tu es en piscine où tu es drette dans leur face puis là tu fais comme oh ! les dents sont maganées ces dents-là, oups faudrait peut-être qu'il y ait un petit quelque chose oui c'est ça. Vive la piscine au même niveau.*

## **Dimension de relation**

Lors des rencontres avec les équipes multi, les participants ont exprimés leur perception et ce qu'ils vivaient sur le terrain en regard de l'aspect buccodentaire des patients, ce qui représente une partie de la dimension de relation où les participants sont en confiance et dans le partage.

Extrait de la rencontre avec l'équipe B (Doc 2 ; page 60 ; ligne 2084) :

Intervenant : *Des fois j'aurais des questions genre (...) là j'ai beau le lire le palais (...), y as-tu quelque chose que j'ai manqué, je me dis les dentistes... Je ne connais pas ça. Ici on a une clientèle particulière, le dentiste généraliste qui va aller voir, parce que je pense que quand on a tout vécu moi souvent je vais les référer à l'optométriste développemental parce que je sais qu'un optométriste général il va pas voir il ne va pas aller chercher, je me dis est-ce que c'est un peu la même chose avec les dentistes.*

Extrait de la rencontre avec l'équipe A (Doc 1 ; page 14 ; ligne 432) :

Dentiste : *Et vous disiez ben deux ans et demi trois ans, trois ans pourquoi ces âges-là ?*  
Intervenant : *C'est l'âge de l'évaluation dentaire standard dans les approches pédiatres dans la pratique générale, même dans ma pratique je fais du suivi néonatal, à trois ans c'est le premier rendez-vous en dentisterie quand on n'a pas identifié les problèmes antérieurement, sinon c'est parce que les enfants sont plus prêts ils sont plus matures, ils sont capables d'accepter la position sur une chaise dentaire, ils sont capables d'accepter qu'on joue dans leur bouche. Au niveau de la maturité c'est l'âge où on dit aux familles que c'est le temps d'aller voir le dentiste que ce soit régulier ou que l'enfant ait des besoins particuliers c'est la même chose en pédiatrie.*

### **3.2 Cheminement pour les équipes avec rencontre d'exploration de la collaboration (équipes C et D)**

À la lecture des résultats obtenus, on constate, pour les équipes C et D, la présence des quatre dimensions, mais néanmoins avec une prépondérance du nombre de nœuds pour les dimensions de collaboration, de processus et de relation lors de la prise de contact, les contenus en étant pratiquement absents. Par contre, lors de la rencontre d'exploration de la collaboration, les échanges portent de manière assez équilibrée sur les dimensions de collaboration (pistes de collaboration, bonification de la collaboration, etc.) de contenu (médico-clinique incluant le dentaire), de processus (outils, fonctionnement des cliniques, etc.) et de relation (informations des participants pour se faire connaître, méconnaissance du travail du dentiste par les membres, etc.).

Les notes de terrain de la prise de contact pour ces équipes indiquent que les échanges concernaient principalement les dimensions de collaboration, de processus et de relation : l'identification des équipes, l'identification des chefs d'équipe, explication sur le projet de recherche, partage des objectifs des rencontres et la planification des rencontres.

Voici des extraits illustrant les quatre dimensions des rencontres avec les équipes C et D.

#### **Dimension de collaboration**

Dans l'extrait suivant, un membre de l'équipe explique un des bienfaits de la collaboration à travers la communication entre les membres.

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 4 ; ligne 135) :

*Intervenant : La communication est intéressante parce qu'on peut bonifier l'approche thérapeutique avec le patient parce qu'on a premièrement la confiance, on ne la connaît pas, mais souvent quand l'un et l'autre sait ce qu'on devrait demander au patient de le suivre, on a peut-être plus de chance qu'il le suive puis qu'il comprenne pourquoi parce que tout le monde autour se dit : c'est important*

Dans l'extrait suivant, on constate que la collaboration d'un dentiste pourrait aider l'équipe face à une difficulté buccodentaire à laquelle elle fait face dans sa pratique.

Extrait de la rencontre avec l'équipe D (Doc 4 ; page 2 ; ligne 58) :

*Intervenant : Y a-t-il une liste déjà d'établi de justement de dentistes qui acceptent ces enfants-là avant l'âge de 3 ans ? C'est souvent ça qu'on se fait dire 3 ans et plus pour les enfants.*

*Dentiste : Je n'ai pas de liste, mais je le prends en note. (...) c'est la création d'un outil pour vous, des ressources qui pourraient vous aider.*

### **Dimension de contenu**

Dans l'extrait suivant, un membre explique des difficultés rencontrées en rapport au buccodentaire.

Extrait de la rencontre avec l'équipe D (Doc 4 ; page 2 ; ligne 76) :

*Intervenant : On est confronté aussi à une clientèle de maltraitance où les priorités ne sont pas l'hygiène dentaire et on travaille très, très fort tous les besoins primaires de base comme avoir un toit se nourrir, alors quand on parle du volet dentaire, bien souvent on est rendu trop tard. Les dents sont extrêmement endommagées. Les enfants même avec des abcès dentaires ne se présentent pas toujours à leur rendez-vous dentaire. Alors ça devient complexe et c'est difficile d'essayer de travailler cette notion d'hygiène à travers toutes ces préoccupations-là qui ne sont pas résolues, c'est un défi.*

Dans l'extrait suivant, un membre explique une problématique en regard de l'accès aux soins buccodentaires de leur clientèle.

Extrait de la rencontre avec l'équipe D (Doc 4 ; page 1 ; ligne 26) :

Intervenant : *Mais ce qu'on a constaté lors des visites à domicile ou dans les écoles, ce qu'on peut constater que les caries dentaires puis c'est la difficulté est au niveau financement. Les parents qui n'ont pas beaucoup d'argent, ce qui fait en sorte que quand on réfère chez le dentiste, ils ont de la misère à payer. Et si on réfère à Sainte-Justine, des fois aussi il y a une liste d'attente puis si les enfants sont placés dans les foyers ou dans les familles d'accueil, ça se peut qu'on réfère chez le dentiste au site Mont-St-Antoine, mais au pis- aller, c'est ça qu'on a décidé aussi de référer à la Fondation du Centre Jeunesse pour que les parents puissent avoir des fonds pour payer, les aider.*

Dans les extraits suivants, un membre aborde la recherche médicale.

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 12 ; ligne 439) :

Intervenant : *Un projet de recherche on peut revenir avec de plus vieux patients la moyenne d'âge est environ 45 ans, on en a de 16 ans à 43 ans. Ils peuvent revenir pour une batterie de tests. C'est vraiment quelque chose qu'on n'a pas fait.*

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 13 ; ligne 477) :

Intervenant : *D'autres choses pourraient être intéressant dans les projets de recherche quand on aura des patients, des patients soins de bouche, prévention des infections savoir s'ils ont plus ou moins en état neutropénique, y as-tu moyen, de température je ne le sais pas quand on cultive en fait des bactéries, ces bactéries juste regarder on vient de le faire, je ne connais pas par cœur, mais je pense donc on pourrait regarder ce qu'il y a dans la bouche. On fait des cultures des fois. Il y a plein de choses qu'on pourrait faire qui pourraient nous aider à faire la médecine préventive, observationnelle et préventive, mais c'est pour ça que je vous avais dit on est très intéressé à travailler étroitement avec vous, mais de s'éduquer mutuellement avant de commencer à implanter un programme.*

## **Dimension de processus**

Dans l'extrait suivant, le dentiste exprime une problématique dans le suivi des patients

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 15 ; ligne 558) :

Dentiste : *C'est sûr que nous on les voit seulement lorsqu'on reçoit vos consultations, le problème est déjà, des fois souvent on a fait une consultation puis un moment donné le patient revient on ne sait pas, on ne trouve jamais notre visite initiale parce que c'est jamais le même tome c'est jamais si ça, on a pas vraiment de suivi continu.*

Dans l'extrait suivant, il y a un échange sur les protocoles et processus en milieu scolaire en rapport au buccodentaire.

Extrait de la rencontre avec l'équipe D (Doc 4 ; page 5 ; ligne 194) :

Intervenant : *Pour les scolaires qui ont déjà les dents endommagées est-ce qu'il y aurait quelque chose à faire ? Est-ce que l'infirmière scolaire des CLSC aurait un rôle un peu plus actif à jouer, de dépistage, la référence de ces patients ? On va beaucoup dans les écoles.*

Dentiste : *Il y a des hygiénistes.*

Intervenant : *Il y en a qui vont dans les écoles hein je pense.*

Dentiste : *Principalement des hygiénistes.*

Intervenant : *Ils n'ont pas le pouvoir d'envoyer nécessairement ces enfants-là ?*

### **Dimension de relation**

Dans l'extrait suivant, on aborde l'aspect de la confiance entre les membres

Extrait de l'équipe D (Doc 4 ; page 9 ; ligne 324) :

Intervenant : *Même au-delà de ça c'est qu'à force de travailler ensemble, il y a une confiance qui s'installe, une clinique qui peut être bien vue puis être capable comme on peut faire à l'urgence par exemple. Un signe de déviation, rougeur, on va continuer une radio avec, la même affaire pour la douleur (...) le sucrose à l'urgence qu'on donne aux enfants pour la douleur (...), ça aussi c'est des pistes qui peuvent être aidantes pour les enfants qui souffrent de problèmes dentaires jusqu'à l'abcès. C'est sûr qu'il y en a qui font plus mal les abcès, mais ...*

Dans l'extrait suivant, un membre exprime son contentement sur la rencontre.

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 18 ; ligne 661) :

Intervenant : *(...) moi je suis content que vous soyez venus, vous me donnez une opportunité d'encore aider plus nos patients puis de s'entraider nous autres mêmes peut-être à voir, que ce soit plus facile. On va avoir red carpet pour les consults. (...)*

Dans l'extrait suivant, le chercheur s'exprime sur la relation avec l'équipe en tant que résident.

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 18 ; ligne 646) :

Dentiste : *(...) en tant que résident à chaque fois que j'ai eu à travailler avec les infirmières puis vous moi je trouve que vous faites du travail fabuleux c'est toujours très agréable, toujours très agréable de travailler avec vous, ça facilite.*

Dans l'extrait suivant, on reconnaît une méconnaissance du travail de l'un et de l'autre.

Extrait de la rencontre avec l'équipe C (Doc 3 ; page 13 ; ligne 460) :

*Intervenant : X ne savait pas qu'on donnait du Mycostatin, mais je ne sais pas ce que vous faites en médecine dentaire peut-être que ça vaut la peine de faire un tour, qu'est-ce que vous faites là ? Quand vous voyez un patient vous le mettez sur la chaise puis qu'est-ce que vous faites dans la bouche ?*

### **3.3 Cheminement avec les équipes sans rencontre (équipes E à I)**

Les notes de terrain de la prise de contact pour ces équipes indiquent que les échanges concernaient principalement les dimensions de processus et de relation, et dans une moindre mesure de collaboration. Les thèmes discutés portaient sur l'identification des équipes, l'identification des chefs d'équipe et des explications sur le projet de recherche. Les notes n'indiquent pas de refus, mais des courriels restés sans réponse.

Lorsque nous comparons les dimensions entre elles dans la section de prise de contact, nous observons que pour chacune des équipes, les pourcentages sont généralement plus élevés pour les dimensions de processus et de relation que pour la dimension de collaboration et que la dimension de contenu est très peu représentée.

### **3.4 Résultats de la correspondance de déterminant aux nœuds**

Un des objectifs principaux de notre étude était d'évaluer, auprès des membres des départements ciblés, les déterminants influençant la mise en place d'une collaboration efficace entre le dentiste et ceux-ci. L'identification de ces déterminants s'est fait par l'observation des différents nœuds obtenus par notre analyse thématique.

Parmi ces nœuds représentant divers éléments et thèmes de la mise en œuvre de la pratique collaborative, la plupart correspondaient à un ou plusieurs déterminants issus de notre recension des écrits. Nous nous sommes donc attardés aux nœuds les plus fréquents parmi les prises de contact et les rencontres et avons relevé les déterminants qui incluaient l'élément ou le thème pour chacun de ces nœuds. Le Tableau III, plus bas, représente ces correspondances.

Les tableaux représentant les résultats de nœuds pour les prises de contact et les rencontres sont à l'Annexe V.

Les résultats sur les déterminants n'en ont pas révélé de nouveau, mais ont précisé ceux rencontrés par un dentiste en quête de collaboration en milieu hospitalier.

Tableau II - Déterminants de la recension des écrits vs les nœuds les plus fréquemment codés lors des prises de contact et les rencontres

Nœuds codés pour les prises de contact et les rencontres	Déterminants issus de notre recension des écrits
<b><i>Collaboration</i></b>	
Importance accordée à la collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'éducation à l'interprofessionnalité</li> <li>• Croyances culturelles et professionnelles</li> <li>• Structure de gestion et de leadership</li> <li>• Le désir de collaborer</li> </ul>
<b><i>Processus</i></b>	
Dynamisme du département/chef de département	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership</li> <li>• Un espace et un temps pour la communication</li> </ul>
Disponibilité-implication des interlocuteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le désir de collaborer et des habiletés de communication</li> <li>• Leadership</li> <li>• Un espace et un temps pour la communication</li> <li>• L'éducation à l'interprofessionnalité</li> </ul>
Fonctionnement de la clinique médicale expliqué au dentiste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clarté des rôles et des responsabilités</li> </ul>
<b><i>Relation</i></b>	
Échanges harmonieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le désir de collaborer et des habiletés de communication</li> </ul>
Informations du dentiste pour se faire connaître	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La confiance et le respect</li> <li>• L'éducation à l'interprofessionnalité</li> <li>• La clarté des rôles et des responsabilités</li> </ul>
Question liée à la médecine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clarté des rôles et des responsabilités</li> </ul>
Informations des membres pour se faire connaître	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La confiance et le respect</li> </ul>
Méconnaissance du travail du dentiste par les membres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clarté des rôles et des responsabilités</li> </ul>
Ouverture de la part des membres face au dentiste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le désir de collaborer</li> <li>• La confiance</li> </ul>

## 4 Discussion

### 4.1 Les dimensions du modèle

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, en observant les résultats des fréquences de nœuds par dimension, on remarque des différences entre les équipes avec rencontre d'observation de la collaboration incluant une exploration (A et B), les équipes avec rencontre d'exploration de la collaboration (C et D) et les équipes sans rencontre (E à I). Pour les équipes avec rencontre (A à D), toujours en regard des fréquences de nœuds par dimension, des différences sont également notées entre la prise de contact et la rencontre.

Lors de la prise de contact avec les équipes pour lesquelles il y a eu une rencontre d'observation de la collaboration incluant une exploration (A et B), on observe principalement les dimensions de processus (trouver le bon interlocuteur, établir un moment de rencontre) et de relation (présentation des interlocuteurs, échanges harmonieux). En effet, avec ces équipes ayant reçu de la formation et qui sont déjà habituées à travailler en collaboration interprofessionnelle, l'importance de la collaboration semble assez claire et fait peu l'objet de précision et est donc brièvement discutée<sup>3</sup>. Pour arriver à la rencontre d'observation de la collaboration incluant une exploration, on doit juste ajuster les modalités relationnelles et de processus. Une fois ces modalités ajustées, la rencontre d'observation de la collaboration incluant une exploration porte surtout sur les contenus cliniques et de collaboration.

Lors de la prise de contact avec les équipes pour lesquelles il y a eu une rencontre d'exploration du potentiel de collaboration (C et D), on observe également les dimensions de processus et de relation, mais aussi la dimension de collaboration (discussions autour de ce que signifie travailler en collaboration). Un peu comme si l'éducation interprofessionnelle devait se faire avant de pouvoir parler de contenu clinique et de collaboration, question de discuter les

---

<sup>3</sup> Ces équipes œuvrent dans un milieu où la culture du travail en collaboration centrée sur le patient est installée depuis plus longtemps. Ces équipes utilisent un outil rassembleur appelé Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) individualisé depuis plusieurs années déjà (Lebel et al., 2011c) (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) (J. Tremblay & Gagnon, 2004).

besoins et les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle. Contrairement aux équipes A et B, pour lesquelles les dimensions de contenu et de collaboration étaient prépondérantes, les dimensions sont relativement équilibrées lors des rencontres avec les équipes C et D. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il faut travailler des déterminants de processus et de relation qui ne sont pas encore présents.

Chez les équipes pour lesquelles la prise de contact n'a pas été suivie d'une rencontre (E à I), tout comme pour les équipes précédentes (C et D), la prise de contact porte sur les dimensions de relation, de processus et de collaboration. Malgré des réponses initiales positives et une absence de refus formel, les démarches n'ont pas porté fruit. Visiblement, des barrières en lien avec les différents déterminants de la collaboration sont venues influencer ces prises de contact.

Nos résultats sur la mise en œuvre de la collaboration exprimés sous forme de rencontre d'observation de la collaboration incluant une exploration, rencontre d'exploration de la collaboration et prises de contact sans rencontre subséquente, rejoignent en quelque sorte le modèle et la typologie de collaboration entre les professionnels dans les établissements de santé proposés par D'Amour et son équipe en 2008 (D'Amour et al., 2008) (voir Recension des écrits : 1.3 Structuration de la collaboration interprofessionnelle) .

Nous faisons donc un lien entre les équipes A et B, habituées à travailler en collaboration interprofessionnelles avec lesquelles nous avons eu des rencontres d'observation de la collaboration incluant une exploration, et le type de collaboration active de D'Amour (équipe pratiquant une collaboration de haut niveau). Également, nous faisons un lien entre les équipes C et D avec lesquelles nous avons eu des rencontres d'exploration de la collaboration et le type de collaboration en développement (collaboration qui n'a pas pris racine) de D'Amour. Finalement, nous faisons un lien entre les équipes E à I pour lesquelles la prise de contact n'a pas mené à une rencontre et le type de collaboration potentielle (collaboration qui n'existe pas encore) de D'Amour.

## **4.2 L'émergence d'un modèle étapiste de la mise en œuvre de la collaboration**

Notre modèle conceptuel initial pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (voir Figure 1) distingue les quatre dimensions collaboration, processus, contenu et relation, sans pour autant les organiser entre elles. Or, il apparaît au fur et à mesure de notre travail qu'un profil « étapiste », voire linéaire, de notre modèle, émerge de notre exploration.

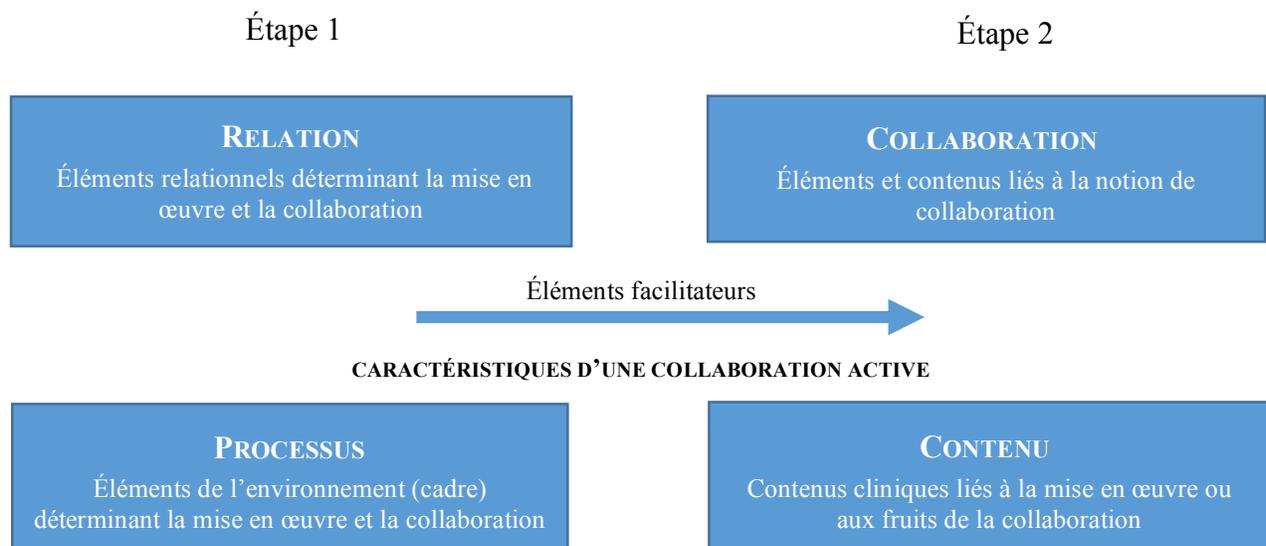
En effet, tel que mentionné dans la section précédente, avec les équipes pour lesquelles il y a eu une rencontre d'observation de la collaboration incluant une exploration (A et B) et pour lesquelles il semble avoir une culture de collaboration active (selon les critères de D'Amour cités plus haut), la première étape, représentée par la prise de contact, était principalement constituée des dimensions de processus et de relation. C'est donc en présence des critères d'une collaboration active que nous sommes passés à la deuxième étape, avec ces deux équipes, soit la rencontre, constituée principalement des dimensions de contenu et de collaboration.

On retrouve ces mêmes étapes avec les équipes pour lesquelles il y a eu une rencontre d'exploration de la collaboration (C et D), équipes que nous avons associées à de la collaboration en développement selon la typologie de D'Amour. Cependant, la dimension de collaboration, par l'entremise de certains déterminants tels l'importance accordée à la collaboration, s'est faite plus présente lors de la première étape (prise de contact) que lors de la deuxième étape (rencontre) où les dimensions de contenu clinique et de collaboration étaient présentes de même que les dimensions de processus et de relation.

Pour ce qui est des équipes pour lesquelles la prise de contact n'a pas été suivie d'une rencontre (E à I), équipes que nous avons associées à de la collaboration potentielle selon la typologie de D'Amour, les démarches se sont arrêtées à la première étape (prise de contact) et celle-ci était sensiblement constituée des mêmes dimensions que pour la prise de contact des équipes C et D.

Nous proposons donc une nouvelle illustration de notre modèle conceptuel pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (Figure 4).

Figure 4 - Modèle conceptuel des étapes pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire



Afin de pouvoir discuter et proposer les modalités et les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire, nous allons décrire les étapes de ce nouveau modèle de façon détaillée à travers les dimensions et leurs nœuds, ainsi qu'à travers les principaux déterminants de la collaboration interprofessionnelle identifiés lors du codage.

### **4.2.1 Étape 1 : Dimensions de processus et de relation**

La dimension de processus de notre étape 1 s'illustre par l'analyse des nœuds démontrant la présence d'interlocuteurs disponibles et impliqués. Ils indiquent également que nous avons échangé et rencontré des départements et des chefs dynamiques et que la connaissance du milieu a un impact sur les démarches. Ces nœuds correspondent à différents déterminants recensés dans les écrits. Selon le nœud, ils peuvent s'exprimer lorsqu'on a du temps, lorsque nous sommes en présence de leadership ou lorsqu'il y a une mise en commun des processus.

La dimension de relation de notre étape 1 s'illustre par l'analyse des nœuds qui indique que les interlocuteurs étaient capables de se révéler, qu'ils étaient ouverts, qu'une confiance était présente ainsi que les échanges étaient harmonieux. Les déterminants correspondant à ces aspects sont la confiance, le respect, les habiletés de communication et la connaissance du métier de l'autre.

### **4.2.2 Éléments facilitateurs : Caractéristiques d'une collaboration active**

Tel qu'observé lors de nos démarches, le passage de l'étape 1 à l'étape 2 s'est fait plus facilement en présence d'équipes qui possédaient déjà les caractéristiques d'équipes travaillant en collaboration active (équipes A et B). Le passage s'est également fait avec d'autres équipes (C et D), mais plus de discussions portant sur la collaboration eurent lieu à l'étape 1. Au contraire, les équipes E à I n'étant que très peu au fait des enjeux de la collaboration, il ne fut jamais possible d'atteindre un niveau de discussion suffisant sur la collaboration pour permettre sa mise en œuvre.

Ces constats suggèrent que la collaboration ne peut se mettre en place efficacement qu'avec des équipes qui possèdent déjà une connaissance préalable des enjeux et des déterminants de la collaboration, et qui sont déjà conscientes de l'importance de travailler activement à sa mise en place.

### **4.2.3 Étape 2 : Dimensions de contenu et de collaboration**

La dimension de contenu de notre étape 2 s'illustre par l'analyse des nœuds qui met en évidence dans la discussion, les contenus buccodentaires, médico-cliniques et psychosociaux.

Certains contenus buccodentaires peuvent être associés aux déterminants suivants : la clarté des rôles et des responsabilités, la compréhension de l'interrelation des champs professionnels et le mélange approprié d'habiletés. Les nœuds médicocliniques et psychosociaux ne correspondent pas tels quels à des déterminants, mais sont les fruits que l'on doit observer dans le contenu d'une réunion multidisciplinaire active.

La dimension de collaboration de notre étape 2 s'illustre par les nœuds suivants : piste de collaboration, bonification de la collaboration, importance liée à la collaboration, collaborations existantes et habitude de travailler en collaboration. Ils correspondent à certains déterminants recensés dans les écrits tels que l'éducation sur l'interprofessionnalité, la compréhension de l'interrelation des champs professionnels, la clarté des rôles et des responsabilités, des outils et des processus communs, les croyances culturelles et professionnelles ainsi que le désir de collaborer.

Ainsi, avant d'arriver à la collaboration active et de parler de contenu clinique, une mise en œuvre de la collaboration doit être amorcée au préalable. Cette amorce débute avec les dimensions de processus et de relation qui, en présence d'éléments facilitateurs, nous amèneront aux dimensions de contenu et de collaboration. À partir de ce moment, les partenaires doivent, tel que décrit par D'Amour (voir Recension des écrits : 1.3 Structuration de la collaboration interprofessionnelle), adopter des objectifs communs par consensus, développer un sentiment d'appartenance et une confiance mutuelle et parvenir à un consensus sur les mécanismes et les règles de gouvernance. Une fois que ces indicateurs seront en place, la collaboration pourra devenir stable et durable.

Or, le réflexe des dentistes (comme celui des médecins et des autres professionnels, d'ailleurs) est de parler tout de suite de contenu clinique, au centre de leurs intérêts et de leurs préoccupations. Le professionnel « standard » va arriver tout de suite avec son contenu clinique, sans se poser de questions telles que par exemple « qu'est-ce que la collaboration ? Comment va-t-on travailler ensemble ? Quel est le cadre ? Qui suis-je ? Qui êtes-vous ? Comment fait-on pour se découvrir ? Etc. »

Pour ces raisons, nous allons proposer des modalités pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire. Ces modalités sont principalement issues de nos réflexions à partir des résultats de notre exploration ainsi que de quelques éléments de travaux d'autres chercheurs.

### **4.3 Proposition de modalités favorisant la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier**

Telle que décrite auparavant, la première étape consiste à travailler d'abord les dimensions de processus et de relation. Pour une démarche éclairée, le dentiste devrait réaliser que tandis que la relation est régie essentiellement par des déterminants provenant des différents membres de l'équipe, le processus, lui, est régi par les différents membres de l'équipe, mais également par l'établissement et par sa gouvernance.

#### **4.3.1 La dimension du processus**

Au niveau de la dimension de processus, le dentiste devrait se montrer dynamique et disponible. Afin d'être disponible, le dentiste devrait prévoir et réserver du temps pour la mise en place de la collaboration. Tel que mentionné auparavant, il devrait pouvoir être soutenu par l'établissement hospitalier et sa gouvernance dans ses démarches. Par exemple, du temps devrait lui être octroyé et les modes de rémunération adaptés (pour l'instant, ils ne couvrent pas l'acte de mise en place de la collaboration, alors que les dentistes de l'établissement étudié sont payés à l'acte). Il devrait être au su de l'aspect structurant/cadre de l'établissement : Quelles sont les équipes multidisciplinaires en collaboration active ? Où sont-elles ? Qui en est responsable ? Qui sont les chefs de département avec qui il veut travailler ? Y a-t-il des personnes ressources à la collaboration au sein de l'établissement ? Etc. Il devrait également s'assurer que la structure de son département favorise la collaboration par l'entremise de lignes directrices à jour et en s'assurant d'avoir les effectifs nécessaires. Dans son évaluation de besoin d'effectifs pour la collaboration qu'il devrait faire conjointement avec les équipes, le dentiste devrait prendre en compte les déterminants de la collaboration portant sur le mélange approprié d'habiletés et de taille de l'équipe, « skill & grad mix » ainsi que sur la

clarté des rôles et des responsabilités. Ces deux déterminants questionnent entre autres, la disponibilité de praticiens spécialisés qui n'est pas toujours celle que requière une collaboration efficace. Comme les dentistes pédiatriques en milieu hospitalier ne sont pas nombreux et les besoins sont grandissants, une des solutions étudiées est le « skill & grad mix » (voir 1.3.10 Le mélange approprié d'habiletés et de taille de l'équipe (skill and grad mix)), dans laquelle l'équipe doit s'assurer de la présence appropriée des différents professionnels afin d'éviter une surutilisation, une sous-utilisation ou une mauvaise utilisation du personnel de la santé. Il est clair que le volet dentaire des patients doit être inclus dans l'évaluation globale et discuté dans les réunions multidisciplinaires. Par contre, il n'est pas clair que le dentiste ait besoin d'être présent pour tous les cas discutés en réunion. En tenant compte des réalités du terrain et de ces deux déterminants, l'équipe, incluant le dentiste et l'établissement devraient envisager ces solutions suivantes rapportées dans les écrits. L'équipe pourrait envisager, pour certaines réunions, une substitution des tâches du dentiste. Ces tâches pourraient être relevées par des hygiénistes ou des infirmières, comme suggérées dans les écrits. Mais nous croyons qu'il serait également intéressant d'étudier, pour certaines équipes, le choix de l'ergothérapeute aussi bien pour la substitution que pour la supplémentation (voir la clarté des rôles et des responsabilités, dans la recension des écrits). Bien que nous n'ayons pas trouvé d'études à cet effet, au cours de nos rencontres d'observation de la collaboration incluant une exploration avec les équipes A et B, nous avons observé que les ergothérapeutes de ces équipes ont l'habitude de travailler avec la sphère buccodentaire de leurs patients tels que pour des troubles de la déglutition. Ainsi ces professionnels seraient des alliés naturels dans le dépistage de certains problèmes buccodentaires. L'équipe pourrait également étudier les besoins et le niveau d'implication du dentiste, les limites des actes ou évaluations buccodentaires pouvant être réalisés par d'autres professionnels, identifier les situations où l'intervention du dentiste est essentielle et ne peut être suppléée et évaluer si sa présence est nécessaire à toutes les réunions ou s'il peut y être convié ad hoc. On pourrait aussi envisager de cibler certaines réunions où les cas avec enjeux dentaires seraient concentrés afin de profiter au maximum de la présence d'un dentiste (par exemple une ou deux fois par mois dans un contexte de soins ambulatoires ou bien une fois par semaine dans un contexte de soins hospitaliers aigus).

### **4.3.2 La dimension de la relation**

Au niveau de la dimension de la relation, le dentiste devrait être ouvert et posséder des habiletés de communication. Ces habiletés de communication seront évidemment utiles à la création d'une relation de confiance et à des échanges harmonieux, mais aussi utiles pour se faire connaître en tant qu'individu et faire connaître ses connaissances, ses habiletés, son champ de pratique et, au besoin, l'interrelation des champs de pratique. En situation de méconnaissance, le déterminant de la clarté des rôles et des responsabilités peut devenir une barrière à la collaboration. Cette barrière pourra être réduite si le dentiste est capable de démontrer son utilité au sein d'une équipe qui, de prime abord, ne la conçoit peut-être pas.

### **4.3.3 La dimension de la collaboration**

Au niveau de la dimension de la collaboration, le dentiste devrait avoir une perception positive et une conscience claire de l'importance de la collaboration, de ses différents déterminants et évidemment, un désir de collaborer. Il devrait aussi réviser ses habitudes de collaboration (habitudes de travailler en collaboration) afin d'améliorer les collaborations existantes et de pouvoir en développer de nouvelles s'appuyant sur les évidences scientifiques.

Ceci sous-entend que les dentistes en formation devraient être intégrés aux formations à la pratique collaborative décrites dans le chapitre 1.3.1 sur l'éducation à l'interprofessionnalité, comme c'est le cas à l'Université de Montréal.

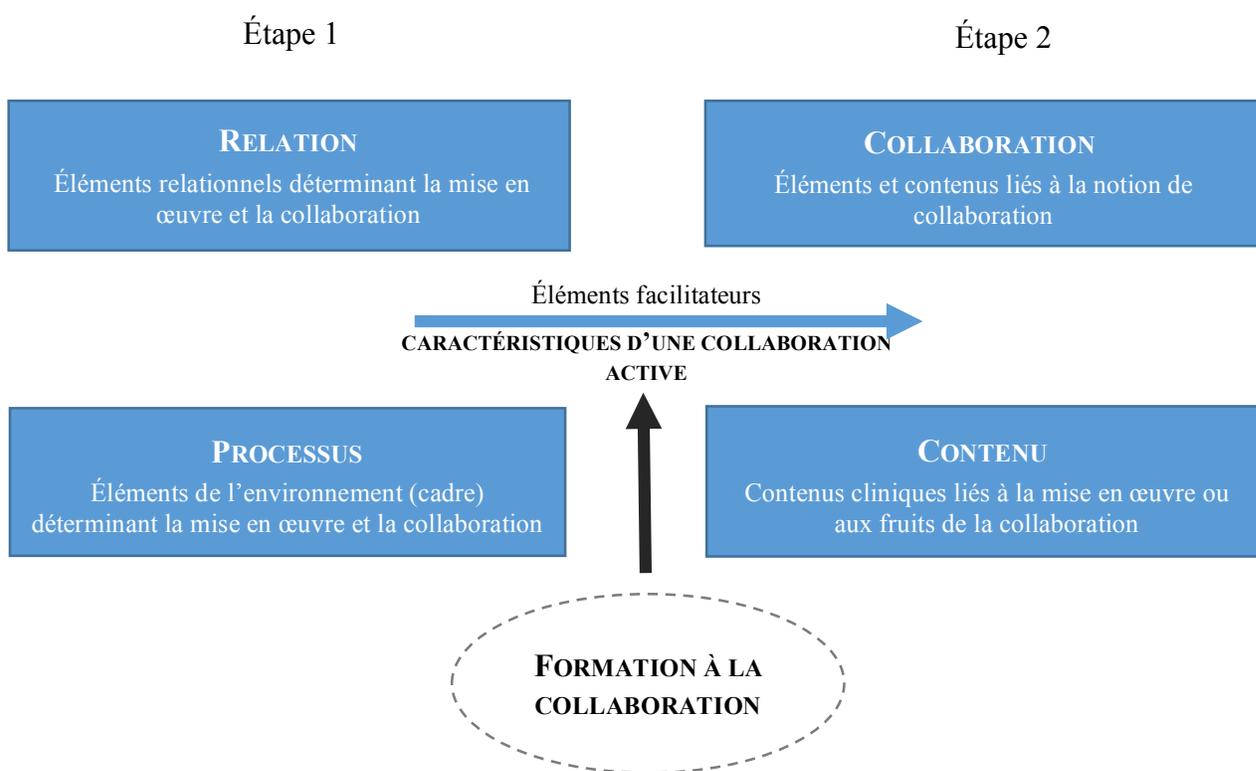
### **4.3.4 La dimension du contenu**

Au niveau de la dimension de contenu, un clinicien typique va vouloir débiter tout de suite avec l'étape de contenu clinique, car c'est ce qu'il maîtrise le mieux. Cependant, le dentiste devrait réaliser qu'avant d'arriver au partage de contenu clinique et même au contenu de la mise en œuvre de la collaboration, il devra passer à travers la séquence décrite plus haut.

## 4.4 Un modèle révisé de la mise en œuvre de la collaboration

En synthèse du chapitre précédent, nous souhaitons proposer une révision, ou plutôt une évolution, de notre modèle conceptuel pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire (Figure 5) :

Figure 5 - Modèle conceptuel des étapes pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire incluant la formation à la collaboration



Tel que relevé dans les écrits, les déterminants ont un impact direct sur la structuration de la collaboration interprofessionnelle et nos résultats indiquent qu'ils influencent également sa mise en œuvre. La connaissance et la compréhension de ces déterminants favoriseraient donc grandement le succès d'une mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire. Malgré les avancées issues des recherches sur la collaboration et le fait que les facultés du domaine de la santé travaillent à l'élaboration et à la mise en place d'un cadre d'enseignement de la collaboration interprofessionnelle, la plupart des professionnels de

la santé, incluant les dentistes, qui œuvrent sur le terrain, n'ont pas mis à jour leurs connaissances sur ce sujet. Pour cette raison, nous recommandons que le dentiste en pratique se forme à la collaboration, afin de faciliter ses démarches et d'augmenter ainsi les probabilités de succès et de pérennité. Nous rajoutons ainsi dans notre modèle le déterminant de la formation à la collaboration comme élément favorisant l'émergence des caractéristiques de la collaboration active.

## **5 Limites de l'étude et rigueur scientifique**

Le choix du milieu, soit un hôpital pédiatrique incluant un département dentaire spécialisé, correspondait bien aux conditions nécessaires à notre étude, soit un milieu hospitalier qui a entrepris le virage de la collaboration interprofessionnelle, qui possède un département dentaire, mais dont les dentistes sont peu ou pas intégrés dans les équipes multidisciplinaires.

Les résultats s'appliquent à la mise en œuvre de la collaboration avec le dentiste bien qu'au départ nous souhaitions étudier l'intégration du dentiste dans des équipes multidisciplinaires. En effet, nous avons dû modifier notre exploration pour plutôt l'axer sur la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire, étape en amont de l'intégration. Nous avons ainsi dû mettre de côté notre troisième objectif qui était d'identifier des indicateurs (proximaux et distaux) permettant de mesurer les impacts de l'intégration d'un dentiste au sein d'une équipe multidisciplinaire.

La méthodologie choisie nous a permis d'identifier plusieurs déterminants de la mise en œuvre d'une collaboration efficace entre le dentiste et une équipe multidisciplinaire. Par contre, elle ne nous a pas permis d'identifier tous les déterminants en cause chez les équipes pour lesquelles il n'y a pas eu de rencontre.

### **5.1 Moyens utilisés pour déterminer la qualité scientifique**

Les critères de rigueur scientifique utilisés pour l'analyse des données de notre recherche qualitative sont les critères constructivistes élaborés par Lincoln et Guba (Lincoln & Guba, 1985). Ces critères sont reconnus et largement répandus, étant mieux adaptés aux recherches qualitatives que les critères de rigueur issus de la recherche quantitative (Fortin & Gagnon, 2010).

#### **5.1.1 La crédibilité (la validité interne)**

La crédibilité « réfère à l'accord entre les vues des participants et la représentation que le chercheur se fait d'eux. » (Fortin & Gagnon, 2010).

1. Engagement prolongé du chercheur sur le terrain : Au moment du début des prises de contact, le chercheur en était à sa dernière année de résidence, à temps plein, en dentisterie pédiatrique au département de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine. Il avait également occupé, au préalable, un poste de résident multidisciplinaire à temps plein sur une période de 12 mois au sein du même département. Avant ces formations, le chercheur avait occupé un poste de dentiste à temps plein pour une période d'environ 14 années en contexte hospitalier et CLSC dans la région 18 du système de Santé et Services sociaux du Québec.

Cet engagement prolongé a permis de mieux comprendre les réalités du terrain et les dires des participants.

2. Triangulation : Nous avons utilisé plusieurs sources de données telles les notes de terrain, différents types de rencontre et groupes de discussion focalisée. Notre échantillon était composé d'équipes dont les niveaux de collaboration étaient différents. Également, nous avons utilisé d'autres sources documentaires. De plus, l'analyse des données s'est faite par deux personnes, soit l'étudiant et le directeur.

L'utilisation de plusieurs sources de données nous a permis de faire des liens avec certains écrits et de réviser notre modèle conceptuel pour la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire. L'implication de deux personnes différentes dans l'analyse des données a permis de préciser les interprétations.

3. Les vérifications externes (*débriefing*) : Le directeur et chercheur principal a joué le rôle de vérificateur vu son expérience pour la méthodologie et le sujet. L'encodage pour sa part a été effectué par une seule personne, soit l'étudiant, mais le directeur l'a appuyé à l'aide d'outils, de formations et de démonstrations.

### **5.1.2 La transférabilité (la validité externe)**

La transférabilité « réfère à l'exactitude de la description servant à juger de la similarité avec d'autres situations de telle sorte que les résultats peuvent être transférés. » (Fortin & Gagnon, 2010).

La présence de nœuds en nombre similaire pour chacune des dimensions (voir Tableau I) illustre la pertinence du modèle conceptuel de la mise en œuvre de la pratique collaborative entre un dentiste et une équipe multidisciplinaire. Ce modèle nous a permis d'analyser les discours et de les comparer afin d'en apprendre plus sur la mise en œuvre de la collaboration. Le fait d'avoir inclus différentes équipes dans notre étude de cas et d'avoir utilisé différentes sources de données nous a permis de faire des comparaisons avec des écrits de D'Amour (D'Amour et al., 2008), tel que décrit dans notre discussion. D'Amour aborde la collaboration en tant que telle, tandis que nous avons abordé sa mise en œuvre. De plus, son modèle de structuration de la collaboration a été développé suite à une étude sur la collaboration interprofessionnelle dans un milieu de soins primaires sans dentiste, tandis que notre étude a été conduite dans un milieu de soins tertiaires avec un dentiste. Néanmoins, il semble que les résultats montrent des similarités qui pourraient être généralisables dans d'autres contextes. Enfin, le fait d'avoir mobilisé plusieurs équipes dont les missions sont différentes et qui opèrent dans des contextes différents (hospitaliers, ambulatoires, juridiques et communautaires) favorise la généralisation de nos résultats.

### **5.1.3 La fiabilité (fidélité)**

La fiabilité « réfère à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions. » (Fortin & Gagnon, 2010).

L'obtention de résultats similaires pour les équipes A et B (équipes ayant reçues de la formation et habituées de travailler en collaboration interprofessionnelle avec lesquelles nous avons eu des rencontres d'observation de la collaboration incluant une exploration), pour les équipes C et D (équipes intéressées par la collaboration avec lesquelles nous avons eu des rencontres d'exploration de la collaboration) et pour les équipes E à I (équipes intéressées par la collaboration pour lesquelles la prise de contact n'a pas été suivie d'une rencontre) reflétait une constance dans nos résultats ce qui nous a permis de faire des comparaisons avec les écrits de D'Amour (D'Amour et al., 2008).

## Conclusion

En réponse, à l'augmentation de l'espérance de vie des populations pédiatrique et adulte ayant des conditions complexes et chroniques, aux problèmes reliés à l'accessibilité des services de santé, à l'augmentation des coûts de ceux-ci ou encore au vieillissement de la population, certains milieux de santé s'engagent activement dans la mise en place d'équipes de collaboration interprofessionnelle.

Traditionnellement, le dentiste est peu intégré dans les équipes multidisciplinaires, sa collaboration se limitant à répondre à des besoins ponctuels de part et d'autre. Les évidences scientifiques des interrelations entre la santé buccodentaire et la santé générale supportent l'idée d'inclure un dentiste dans certaines équipes. Ainsi, le dentiste, à l'instar des autres professionnels de la santé, doit s'engager dans une réflexion autour de la collaboration et surtout des moyens pour rendre celle-ci efficace.

Notre recherche s'est intéressée à l'intégration du dentiste avec les équipes multidisciplinaires en milieu hospitalier présentant une interrelation des champs professionnels et des apports potentiels mutuellement bénéfiques.

Dans un premier temps, les résultats démontrent que le dentiste qui travaille en milieu hospitalier et qui ne fait pas partie des équipes multidisciplinaires en place devrait investir dans la mise en œuvre de la pratique collaborative plutôt que de viser tout de suite son intégration dans une équipe multidisciplinaire.

Dans un deuxième temps, nos résultats nous ont permis d'observer un profil étagé de cette mise en œuvre. Tel que décrit dans notre modèle, lors de la mise en œuvre de la pratique collaborative, il semble clair que les dimensions de processus et de relation doivent s'installer avant que les dimensions de collaboration et de contenu clinique puissent être abordées. En termes plus simples, les membres de l'équipe doivent d'abord apprendre à se connaître, se faire confiance et établir des processus communs avant d'en arriver à la collaboration et de discuter des cas des patients.

Dans un troisième temps, nos résultats démontrent que les déterminants de la mise en œuvre sont les mêmes que ceux de la collaboration elle-même et semblent agir de façon similaire dans les deux cas.

Tel que relevé dans les écrits, la maîtrise des déterminants est essentielle au succès d'une collaboration active et nos résultats tendent à démontrer qu'il en est de même pour le succès de la mise en œuvre. Ainsi, meilleure est la maîtrise (connaître, comprendre et intégrer) des déterminants de la collaboration, meilleure sera la mise en œuvre. Force est de constater que souvent le professionnel a tendance à tenter de faire de la collaboration sans maîtriser les notions de la collaboration interprofessionnelle. Or, la complexité de la collaboration active et de sa mise en œuvre en nécessite la maîtrise. Ainsi, en s'appuyant sur les évidences scientifiques, le dentiste devrait d'abord se former à la collaboration afin d'éviter des pertes de temps, des frustrations, des abandons et favoriser des actions efficaces et durables. C'est pourquoi nous identifions le déterminant de l'éducation à l'interprofessionnalité comme un élément clé de la mise en œuvre.

Nos résultats permettent de suggérer des modalités pour aider le dentiste qui désire s'engager dans la mise en œuvre de la pratique collaborative :

1. Se former à la collaboration en vue de favoriser la mise en place des conditions qui caractérisent la collaboration active selon D'Amour ;
2. Sensibiliser et former les équipes existantes à la pratique collaborative incluant le dentiste, selon la valeur ajoutée de ses interventions auprès des clientèles ciblées, en tenant compte de leur composition, de leurs compétences préalables et de leur niveau de développement de la pratique collaborative ;
3. Développer la relation avec les membres de l'équipe en apprenant à se connaître (relation) ;
4. Formuler des valeurs et développer des outils et des processus communs partagés par l'établissement et faisant partie de la gouvernance (processus) ;
5. Aborder des contenus cliniques (contenu) pertinents pour l'équipe et sa clientèle.

À partir de cette étape, on pourra alors documenter l'intégration du dentiste dans une équipe multidisciplinaire et rechercher les indicateurs pertinents de la présence du dentiste et

de ses actions. Finalement, on pourra évaluer les impacts de la présence du dentiste dans l'équipe avec ces indicateurs une fois le dentiste complètement intégré à l'équipe. Le délai requis pour l'intégration complète pourra varier selon l'individu (dentiste) et selon l'équipe.

## Bibliographie

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances*. Montréal, Canada : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Retrieved from [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359–65. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x>
- Azarpazhooh, A., & Leake, J. L. (2006). Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *Journal of Periodontology*, 77(9), 1465–1482. <http://doi.org/10.1902/jop.2006.060010>
- Barker, K. K., Bosco, C., & Oandasan, I. F. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1(May), 166–76. <http://doi.org/10.1080/13561820500082974>
- Barnett, M. L. (2006). The oral-systemic disease connection. *The Journal of the American Dental Association*, 137(October), S5–S6. <http://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0401>
- Beunza, J.-J. (2012). Conflict resolution techniques applied to interprofessional collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care, Early Onli*, 1–3. <http://doi.org/10.3109/13561820.2012.725280>
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469–2475. <http://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>
- Britto-Williams, P., Munzenberger, P., Alame, W. H., Poowuttikul, P., Thomas, R. L., Montejo, J., Secord, E. A. (2009). Pilot study to assess impact of Multi-Disciplinary Team (MDT) clinic on the Quality Of Life (QOL) of high risk asthma patients and caregivers using validated asthma quality of life questionnaire. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, Conference*, S72. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=70105388>

- Brown, J. O. (1990). The dental hygienist as a hospice care provider. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 7(2), 31–35. <http://doi.org/10.1177/104990919000700202>
- Calonge, W. M., Sinna, R., Dobreanu, C. N., Yokoyama, T., Tosa, Y., Kadomatsu, K., & Hosaka, Y. (2011). [Cleft lip and palate management by Pr Hosaka's team at the Showa University, Tokyo (Japan)]. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 56(4), 315–20. <http://doi.org/10.1016/j.anplas.2010.09.003>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2007). Interprofessional Education & Core Competencies, 1–18. Retrieved from [http://www.cihc.ca/files/publications/CIHC\\_IPE-LitReview\\_May07.pdf](http://www.cihc.ca/files/publications/CIHC_IPE-LitReview_May07.pdf)
- Careau, E. (2013). Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires, 228. Retrieved from [http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/These\\_Emmanuelle\\_Careau/These\\_Emmanuelle\\_Careau.pdf](http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/These_Emmanuelle_Careau/These_Emmanuelle_Careau.pdf)
- Casamassimo, P. S., Fields Jr, H. W., McTigue, D. J., & Nowak, A. (2013). *Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 4th ed. St Louis Missouri: Mosby.* <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.579>
- Charteris, P., & Kinsella, T. (2001). The Oral Care Link Nurse: a facilitator and educator for maintaining oral health for patients at the Royal Hospital for neuro-disability. *Special Care in Dentistry: Official Publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 21(2), 68–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11484584>
- Chiocchio, F. (2012). Portrait de la collaboration dans le milieu de la santé : Cadre conceptuel et inventaire des mesures.
- Ciesla, D., Kerins, C. A., Seale, N. S., & Casamassimo, P. S. (2011). Characteristics of Dental Clinics in US Children's Hospitals. *Pediatric Dentistry*, 33(2).
- Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthcare Papers*, 7 Spec No, 26–34. <http://doi.org/10.12927/hcpap.2013.18669>
- Communication personnelle Comité interfacultaire opérationnel UdeM [http://cio.partenaires-de-soins.ca/?page\\_id=96](http://cio.partenaires-de-soins.ca/?page_id=96)

- Conseil canadien de la santé. (2008). *Relancer la réforme : renouvellement des soins de santé au canada, 2003-2008, sommaire.*
- Consortium Pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.*  
[http://doi.org/http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://doi.org/http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
- Corbella, S., Taschieri, S., Francetti, L., De Siena, F., & Del Fabbro, M. (2011). Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Odontology / the Society of the Nippon Dental University.*  
<http://doi.org/10.1007/s10266-011-0036-z>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19*(s1), 116–131.  
<http://doi.org/doi:10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martin-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research, 8*(1), 188. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19*(s1), 8–20. <http://doi.org/doi:10.1080/13561820500081604>
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (2015). L' action collective au sein d' équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *17*, 67–94.
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A.-M., Roberge, C., & St-Onge, M. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services- Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient, (février), 1–63.
- Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration en partenariat avec le patient (CIO-UdM). (2016). Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec : Université de Montréal. ISBN : 978-2-9815127-7-2.

- Faucher, M. A., Collins-Fulea, C., & Breedlove, G. (2016). Collaboration in Practice: Implementing Team-Based Practice: A Midwifery Perspective. *Journal of Midwifery and Women's Health*. <http://doi.org/10.1111/jmwh.12504>
- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology*, 7(11), 935–943. [http://doi.org/10.1016/s1470-2045\(06\)70940-8](http://doi.org/10.1016/s1470-2045(06)70940-8)
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.
- Girard M, Charbonneau A, Asselin ME, Vu DD, Huyn N, Arpin J, El hrichi G, P. G. (Juin 2013). *Centre d'excellence en dentisterie pédiatrique - Plan d'affaires*, 69p.
- Graham, I. D., & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 89–103.
- Groupe de travail de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) "Profils professionnels et identités professionnelles." (2011). *Projet « La médecine en Suisse demain » – phase III - Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique : Rapport 2007 et commentaire 2011*. Bâle, Suisse : Académie Suisse des Sciences Médicales.
- Groupe en éthique de la recherche. (Page consultée en 2017). Retrieved from <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/index/>
- Guillem, P., Bolla, M., Courby, S., Descotes, J. L., Laramas, M., & Moro-Sibilot, D. (2011). Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations? *Bulletin Du Cancer*, 98, 989–998. <http://doi.org/10.1684/bdc.2011.1428>
- H. Tenenbaum, D. Matthews, G. Sandor, C. McCulloch, S. McNamara. (2007). Oral Health – Systemic Health: What Is the True Connection? *Journal of the Canadian Dental Association*, 73(3), 211–216. Retrieved from <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-3/211.pdf>
- Hall, P., Marshall, D., Weaver, L., Boyle, A., & Taniguchi, A. (2011). A Method to Enhance Student Teams in Palliative Care: Piloting the McMaster-Ottawa Team Observed Structured Clinical Encounter. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 744–750. Retrieved from

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=cca1110&AN=2011-775CC-0011>

- Hallberg, U., & Klingberg, G. (2005). Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *European Journal of Oral Sciences*, *113*(5), 363–8. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2005.00238.x>
- Hammick, M., Olckers, L., & Campion-Smith, C. (2009). Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Medical Teacher*, *31*, 1–12.
- Haward, R., Amir, Z., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., West, M., & Sainsbury, R. (2003). Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *British Journal of Cancer*, *89*(1), 15–22. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6601073>
- Hegner, R. E. (2009). The interface between medicine and dentistry in the oral health needs of young children.
- Heinrichs, E. P., & Famili, P. (2011). Dental school faculty teaching the periodontal-systemic connection to medical students: a pilot mini-elective. *Journal of Dental Education*, *75*(10), 1370–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22012781>
- Hobgood, C., Sherwood, G., Frush, K., Hollar, D., Maynard, L., Foster, B., ... on behalf of the Interprofessional Patient Safety Education Collaborative. (2010). Teamwork training with nursing and medical students: does the method matter? Results of an interinstitutional, interdisciplinary collaboration. *Quality and Safety in Health Care*, *19*(6), 1–6. <http://doi.org/10.1136/qshc.2008.031732>
- Hong, C. H., & daFonseca, M. (2008). Considerations in the Pediatric Population with Cancer. *Dental Clinics of North America*. <http://doi.org/10.1016/j.cden.2007.10.001>
- Humphrey, L. L., Fu, R., Buckley, D. I., Freeman, M., & Helfand, M. (2008). Periodontal disease and coronary heart disease incidence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(12), 2079–2086. <http://doi.org/10.1007/s11606-008-0787-6>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.
- Jackson, K. E., Krishnaswami, S., & McPheeters, M. (2011). Unmet health care needs in

- children with cerebral palsy: A cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2714–2723. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.040>
- Jones, M. L., & Boyd, L. D. (2011). Interface with a community feeding team to address oral health of special needs children: a pilot project. *Journal of Dental Hygiene: JDH / American Dental Hygienists' Association*, 85(2), 132–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21619741>
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., ... Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care. *Academic Medicine*, XX(X), 1. <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603>
- Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Mercier, A. M. M., Muriel, G., Ghadiri, D. P. P., & Boucher, A. (2011). Le Patient partenaire de soins, un atout pour le médecin. *Le Point En Administration de La Santé et Des Services Sociaux*, 7(11), 6–11. Retrieved from <http://www.medecinsfrancophones.ca/util/imprimer.fr.html;jsessionid=3E6077A298D43EE7F925FD21FF5A19EA?page=/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html?mode=preview>
- King, A. (CMOH). (2012). *La santé buccodentaire – Bien plus qu'une question de caries*.
- Kulchaitanaroaj, P., Brooks, J. M., Ardery, G., Newman, D., & Carter, B. L. (2012). Incremental Costs Associated with Physician and Pharmacist Collaboration to Improve Blood Pressure Control. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 32(8), 772–780. <http://doi.org/10.1002/j.1875-9114.2012.01103.x>
- Laiho, M., Honkala, E., & Kannas, L. (1995). How is oral health education conducted in Finnish health centers? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23(2), 119–24. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7781300>
- Lamb, B., Brown, K., Nagpal, K., Vincent, C., Green, J., & Sevdalis, N. (2011). Quality of Care Management Decisions by Multidisciplinary Cancer Teams: A Systematic Review. *Annals of Surgical Oncology*, 18(8), 2116–2125. <http://doi.org/10.1245/s10434-011-1675-6>
- Lamb, B., Sevdalis, N., Arora, S., Pinto, A., Vincent, C., & Green, J. (2011). Teamwork and Team Decision-making at Multidisciplinary Cancer Conferences: Barriers, Facilitators, and Opportunities for Improvement. *World Journal of Surgery*, 1–7. <http://doi.org/10.1007/s00268-011-1152-1>
- Lamb, B., Sevdalis, N., Mostafid, H., Vincent, C., & Green, J. (2011). Quality Improvement in

- Multidisciplinary Cancer Teams: An Investigation of Teamwork and Clinical Decision-Making and Cross-Validation of Assessments. *Annals of Surgical Oncology*, 1–9. <http://doi.org/10.1245/s10434-011-1773-5>
- Lamb, B. W., Wong, H. W. L., Vincent, C., Green, J. S. A., & Sevdalis, N. (2011). Teamwork and team performance in multidisciplinary cancer teams: development and evaluation of an observational assessment tool. *BMJ Quality & Safety*, 20(10), 849–856. <http://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.048660>
- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S., & Healy, G. B. (2012a). A Culture of Respect, Part 1: The Nature and Causes of Disrespectful Behavior by Physicians. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(7), 845–52. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318258338d>
- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S., & Healy, G. B. (2012b). A Culture of Respect, Part 2: Creating a Culture of Respect. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(7), 853–8. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182583536>
- Lebel, P., Bouchard, J.-F., Boucher, A., Chiocchio, F., Deschênes, B., Dumais, R., ... Voirol, C. (2011a). *Programme partenaires de soins*. Book, Montréal, Canada : Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Lebel, P., Bouchard, J.-F., Boucher, A., Chiocchio, F., Deschênes, B., Dumais, R., ... Voirol, C. (2011b). *Programme partenaires de soins*. Montréal, Canada : Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Lebel, P., Bouchard, J.-F., Boucher, A., Chiocchio, F., Deschênes, B., Dumais, R., ... Voirol, C. (2011c). *Programme Partenaires de soins : bilan 2010-2011 et planification 2011-2014*. Montréal, Canada : Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- 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 : MCRR*, 63(3), 263–300. <http://doi.org/10.1177/1077558706287003>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. *Naturalistic Inquiry*. <http://doi.org/10.1177/1473325006070288>

- Locke, M., & Bishop, K. (2011). An assessment of the contribution of UK specialists in restorative dentistry to cleft lip and palate services. *British Dental Journal*, 210(12), E20. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.142>
- Malec, J. F., Torsher, L. C., Dunn, W. F., Wiegmann, D. A., Arnold, J. J., Brown, D. A., & Phatak, V. (2007). The mayo high performance teamwork scale: reliability and validity for evaluating key crew resource management skills. *Simulation in Healthcare: The Journal of The Society for Medical Simulation*, 2(1), 4–10. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=19088602>
- Mealey, B. L. (2006). Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *Journal of the American Dental Association*, 137 Suppl(October), 26S–31S. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.142> [pii]
- Meck, M. M., Leary, M., & Sills, R. H. (2006). Late Effects in Survivors of Childhood Cancer. *Pediatrics in Review*, 27(7), 257–263. <http://doi.org/10.1542/pir.27-7-257>
- Nowak, A.J. & Casamassimo, P. S. (Ed.). (2011a). *The Handbook of Pediatric Dentistry. The American Academy of Pediatric Dentistry* (Fourth Edi). <http://doi.org/10.1016/B978-1-4557-0082-0.00022-3>
- Nowak, A.J. & Casamassimo, P. S. (Ed.). (2011b). *The Handbook of Pediatric Dentistry. The American Academy of Pediatric Dentistry* (Fourth Edi). <http://doi.org/10.1016/B978-1-4557-0082-0.00022-3>
- Oandasan, I., Baker, R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., ... Way, D. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au canada, 48. Retrieved from [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf)
- QSR International Pty Ltd. (2016). NVivo qualitative data analysis Software - Version 11 for Windows. London, UK.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2009). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD002213. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>

- Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé. (2007). *Bâtir de meilleures équipes : des outils pour consolider le travail des équipes interdisciplinaires dans les Centres de santé communautaires - Ressources, trucs et activités visant à favoriser une meilleure collaboration*. Toronto, Canada : Association des centres de santé de l'Ontario.
- Rowan-Legg, A. (2015). Building Collaboration to Meet the Oral Health Needs of Canadian Children - A Pediatrician's Perspective. *Mosaic Canadian Association of Public Health Dentistry*, (7), 1–16.
- Royer, C., & Moreau, J. (2005). Pour une instrumentation finement adaptée. *Recherches Qualitatives*, 1–4.
- RUIS de l'UdeM. (Page consultée en 2016). Retrieved from <http://ruis.umontreal.ca/>
- San Martín-Rodríguez, 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(s1), 132–147. <http://doi.org/doi:10.1080/13561820500082677>
- Stokman, M. a, Spijkervet, F. K. L., Boezen, H. M., Schouten, J. P., Roodenburg, J. L. N., & de Vries, E. G. E. (2006). Preventive intervention possibilities in radiotherapy- and chemotherapy-induced oral mucositis: results of meta-analyses. *Journal of Dental Research*, 85(8), 690–700. <http://doi.org/10.1177/154405910608500802>
- The Conference Board of Canada. (2012). *Improving Primary Health Care Through Collaboration Briefing 2— Barriers to Successful Interprofessional Teams*. Ottawa. Retrieved from [www.e-library.ca](http://www.e-library.ca)
- Tremblay, D., Drouin, D., Lang, A., Roberge, D., Ritchie, J., & Plante, A. (2010). Interprofessional collaborative practice within cancer teams: Translating evidence into action. A mixed methods study protocol. *Implementation Science*, 5(1), 53. Retrieved from <http://www.implementationscience.com/content/5/1/53>
- Tremblay, D., Roberge, D., Cazale, L., Touati, N., Maunsell, E., Latreille, J., & Lemaire, J. (2011). Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care. *BMC Health Services Research*, 11(1), 144. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/144>
- Tremblay, J., & Gagnon, L. (2004). Travailler ensemble en réadaptation, une expérience de collaboration. *Soins Cadres*, 49(février), 30–34.

- Valentine, M. A., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2015). Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. *Med Care*, 53(4), e16-30. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827feef6>
- Vanier, M. C., Therriault, P. Y., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I., ... Fernandez, N. (2013). Innovating in teaching collaborative practice with a large student cohort at Universit?? de Montr??al. *Journal of Allied Health*, 42(4).
- Vasilachis de Gialdino, I. (2012). L'interprétation dans la recherche qualitative : problèmes et exigences. *Recherches Qualitatives*, 31(3), 155–187.
- Verma, S., Paterson, M., & Medves, J. (2006). Core competencies for health care professionals: what medicine, nursing, occupational therapy, and physiotherapy share. *Journal of Allied Health*, 35(2), 109–115. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=16848375>
- Watzlawick, P., Jackson, D. de A., & Beavin, J. H. (1979). *Une logique de la communication. Points 102*. Paris : Éditions du Seuil.
- Weller, J., Frengley, R., Torrie, J., Shulruf, B., Jolly, B., Hopley, L., ... Paul, A. (2011). Evaluation of an instrument to measure teamwork in multidisciplinary critical care teams. *BMJ Quality & Safety*, 20(3), 216–222. <http://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.041913>
- Wright, F., Lookhong, N., Urbach, D., Davis, D., McLeod, R., & Gagliardi, A. (2009). Multidisciplinary Cancer Conferences: Identifying Opportunities to Promote Implementation. *Annals of Surgical Oncology*, 16(10), 2731–2737. <http://doi.org/10.1245/s10434-009-0639-6>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods. Essential guide to qualitative methods in organizational research* (Vol. 5). <http://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31822dda9e>

## **6 Annexes**

## **Annexe I : Approbation du comité d'éthique**

Le 05 février 2014

Monsieur Christian Voirol  
M. Christian Voirol, Ph.D.  
Haute Ecole Arc Santé  
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) University of applied sciences of  
Western Switzerland

OBJET: Titre du projet: Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe  
multidisciplinaire

No. de dossier: 3837

Responsables du projet: Christian Voirol Ph. D., chercheur responsable. Chercheur  
principal: Daniel Bergeron. Collaboratrice: Anne Charbonneau, UdeM



## CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



Université  
de Montréal

### Comité d'éthique

de la recherche

[ethique@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:ethique@recherche-ste-justine.qc.ca)

Tél. : 514-345-4931 poste 3819

Télec. : 514-345-4698

#### Présidente :

**Geneviève Cardinal, avocate**

514-345-4931 poste 4342

[Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca)

#### Vice-président

**Patrick Gogognon, éthicien**

514-345-4931 poste 3162

[Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca)

#### Responsable des renouvellements :

**Carolina Martin, éthicienne**

514-345-4931 poste 3912

[Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca)

#### Agentes de gestion

##### Nicole Dontigny

Responsable de la coordination

514-345-4931 poste 3819

[nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca)

##### Samira Akrah

514-345-4931 poste 4040

[Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca)

##### Marie-Hélène La France

514-345-4730

[marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca)

Cher Monsieur,

Votre projet cité en rubrique a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en date du 5 février 2014. Vous trouverez ci-joint la liste des documents approuvés ainsi que votre formulaire d'information et de consentement estampillé dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution. Notez que pour une collaboration avec un (ou plusieurs) tiers (institutions ou entreprises privées) impliquant des transferts de fonds et/ou données et/ou matériel biologique, une entente (contrat) doit être conclue avec le Bureau des ententes de recherche (BER).

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au **5 février 2015**. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou tout événement pouvant toucher à la sécurité des participants.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

Me Geneviève Cardinal

Présidente par intérim du Comité d'éthique de la recherche

GC/nd

c.c. : BER

## Liste des documents approuvés par le CÉR

---



**CHU Sainte-Justine**

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*



**Université  
de Montréal**

**Comité d'éthique  
de la recherche**

**[ethique@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:ethique@recherche-ste-justine.qc.ca)**

**Tél. : 514-345-4931 poste 3819  
Télec. : 514- 345-4698**

*Présidente :*

**Geneviève Cardinal, avocate**

514-345-4931 poste 4342

**[Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca)**

*Vice-président*

**Patrick Gogognon, éthicien**

514-345-4931 poste 3162

**[Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca)**

*Responsable des renouvellements :*

**Carolina Martin, éthicienne**

514-345-4931 poste 3912

**[Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca)**

*Agentes de gestion*

**Nicole Dontigny**

*Responsable de la coordination*

514-345-4931 poste 3819

**[nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca)**

**Samira Akrah**

514-345-4931 poste 4040

**[Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca)**

**Marie-Hélène La France**

514-345-4730

**[marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca)**

**Titre du projet:**

Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire

**No. de dossier:** 3837

**Date d'approbation :** mercredi 05 février 2014

**Responsables du projet:** VOIROL CHRISTIAN Ph. D., chercheur responsable.  
Chercheur principal: Daniel Bergeron. Collaboratrice: Anne Charbonneau, UdeM

**Liste:**

- Protocole de recherche daté 29-01-2013
- Formulaire d'information et de consentement version du 12 janvier 2014
- Lettre "Approche des participants au projet de recherche" version 2013-11-19
- Questionnaire "Évaluation du fonctionnement des rencontres multis avant l'intégration d'un dentiste - version 2013-11-19
- Questionnaire "Évaluation de l'intégration du dentiste lors des rencontres multis - version 2013-11-19
- Questionnaire pour les membres de l'équipe multi après l'intégration du dentiste - version 2014-01-10
- Questionnaire pour le dentiste après son intégration à la rencontre multi - version 2014-01-10
- Questionnaire pour les membres de l'équipe multi après l'intégration du dentiste - version 2014-01-10
- Questionnaire focus groupe - version 2013-11-19

Le 13 février 2015

Monsieur Christian Voirol  
Étage Bloc

OBJET: Titre du projet: Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire

No. de dossier: 3837

Responsables du projet: Christian Voirol Ph. D., chercheur responsable. Chercheur principal: Daniel Bergeron. Collaboratrice: Anne Charbonneau, UdeM



**CHU Sainte-Justine**

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

*Comité d'éthique  
de la recherche*

[ethique@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:ethique@recherche-ste-justine.qc.ca)

Tél. : 514-345-4931 poste 3819  
Télec. : 514- 345-4698

*Présidente :*

**Geneviève Cardinal, avocate**

514-345-4931 poste 4342

[Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Vice-président*

**Patrick Gogognon, éthicien**

514-345-4931 poste 3162

[Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Responsable des renouvellements :*

**Carolina Martin, éthicienne**

514-345-4931 poste 3912

[Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Agentes de gestion*

**Nicole Dontigny**

*Responsable de la coordination*

514-345-4931 poste 3819

[nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca)

**Samira Akrah**

514-345-4931 poste 4040

[Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca)

**Marie-Hélène La France**

514-345-4730

[marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Comités scientifiques*

**Raffaella Ballarano**

514-345-4931 poste 4692

[raffaella.ballarano@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:raffaella.ballarano@recherche-ste-justine.qc.ca)

Monsieur,

L'approbation éthique de votre projet cité en rubrique a été renouvelée par le comité d'éthique de la recherche en date du 3 février 2015. Vous trouverez ci-joint la liste des documents approuvés ainsi que votre formulaire d'information et de consentement estampillé dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au **3 février 2016**. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au Comité pour le renouvellement de votre projet avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le Comité de toute modification à votre projet et/ou tout événement pouvant toucher à la sécurité des participants.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la continuité de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

  
Carolina Martin, éthicienne  
Responsable du suivi annuel du Comité d'éthique de la recherche

CM/mhl

3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec)  
H3T 1C5

## Liste des documents approuvés par le CÉR

---

### Titre du projet:

Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire

No. de dossier: 3837

Date de réapprobation : mardi 03 février 2015

Responsables du projet: VOIROL CHRISTIAN Ph. D., chercheur responsable.  
Chercheur principal: Daniel Bergeron. Collaboratrice: Anne Charbonneau, UdeM

### Liste:

- Protocole de recherche, version 1, daté du 29 janvier 2013
- Formulaire d'information et de consentement daté du 12 janvier 2014
- Questionnaire Focus Group daté du 20 novembre 2014



**CHU Sainte-Justine**

*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

*Comité d'éthique  
de la recherche*

[ethique@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:ethique@recherche-ste-justine.qc.ca)

Tél. : 514-345-4931 poste 3819  
Télééc. : 514-345-4698

*Présidente :*

**Geneviève Cardinal, avocate**

514-345-4931 poste 4342

[Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Genevieve.cardinal@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Vice-président*

**Patrick Gogognon, éthicien**

514-345-4931 poste 3162

[Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Patrick.gogognon@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Responsable des renouvellements :*

**Carolina Martin, éthicienne**

514-345-4931 poste 3912

[Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Carolina.martin@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Agentes de gestion*

**Nicole Dontigny**

*Responsable de la coordination*

514-345-4931 poste 3819

[nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:nicole.dontigny@recherche-ste-justine.qc.ca)

**Samira Akrah**

514-345-4931 poste 4040

[Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:Samira.akrah@recherche-ste-justine.qc.ca)

**Marie-Hélène La France**

514-345-4730

[marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:marie-helene.la.france@recherche-ste-justine.qc.ca)

*Comités scientifiques*

**Raffaella Ballarano**

514-345-4931 poste 4692

[raffaella.ballarano@recherche-ste-justine.qc.ca](mailto:raffaella.ballarano@recherche-ste-justine.qc.ca)

3175, Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec)  
H3T 1C5

Le 13 avril 2017

Monsieur Christian Voirol  
CHU Sainte-Justine

Objet	Renouvellement de l'approbation éthique - CÉR
	2014-631, 3837 Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire

Monsieur,

Les membres du comité restreint du Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine ont examiné votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet cité en rubrique à leur réunion du 05 avril 2017. L'approbation éthique de votre projet a été renouvelée par le Comité en date du 05 avril 2017 et le document suivant a été approuvé:

- Protocole de recherche daté 29 janvier 2013 (version 1)

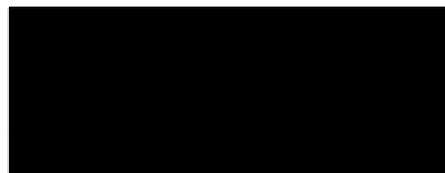
Le formulaire d'information et de consentement n'a pas été réévalué puisque votre rapport annuel indique que le recrutement des participants est terminé.

Veillez noter que cette approbation n'est pas rétrospective et ne couvre pas la période allant du 04 février 2016 au 04 avril 2017.

Nous devons vous rappeler que continuer un projet de recherche après l'expiration de son approbation éthique constitue un manquement aux lois et autres règles applicables en vigueur en éthique de la recherche. Le CÉR vous suggère d'adopter des mesures correctives afin d'éviter qu'une situation pareille ne se reproduise dans l'avenir. **A défaut de soumettre votre prochaine demande de renouvellement en temps opportun, vos fonds de recherche seront gelés par le Centre de recherche.**

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réévalués annuellement. La durée de votre approbation sera effective jusqu'au **05 avril 2018**. Il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que l'approbation éthique soit renouvelée avant la date d'expiration. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou de tout événement grave et inattendu susceptible d'augmenter le niveau de risque ou d'influer sur le bien-être du participant.

En vous souhaitant une bonne poursuite de votre projet,



**Carolina Martin**  
**Conseillère en éthique,**  
**Comité d'éthique de la recherche**

## **Annexe II : Courriel d'introduction**



## APPROCHE DES PARTICIPANTS AU PROJET DE RECHERCHE.

Bonjour \_\_\_\_\_,

Je me présente, Daniel Bergeron, résident de 2<sup>e</sup> année en dentisterie pédiatrique au CHUSJ.

Dans le cadre de mon projet de maîtrise en médecine dentaire, intitulé «Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire», je souhaiterais vous rencontrer brièvement afin de discuter de la possible implication de votre département au sein de ce dit projet. Cette rencontre se fera en collaboration avec la chef de notre département, Dre Marie-Eve Asselin.

Vous trouverez ci-dessous, une brève description de ce projet pour lequel votre participation consisterait essentiellement à (1) me permettre d'observer l'une de vos réunions cliniques (2) permettre au Dre Asselin d'y participer pour l'un des dossiers (3) et de remplir un bref questionnaire au terme de la rencontre (5 minutes).

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma requête, je vous prie d'agréer, \_\_\_\_\_, mes meilleures salutations.

Daniel Bergeron, dmd  
R2 dentisterie pédiatrique  
UdM/CHUSJ

### RÉSUMÉ DU PROJET DE RECHERCHE

Un des objectifs du futur Centre d'excellence de médecine dentaire pédiatrique, né du partenariat entre la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et le CHU Sainte-Justine, est d'améliorer les collaborations interprofessionnelles. Au CHU Sainte-Justine, des équipes collaboratives commencent à s'implanter et certaines pourraient bénéficier de l'apport des dentistes du département de médecine dentaire compte tenu de l'impact de la santé buccodentaire sur la santé générale et inversement. Ainsi, l'expertise et la contribution du dentiste pourraient être mises à profit dans le diagnostic, la prévention et le traitement de plusieurs pathologies ayant des manifestations buccodentaires, et des besoins de traitements buccodentaires prophylactiques/préventifs, curatifs ou de réhabilitation pour les enfants malades. Or, traditionnellement, la collaboration entre la médecine dentaire et les différents départements est limitée à des besoins ponctuels de part et d'autre.

Ceci nous amène à formuler la question de recherche suivante:

Quels sont les facteurs facilitants et/ou limitants la mise en place de collaborations efficaces entre le département de médecine dentaire et des départements ciblés au CHU Sainte-Justine au sein d'équipes interprofessionnelles.

## **Annexe III : Formulaire d'information et de consentement**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### 1. Titre du projet de recherche

«Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire»

### 2. Nom des chercheurs

- a) chercheur responsable au CHU Sainte-Justine: Christian Voirol Ph.D.
- b) chercheur principal du projet: Daniel Bergeron, dmd
- c) co-directrice Udm: Anne Charbonneau, dmd

### 3. Invitation à participer à un projet de recherche

Le département de médecine dentaire participe à des recherches dans le but de mettre en place et d'améliorer les collaborations interprofessionnelles. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez le temps nécessaire pour prendre votre décision.

### 4. Quelle est la nature de cette recherche?

Un des objectifs du futur Centre d'excellence de médecine dentaire pédiatrique, né du partenariat entre la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et le CHU Sainte-Justine, est d'améliorer les collaborations interprofessionnelles. Au CHU Sainte-Justine, des équipes collaboratives commencent à s'implanter et certaines pourraient bénéficier de l'apport des dentistes du département de médecine dentaire compte tenu de l'impact de la santé buccodentaire sur la santé générale et inversement. Ainsi, l'expertise et la contribution du dentiste pourraient être mises à profit dans le diagnostic, la prévention et le traitement de plusieurs pathologies ayant des manifestations buccodentaires, et des besoins de traitements buccodentaires prophylactiques/préventifs, curatifs ou de réhabilitation pour les enfants malades. Or, traditionnellement, la collaboration entre la médecine dentaire et les différents départements est limitée à des besoins ponctuels de part et d'autre.

Ceci nous amène à formuler la question de recherche suivante:

Quels sont les facteurs facilitants et/ou limitants la mise en place de collaborations efficaces entre le département de médecine dentaire et des départements ciblés au CHU Sainte-Justine au sein d'équipes interprofessionnelles.

## **5. Comment se déroulera le projet?**

Un premier contact sera fait avec les chefs des départements ciblés afin d'organiser une brève rencontre pour discuter de la possible implication de leur département. Cette rencontre se fera en collaboration avec la chef du département de médecine dentaire, Dre Marie-Ève Asselin.

La participation du département consistera essentiellement à (1) permettre à Dr Daniel Bergeron d'observer l'une de ces réunions cliniques (2) permettre au Dre Asselin d'y participer pour l'un des dossiers (3) et de remplir un bref questionnaire au terme de la rencontre (5 minutes).

Au terme des rencontres, un focus-groupe, d'une durée d'environ 30 minutes, sera organisé avec quelques participants de chaque équipe pour recueillir des commentaires, impressions et opinions.

Si l'opportunité se présente, des entretiens additionnels pourraient être conduits avec des cliniciens intéressés à collaborer avec des dentistes ou ayant collaborés avec des dentistes afin de pouvoir explorer les obstacles et facilitateurs qu'ils envisagent ou ont rencontrés.

Il est à noter que les rencontres seront enregistrées. Cependant, les contenus seront traités anonymement et serviront uniquement à répondre à la question de recherche énoncée précédemment.

## **6. Quels sont les avantages et bénéfices?**

Améliorer la communication. Possibilité de construire des liens solides et durables entre les départements. Améliorer la qualité des soins offerts au patient. Améliorer la qualité de vie au travail.

## **7. Quels sont les inconvénients et les risques?**

Les inconvénients prévus sont le temps que nous vous demandons de nous accorder lors du premier contact (brève rencontre d'environ 15 minutes avec le chef de département de médecine dentaire et le chercheur principal afin de faire connaissance et de discuter de la possible implication de votre département au sein de ce dit projet), l'identification d'un dossier à traiter lors d'une réunion qui comprendrait un volet dentaire, l'ajout d'un participant de plus lors d'une réunion multidisciplinaire, temps demandé pour remplir un bref questionnaire (5 minutes), temps de participation à un focus groupe pour quelques participants.



## **8. Y a-t-il d'autres options possibles?**

Si vous refusez que votre département participe au projet sans toutefois être contre l'idée d'intégrer un dentiste au sein de vos rencontres multidisciplinaires, le département de médecine dentaire restera évidemment ouvert à cette collaboration.

## **9. Comment la confidentialité est-elle assurée?**

Tous les renseignements obtenus et enregistrements pour ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Pour ce faire, ces renseignements seront mis sous clé au département de médecine dentaire et seront sous la responsabilité du chercheur principal. Les enregistrements et les questionnaires seront conservés pour une durée de 12 mois suivant la fin du projet de recherche.

Cependant, aux fins de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine et du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal consulte les données de recherche.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique mais aucune information pouvant vous identifier ne sera dévoilée.

À des fins de protection, le Ministère de la santé et des services sociaux pourrait avoir accès à votre nom et prénom, vos coordonnées (adresse et numéro de téléphone), la date de début et de fin de votre participation au projet jusqu'à un an après la fin de projet.

## **10. Responsabilité**

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle.

## **11. Liberté de participation**

Votre participation à ce projet de recherche est libre et volontaire. Toute nouvelle connaissance susceptible de remettre en question votre décision de participer à la recherche vous sera communiquée.

Vous pouvez vous retirer de cette recherche en tout temps. Quelle que soit votre décision, cela n'affectera pas les liens entre vous et le département de médecine dentaire.

## **Annexe IV : Questionnaire du focus groupe**

### **QUESTIONNAIRE FOCUS GROUPE**

#### **Évaluation des modalités d'intégration d'un dentiste dans une équipe multidisciplinaire**

1. Est-ce que le volet buccodentaire est évalué chez votre clientèle ? D'emblée ? PRN ?
2. Si oui, à quel moment de l'évaluation ?
3. Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?
4. Pensez-vous qu'il serait avantageux pour le patient d'avoir d'emblée une évaluation buccodentaire ? Comment voyez-vous une collaboration possible ?

## Annexe V : Résultats des nœuds pour les prises de contact et les rencontres

Tableau IV - Fréquence des nœuds pour les prises de contact

Nœuds	Fréquence des nœuds par équipes (n)									Total	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	(n)	(%)
<i>Collaboration</i>											
Bonification de la collaboration	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1,3
Habitudes de travailler en collaboration	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1,3
Importance accordée à la collaboration	0	0	3	2	0	1	1	2	1	10	6,5
Piste de collaboration	2	2	2	1	1	0	1	1	0	10	6,5
<i>Contenu</i>											
Réalités buccodentaires auxquelles fait face l'équipe	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,6
Contenu médico-clinique	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,6
<i>Processus</i>											
Dynamisme du département/chef de département	2	4	8	1	0	0	1	2	0	18	11,7
Étendue géographique du milieu	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
Disponibilité-implication des interlocuteurs	9	10	12	1	0	2	4	3	8	49	31,8
Connaissance du milieu-organigramme	3	1	0	2	0	0	0	0	0	6	3,9
<i>Relation</i>											
Connaissance du département dentaire/dentiste et confiance	2	0	1	0	0	1	0	1	0	5	3,2
Échanges harmonieux	6	5	3	0	0	0	3	0	1	18	11,7
Informations données par le dentiste pour se faire connaître	6	4	2	1	1	1	2	1	1	19	12,3
Méconnaissance du travail du dentiste par les membres	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
Ouverture de la part des membres face au dentiste	2	0	4	1	0	1	1	1	1	11	7,1
<b>Total (n)</b>	34	27	38	10	2	6	14	11	12	154	
<b>(%)</b>	22,1	17,5	24,7	6,5	1,3	3,9	9,1	7,1	7,8		100,0

Tableau V- Fréquence des nœuds pour les rencontres

Nœuds	Fréquence des nœuds par équipes (n)				Total	
	A	B	C	D	n	%
<b><i>Collaboration</i></b>						
Bonification de la collaboration	2	9	18	5	34	5,3
Collaborations existantes	3	1	4	4	12	1,9
Habitudes de travailler en collaboration	1	1	0	5	7	1,1
Importance accordée à la collaboration	2	9	0	2	13	2,0
Piste de collaboration	10	14	49	19	92	14,5
<b><i>Contenu</i></b>						
Cas buccodentaire à résoudre	3	5	25	13	46	7,2
Informations buccodentaires fournies par le dentiste	4	6	3	18	31	4,9
Réalités buccodentaires auxquelles font face l'équipe	6	16	15	16	53	8,3
Contenu médico-clinique	5	27	11	1	44	6,9
Contenu psychosocial	5	15	0	0	20	3,1
<b><i>Processus</i></b>						
Dynamisme du département/chef de département	1	3	2	4	10	1,6
Disponibilité-complexité du dossier principal	0	0	5	0	5	0,8
Pistes de solutions	0	0	6	2	8	1,3
Processus de gestion du dossier	0	0	9	1	10	1,6
Disponibilité-implication des interlocuteurs	2	7	9	1	19	3,0
Fonctionnement de la clinique dentaire expliqué par le dentiste	0	0	3	6	9	1,4
Fonctionnement de la clinique médicale expliqué au dentiste	2	8	12	12	34	5,3
Connaissance du milieu-organigramme	0	0	0	1	1	0,2
Outils	2	1	23	9	35	5,5
<b><i>Relation</i></b>						
Échanges harmonieux	0	1	0	0	1	0,2
Question du dentiste sur la satisfaction des liens actuels	0	0	1	0	1	0,2
Informations du dentiste pour se faire connaître	2	5	12	15	34	5,3
Question liée à la médecine dentaire	0	0	0	16	16	2,5
Constat des membres de leur méconnaissance buccodentaire	0	2	4	0	6	0,9
Informations des membres pour se faire connaître	0	4	24	23	51	8,0
Méconnaissance du travail des membres par le dentiste	0	0	4	4	8	1,3
Méconnaissance du travail du dentiste par les membres	3	7	9	13	32	5,0
Ouverture de la part des membres face au dentiste	2	2	0	0	4	0,6
Total (n)	55	143	248	190	636	
(%)	9	22	39	30		