

LE TRAVAIL EN ÉQUIPE DANS LES SERVICES DE SANTÉ :  
PROMOUVOIR UN TRAVAIL EN ÉQUIPE EFFICACE DANS  
LES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

*Recommandations et synthèse pour politiques*

*Juin 2006*



Canadian Health Services Research **Foundation**  
**Fondation** canadienne de la recherche sur les services de santé

*...making research work  
...pour que la recherche porte ses fruits*



Ce document est disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé **[www.fcrrs.ca](http://www.fcrrs.ca)**.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation :

1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa (Ontario)  
K1Z 8R1

Courriel : [communications@fcrrs.ca](mailto:communications@fcrrs.ca)  
Téléphone : 613-728-2238  
Télécopieur : 613-728-3527

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation web site **[www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca)**.  
For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the foundation at:

1565 Carling Avenue, suite 700  
Ottawa, Ontario  
K1Z 8R1

E-mail: [communications@chsrf.ca](mailto:communications@chsrf.ca)  
Telephone: 613-728-2238  
Fax: 613-728-3527



# LE TRAVAIL EN ÉQUIPE DANS LES SERVICES DE SANTÉ : PROMOUVOIR UN TRAVAIL EN ÉQUIPE EFFICACE DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

## *Recommandations et synthèse pour politiques*

Ivy Oandasan, MD, MHSc, CCFP, FCFP<sup>1</sup>  
G. Ross Baker, PhD<sup>2</sup>  
Keegan Barker, BA, M.Ed.<sup>3</sup>  
Carmela Bosco<sup>4</sup>  
Danielle D'Amour, infirmière PhD<sup>5</sup>  
Linda Jones, BSN RN(EC), CFNP<sup>6</sup>  
Shandra Kimpton, M.H.Sc<sup>7</sup>  
Louise Lemieux-Charles, PhD<sup>8</sup>  
Louise Nasmith, MDCM, M.Ed., CCFP, FCFP<sup>9</sup>  
Leticia San Martin Rodriguez, PhD (candidat)<sup>10</sup>  
Joshua Tepper, MD, CCFP<sup>11</sup>  
Daniel Way, BA, MD CCFP FCFP<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Professeur agrégé et chercheur universitaire, Département de médecine familiale et communautaire, University of Toronto et Toronto Western Hospital, University Health Network

<sup>2</sup> Professeur, Département de politique, gestion et évaluation de la santé, Faculté de médecine, Université de Toronto

<sup>3</sup> Assistant de recherche, Département de médecine familiale et communautaire, Toronto Western Hospital, University Health Network, Professeur agrégé, Université de Toronto

<sup>4</sup> Consultante en politique de la santé et directrice de Gestion, CBR Consulting

<sup>5</sup> Professeur agrégé, Faculté des soins infirmiers, Université de Montréal, Directrice, Centre FERASI, chercheuse, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

<sup>6</sup> Professeur de clinique, Faculté des soins infirmiers, Université d'Ottawa

<sup>7</sup> Assistante de recherche, Interprofessional Education Innovations, Département de médecine familiale et communautaire, Toronto Western Hospital, University Health Network

<sup>8</sup> Directrice et professeure agrégée, Département de politique de la santé, Gestion et évaluation, Faculté de Médecine, Université de Toronto

<sup>9</sup> Professeure et directrice, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto

<sup>10</sup> Faculté des soins infirmiers, Université de Montréal, Centre FERASI, chercheuse, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

<sup>11</sup> Professeur agrégé, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, ancien assistant scientifique, Institute for Clinical and Evaluative Sciences

<sup>12</sup> Professeur agrégé, Département de médecine familiale et communautaire, Université d'Ottawa

## Remerciements :

Le présent rapport de recherche a été subventionné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et par Santé Canada. L'équipe de recherche tient à remercier les informateurs clés qui ont pris part aux entrevues exhaustives partout au Canada ainsi que les spécialistes, les chercheurs et les décideurs qui ont participé à une conférence sur invitation en juillet 2005 à Ottawa. Nous tenons à remercier Sophie Soklaridis, qui a mené les entrevues et aidé à leur analyse et Laure Perrier qui a conçu la base de données portant sur la documentation scientifique et la littérature grise. Enfin, les chercheurs voudraient témoigner leur gratitude à Wendy L. McGuire pour son immense contribution au travail de recherche sur l'efficacité des équipes.



## TABLE DES MATIÈRES

---

Messages principaux . . . . .	i
Sommaire . . . . .	iii
Pourquoi le travail en équipe est-il important? . . . . .	1
Étendue et méthodologie du rapport . . . . .	1
Étendue . . . . .	1
Méthodologie pour la collecte des données . . . . .	1
Données de recherche . . . . .	2
Définition des équipes . . . . .	3
Le travail en équipe en rapport avec la collaboration . . . . .	4
Type de collaboration . . . . .	4
S’informer sur le travail en équipe . . . . .	5
Comment améliorer le travail en équipe . . . . .	7
Facteurs organisationnels qui affectent le travail en équipe . . . . .	12
Absence de données sur les résultats du travail en équipe . . . . .	14
Les facteurs relatifs au système et qui influencent le travail en équipe . . . . .	15
Procédés du cadre du programme . . . . .	16
Les leçons apprises : implantation d’un travail en équipe efficace . . . . .	18
Aller de l’avant avec un travail en équipe efficace – Vue d’ensemble . . . . .	19
Les priorités et leur implication . . . . .	20
Le gouvernement et les dirigeants – les directives . . . . .	20
Les dirigeants – leadership organisationnel . . . . .	21
Éducateurs . . . . .	22
Priorités de recherche . . . . .	22
Conclusion . . . . .	23
Références . . . . .	24



## MESSAGES PRINCIPAUX

---

- Un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe contribuera à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, à veiller à la sécurité des patients et par le fait même, diminuera les problèmes relatifs à la charge de travail qui produit le surmenage parmi les professionnels de la santé.
- Les équipes travaillent plus efficacement dans les conditions suivantes : objectifs clairs, bonne communication, bonne coordination, observation du protocole, mécanismes efficaces de résolution des éventuels conflits. La participation active des membres de l'équipe est également une condition cruciale. Les équipes qui réussissent bien reconnaissent les contributions personnelles et professionnelles de tous les membres, elles encouragent le développement de l'individu et l'interdépendance de l'équipe, elles reconnaissent les avantages liés au travail en équipe et considèrent que la responsabilité relève de tout le groupe.
- La constitution et le fonctionnement des équipes varient selon les besoins du patient. C'est la complexité des questions de santé qui détermine cette tâche. Ainsi, plus il est nécessaire d'avoir de l'interdépendance pour traiter le patient, plus grande devrait être la collaboration entre les membres de l'équipe.
- Les patients ainsi que leur famille constituent des membres importants de l'équipe et ont un rôle capital à jouer dans les prises de décisions. Afin de permettre aux patients de participer efficacement, ces derniers ont besoin d'apprendre comment participer à l'équipe, comment obtenir des renseignements sur leur condition et comment chaque professionnel de la santé agit en ce qui a trait à leurs soins.
- Les équipes fonctionnent différemment dépendant du milieu dans lequel elles évoluent. Les équipes travaillant dans les hôpitaux ont un protocole et des procédures clairement établis; tels, la hiérarchie professionnelle et les objectifs institutionnels communs; tandis que les équipes sises dans les communautés ou les établissements de soins de première ligne, font face à des questions portant sur le rôle, souvent mal défini du cadre communautaire. Cette diversité de milieu et de tâche signifie que le passage des procédés n'est pas toujours évident. Elle souligne également le besoin d'un consensus sur la définition du terme « équipe ».
- La culture organisationnelle influence grandement l'impact du travail en équipe. Une philosophie organisationnelle claire quant à l'importance du travail d'équipe favorise la collaboration en suscitant de nouvelles manières de travailler ensemble, de développer des objectifs communs et des mécanismes pour combattre la résistance au changement et les hostilités qui se rapportent à l'étendue que devrait occuper la pratique médicale. Les équipes ont besoin de formation pour apprendre à travailler ensemble et à comprendre le rôle professionnel et la responsabilité de chacun des membres. Elles requièrent également une structure et un leadership administratif efficaces.
- Un cadre de programme plus ouvert peut servir à promouvoir le travail en équipe en proposant des politiques et des approches gouvernementales conséquentes, une planification des ressources humaines dans la santé, des cadres législatifs afin d'éliminer les formes de cloisonnement et en mettant en place des modèles de financement et de rémunération qui encouragent la collaboration. Les interventions en équipe qui sont fructueuses ont un caractère intrinsèque lié à l'amélioration de la qualité des soins au moyen d'une meilleure coordination des services de santé et d'une utilisation efficace des ressources de la santé; en faisant des facteurs déterminants de la santé, le centre d'intérêt.



## SOMMAIRE

---

Le travail d'équipe et la collaboration dans les services de santé sont des questions capitales aux yeux des Canadiens et des décideurs; en l'occurrence plusieurs rapports traitent de la nécessité d'une meilleure collaboration qui servirait de stratégie principale dans le renouvellement des structures des services de santé.

Un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe contribuera à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, à veiller à la sécurité des patients et par le fait même, diminuera les problèmes relatifs à la charge de travail qui produit le surmenage parmi les professionnels de la santé.

Pourtant, tandis que nombre de patients, de soignants, de professionnels de la santé et de décideurs sont sans doute prêts à adopter le concept de services de santé collaboratif, les politiques et problèmes inhérents au système sont autant d'obstacles qui empêchent le passage vers des services de santé en commun.

- *Quels sont les spécificités d'une équipe performante et comment en mesure-t-on l'efficacité (par exemple, une plus grande satisfaction à exécuter le travail, charge de travail partagée, réduction de stress, etc.)?*
- *Quelles sont les interventions qui ont réussi en ce qui concerne la mise en place et le maintien du travail d'équipe dans le domaine des services de santé?*
- *Dans quelle mesure le travail d'équipe en milieu médical a-t-il été mis en pratique au Canada? Quels sont les facteurs qui constituent un obstacle à leur mise en place?*

Afin de préparer le présent rapport, une équipe de recherche multidisciplinaire a mené des entrevues approfondies auprès d'informateurs clés et a effectué un sondage d'envergure approuvé par des collègues et examiné la littérature grise sur les composantes du travail d'équipe, de l'efficacité des équipes, des types d'intervention, de la dynamique des équipes médicales et de l'impact des infrastructures gouvernementales, de la législation et de la politique sur le travail d'équipe dans le cadre du système de santé canadien. Pour l'élaboration du rapport nous nous sommes également inspirés de l'étude, « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif », rédigée en 2004 pour une initiative de Santé Canada qui portait sur la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient.

À la lumière de ces sources, l'équipe a identifié les défis que nécessitent la conception et le maintien efficace du travail d'équipe; parmi lesquels, l'absence d'une définition commune à toutes les équipes et au travail en équipe, l'envergure des activités de collaboration dans les services de santé, les facteurs organisationnels affectant le travail en équipe et les implications que prennent les politiques actuelles, la régulation et la législation des équipes.

Que peut-on faire? Les changements fondamentaux à apporter au système des services de santé et nécessaires au maintien du travail en équipe, exigent un effort collaboratif. Le leadership et un réel engagement doivent être présents à tous les paliers du système de santé pour que le travail d'équipe soit appliqué et maintenu à long terme.

Un certain nombre de projets auxquels participent divers professionnels de la santé et des patients prennent place au niveau national et international et desquels on peut tirer des leçons. Notamment, les équipes travaillent plus efficacement dans les conditions suivantes : objectifs clairs, bonne communication, bonne coordination, observation du protocole, mécanismes efficaces de résolution des éventuels conflits. Les équipes fonctionnent mieux lorsqu'elles ont à la fois une culture organisationnelle qui encourage le travail en équipe et le soutien et le leadership de leur administration.

D'autres études mettent en évidence le fait que la nature de la tâche définit l'équipe de sorte que leur constitution et leur fonctionnement varient selon le patient et la complexité de ses besoins.

Cependant et en dépit des connaissances sur le sujet, la progression vers le travail en équipe est lente tandis que les professionnels persistent dans la protection de leur « territoire » ou dans la limitation de leur pratique pour satisfaire leurs propres besoins. Parmi les autres contraintes, on dénote l'autoréglementation des professionnels de la santé, les lois actuelles sur la négligence professionnelle et les modèles de financement et de rémunération qui n'encouragent pas les équipes. De plus, le système d'éducation s'est montré réticent à adopter des nouvelles approches dans la formation professionnelle.

Il est vrai que certains gouvernements encouragent le développement des modèles collaboratifs et interprofessionnels, néanmoins cela ne suffit pas à transformer le système. Un travail en équipe efficace peut se faire seulement lorsque tous les niveaux du système médical travaillent d'un commun accord. Tous les secteurs (incluant les tribunaux, les organismes de réglementation professionnelle, les institutions d'enseignement, les organisations d'accréditation, les patients, les clients, et les personnes soignantes) doivent être prêts à revoir les pratiques actuelles et à se lancer dans de nouvelles initiatives qui encourageront la collaboration et par conséquent amélioreront la santé de la population canadienne.

Le présent rapport présente quelques informations de base et souligne que les niveaux pratique, organisationnel et politique doivent travailler conjointement pour concrétiser le changement nécessaire à la promotion d'un travail en équipe efficace dans les services de santé, en s'appuyant sur la recherche et l'expérience vécue dans d'autres pays. Les priorités et les résultats sur lesquels ce rapport se penche, fournissent les conditions nécessaires à l'amorce officielle des procédés de mise en place d'un travail d'équipe efficace au Canada.

## **POURQUOI LE TRAVAIL EN ÉQUIPE EST-IL EFFICACE?**

---

Le travail en équipe et la collaboration dans les services de santé sont des questions capitales aux yeux des Canadiens et des décideurs.<sup>3,4</sup> De nombreux colloques et rapports gouvernementaux ont souligné la nécessité d'améliorer la collaboration entre les professionnels de la santé comme stratégie clé dans le renouvellement des structures de la santé.<sup>5,6,7,8,9,10,11</sup> En 2005, le Conseil canadien de la Santé a publié deux rapports traitant de la nécessité d'augmenter le travail en équipe dans les milieux médicaux du Canada.<sup>18,123</sup> Par ailleurs, des initiatives récentes de Santé Canada font également état du besoin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé.<sup>4,5,19</sup>

On a pu démontrer qu'un meilleur travail d'équipe et des soins collaboratifs améliorent l'efficacité dans divers aspects du système de santé, incluant les services de santé de première ligne et la santé publique.<sup>18</sup> Les récents rapports sur les ressources humaines en santé avancent que le travail en équipe pourrait être un moyen efficace dans l'amélioration de la qualité des soins prodigués et dans la sécurité du patient tout en solutionnant les problèmes liés au manque de personnel, au stress et au surmenage chez les professionnels de la santé.<sup>2,3,12,13,14,18</sup> D'autres recherches démontrent que le travail en équipe peut, de manière significative, réduire la charge de travail, procurer une plus grande satisfaction au travail, favoriser la loyauté, augmenter la satisfaction du patient et réduire la morbidité chez les patients.<sup>15,16,17</sup>

Or, tandis que nombre de soignants, de professionnels de la santé et de décideurs demandent un meilleur travail d'équipe, les politiques actuelles et les problèmes relatifs aux systèmes forment souvent un obstacle envers le passage aux soins axés sur le travail en équipe.

## **ÉTENDUE ET MÉTHODOLOGIE DU RAPPORT**

---

### **ÉTENDUE**

Le présent rapport, une synthèse de documents de recherche et de résultats obtenus suite à des entrevues menées auprès de chercheurs, d'experts et de décideurs, pose les trois questions suivantes :

- *Quelles sont les caractéristiques d'un travail d'équipe efficace et comment l'efficacité d'une équipe est-elle évaluée (tel le sentiment de satisfaction au travail, le partage de la charge de travail, la réduction de stress, etc.)?*
- *Quelles sont les actions qui ont réussi dans la mise en place et le maintien du travail en équipe dans le milieu médical? Que peut-on apprendre des autres milieux et de l'expérience des autres pays?*
- *Dans quelle mesure le travail en équipe a-t-il été mis en place dans les milieux médicaux au Canada? Quels sont les obstacles à la mise en place?*

### **MÉTHODOLOGIE POUR LA COLLECTE DES DONNÉES**

L'équipe interprofessionnelle attachée à ce projet a allié son expertise en politique de santé, en gestion de santé, en éducation interprofessionnelle, en pratique collaborative et en évaluation pour concevoir la méthode pour la collecte des données. (L'annexe A contient l'information sur la recherche et la méthodologie).

Le développement de la méthode de collecte de données a aussi été influencé par deux autres points :

- « L'éducation interprofessionnelle pour la pratique collaborative axée sur le patient : un cadre en progression », développée par les membres de l'équipe qui, en 2004, ont œuvré ensemble sur l'initiative de Santé Canada portant sur la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient<sup>1</sup> (Voir Annexe B), et

- Les directives de recherche de la Fondation soulignent l'importance de la collecte de données auprès de sources clés, données qui s'appuient sur leur connaissance empirique ainsi que sur des données « scientifiques », de sorte qu'on tienne des réalités inhérentes à la pratique.<sup>2</sup>

L'équipe de projet s'est départagée en six sous-équipes afin d'explorer les composantes spécifiques du travail d'équipe, incluant :

- l'efficacité des équipes;
- les types d'intervention;
- la dynamique des équipes de services de santé; et
- l'impact des infrastructures gouvernementales, de la sécurité des patients, de la législation et des politiques sur le travail en équipe au sein du système de santé.

Chacune des équipes a préparé des données de synthèse provenant de trois sources :

- une étude des publications et de la littérature grise (tels les rapports et documents de travail);
- les entrevues téléphoniques exhaustives auprès de sources clés; et
- les commentaires provenant d'experts lors d'une conférence sur invitation qui a eu lieu en juillet 2005 où les résultats préliminaires de données de recherche étaient à l'ordre du jour.

Par la suite, l'équipe a travaillé de concert afin de rédiger la synthèse finale du rapport.

## **DONNÉES DE RECHERCHE**

---

Tandis que diverses études ont tenté d'examiner l'efficacité des équipes de santé, leur recherche est souvent entravée par deux facteurs qui affaiblissent de façon considérable les publications portant sur l'efficacité des équipes, ce qui rend difficile les études comparées sur le sujet. À savoir,

- la mauvaise conceptualisation des termes « équipe » et « résultats de l'équipe »,<sup>150,151,152,168,169</sup> et
- la complexité et la diversité des théories et méthodes employées dans la recherche.

Tandis que les publications organisationnelles donnent une définition plus exhaustive du terme « équipe », que ne le font celles portant sur les services de santé,<sup>22,23,25,27,153</sup> le besoin de définir clairement les termes « équipe », « résultats de l'équipe », et « efficacité d'équipe », dans le contexte des services de santé, se fait pressant.

Dans le but de contribuer à cette importante discussion sur les définitions et sur la portée du travail en équipe, l'équipe de recherche a eu une meilleure compréhension des pratiques actuelles sur l'efficacité du travail en équipe dans le cadre du système de santé en examinant les sujets suivants :

- équipes déterminantes;
- le travail en équipe en relation avec la collaboration;
- l'étendue de la collaboration dans les services de santé;
- se renseigner sur le travail en équipe;
- comment améliorer le travail en équipe;
- les facteurs organisationnels qui affectent le travail en équipe; et
- les lacunes inhérentes aux résultats du travail en équipe.

## DÉFINITION DES ÉQUIPES

Les publications traitant des équipes soulignent que la structure d'une équipe diffère selon ses objectifs, ses mandats, son milieu, la diversité des professions qui la composent et les rapports relationnels entre les professionnels de la santé qui forment cette équipe.<sup>20,21,22,23,24,25,26A</sup> Les publications relèvent également qu'en raison du fait que la définition du terme « équipe » varie selon qu'il est appliqué par les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs, et que chacun tire sa propre compréhension de la terminologie « travail en équipe », aucune définition définitive n'existe. Or si la pratique axée sur l'équipe doit se développer et être encouragée par un cadre politique approprié, il est crucial de définir « équipe », « travail en équipe », « collaboration » et « pratique collaborative ».

La définition qu'on retrouve dans la littérature des organismes est la suivante :

Un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, *qui se perçoivent et qui sont perçus* comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles.<sup>27</sup>

En prenant cette définition pour point de départ, les chercheurs ont comparé les différentes manières par lesquels les équipes sont définies dans le domaine des services de santé. Alors que ce n'est pas l'ensemble des professionnels de la santé qui travaillent en équipe, la perception de ces derniers, à savoir s'ils font ou non partie d'une équipe, diffère malgré la perception des autres.<sup>166</sup> Entre autres, dans certains cas, les professionnels de la santé se perçoivent comme travaillant en équipes uni-professionnelles (par exemple, une équipe d'infirmières), alors que d'autres se voient travaillant dans des équipes institutionnelles (par exemple une équipe d'AVC formée de divers spécialistes). En outre, ceux qui reçoivent les soins ont également leur propre perception de leur équipe de soins en se fiant sur les professionnels qui leur prodiguent lesdits soins.

Dans le domaine de la santé, les types d'équipe les plus courants sont :

- les équipes de projet (par exemple, les équipes d'amélioration de la qualité); et
- les équipes soignantes et celles de gestion qui font l'objet de ce rapport
  - l'effectif des patients (telles les équipes gériatriques);
  - le type de maladie (telles les équipes d'AVC);
  - le milieu où les soins sont prodigués (tels les soins de première ligne, l'hôpital et les soins de longue durée).<sup>26B</sup>

## **Nécessité d'une définition commune du terme « équipe » si le travail en équipe doit être développé dans le système de santé**

### **LE TRAVAIL EN ÉQUIPE EN RAPPORT À LA COLLABORATION**

Le travail en équipe est l'interaction ou la relation entre deux ou plusieurs professionnels de la santé qui travaillent de manière interdépendante afin de prodiguer des soins aux patients. Le travail en équipe signifie que les membres de l'équipe :

- sont mutuellement dépendants;
- se perçoivent comme travaillant collaborativement pour les soins axés sur le patient;
- profitent du travail collaboratif dans les soins aux patients;
- se partagent les renseignements pouvant mener au partage des prises de décisions; et
- savent quand le travail en équipe devrait être utilisé pour maximiser les soins axés sur le patient.<sup>129</sup>

Les équipes sont autant de manière de collaborer et au sein desquelles les membres partagent leurs objectifs et ont la responsabilité mutuelle de prodiguer des soins aux patients. (Il est toutefois important de remarquer que les professionnels peuvent collaborer entre eux sans pour autant faire partie d'une équipe spécifique.)

Étant donné que la collaboration se définit par les rapports et interactions qui prennent place entre les collègues (c'est-à-dire une action collective qui tend vers un but commun),<sup>17</sup> finalement, la décision de concrétiser la collaboration dépend entièrement des professionnels de la santé.<sup>29</sup>

Cette perception suggère que le travail en équipe peut-être une des formes possibles de collaboration, néanmoins toutes les collaborations ne s'effectuent pas en équipe.<sup>30</sup> Par exemple, dans les soins de première ligne, un généraliste, un physiothérapeute et un dentiste peuvent tour à tour prodiguer des soins à une personne, sans pour autant se considérer une « équipe » travaillant de concert avec le patient.

Autrement dit, le travail en équipe est le produit de la collaboration et la collaboration est le processus par lequel il y a interaction et relation entre des professionnels de la santé qui travaillent dans un milieu où il y a une équipe. C'est cette dernière forme de collaboration dont il est le plus souvent question lorsqu'on traite du travail en équipe dans les services de santé.<sup>28</sup>

### **La COLLABORATION améliore le travail en équipe.**

**La collaboration est le procédé par lequel il y a interaction et relation entre des professionnels de la santé qu'ils se perçoivent ou non comme membre d'une équipe.**

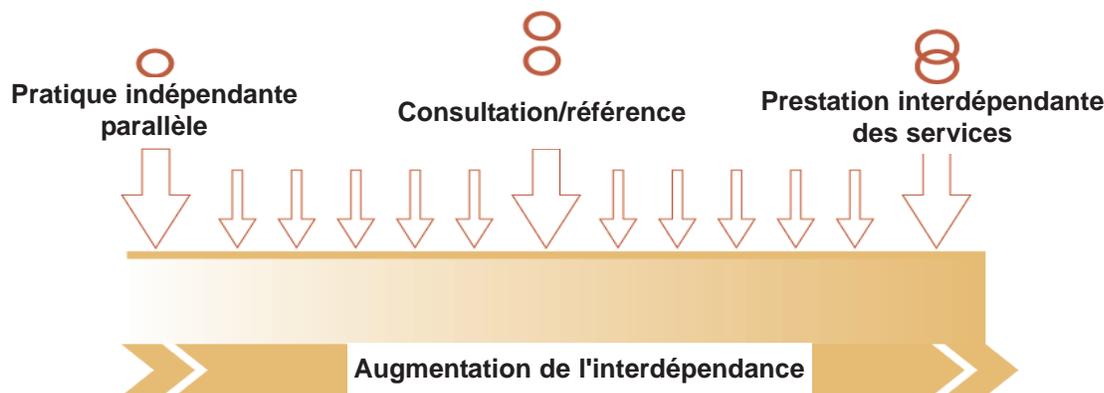
### **TYPES DE COLLABORATION**

Il existe plusieurs sortes de collaborations selon le type de soins requis. Tandis que les besoins de beaucoup de personnes, de familles et de communautés peuvent être comblés dans le cadre de la pratique de la profession, lorsque les services de santé incluent la consultation ou la référence à un autre professionnel, la pratique passe de l'interdépendance à l'interprofessionnalisme. De façon générale, on requiert plus de collaboration lorsque les besoins sont complexes et que les personnes reçoivent des soins qui nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels de la santé.

Le schéma qui suit montre que la collaboration entre les professionnels de la santé est dynamique et s'effectue dans un continuum défini par les trois aires suivantes :

- pratique indépendante parallèle entre professionnels autonomes et travaillant ensemble;
- consultation et référence où les professionnels échangent des renseignements;
- prestation interdépendante des services et prise de décision interdépendante.

Schéma 1 : Envergure de la collaboration



Les professionnels de la santé qui dans leur pratique utilisent la communication interprofessionnelle et qui prennent des décisions qui encouragent la collaboration, c'est-à-dire des décisions qui s'appuient sur la connaissance partagée et une série d'aptitudes professionnelles pour transformer les soins prodigués aux patients, font de la **pratique collaborative**.<sup>8</sup>

### **La collaboration interprofessionnelle varie selon la complexité des besoins de santé et le nombre et l'expertise des professionnels de la santé qui travaillent pour répondre à ces besoins.**

#### **S'INFORMER SUR LE TRAVAIL EN ÉQUIPE**

##### *Les facteurs qui influencent l'efficacité de l'équipe*

Les recherches organisationnelles ont mis au point des modèles pour décrire les interactions complexes liées au contexte dans lequel les équipes se trouvent (telles que, la composition de l'équipe, comment les membres agissent entre eux et la répartition des tâches de l'équipe),<sup>26b</sup> tandis que la classification des équipes en « types d'équipes » ou taxinomies, selon les modèles d'efficacité des équipes de Hackman,<sup>24</sup> Cohen and Bailey,<sup>27</sup> Sundstrom, De Meuse, et Futrell.<sup>25</sup> Cette classification est bien connue dans le milieu des études organisationnelles, toutefois il faut se montrer prudent lorsqu'on applique ces notions provenant d'« équipes intellectuelles » aux « équipes de travail » dans les services de santé. Parmi les données de modèles organisationnels pouvant s'appliquer aux équipes de services de santé, on peut citer l'impact des influences plurifactorielles sur le travail en équipe, incluant les procédés interactionnels entre les membres de l'équipe, la structure des équipes et le contexte dans lequel évoluent ces dernières.<sup>133</sup>

En se fondant sur les travaux précédents réalisés dans le domaine,<sup>27,164,165</sup> Lemieux-Charles et McGuire<sup>26B</sup> ont développé un modèle intégré d'efficacité en équipe (ITEM) et spécifique aux services de santé afin d'aider les chercheurs et les médecins à analyser les facteurs qui influencent le fonctionnement des équipes et leur efficacité. Dans ce modèle, l'efficacité s'articule par le biais d'objectifs clairs et de mesures subjectives, qui peuvent être définis en tenant compte des questions suivantes :

1. Quelle est la tâche de l'équipe? Quelles sont les caractéristiques propres à la tâche réalisée par l'équipe (par exemple l'étendue de la collaboration requise)?
2. Comment l'équipe se compose-t-elle (par exemple, sa taille, l'âge et le sexe de ses membres)?
3. Existe-t-il des procédés servant à améliorer le travail en équipe (tels la communication, la coordination)?
4. Quels sont les traits psychosociaux de l'équipe (à savoir, les normes de l'équipe, sa cohésion)?
5. Dans quel cadre organisationnel l'équipe existe-t-elle (par exemple, le milieu, les ressources, le leadership)?
6. Quels sont les contextes sociaux et politiques relatifs aux équipes (à savoir les facteurs systémiques)?

Lemieux-Charles et McGuire croient que les réponses à ces questions peuvent être employées pour aider à définir les équipes de services de santé et l'efficacité du travail en équipe.

- Les questions 1 à 5 portent sur le plan de la pratique et des interactions entre les membres des équipes au plan de la pratique et qui influencent le travail en équipe.
- La question 6 porte sur les facteurs organisationnels qui facilitent un travail en équipe efficace.
- La question 7 porte sur les cadres sociaux et politiques qui peuvent affecter les niveaux organisationnel et pratique.

### **Les FACTEURS de la PRATIQUE, de l'ORGANISATION et du SYSTÈME influencent L'EFFICACITÉ DE L'ÉQUIPE.**

#### ***Définir l'efficacité de l'équipe : condition préalable à l'amélioration de l'efficacité***

Nous avons traité plus haut de la nécessité de définir clairement le terme « équipe ». La section qui suit considère indispensable la nécessité de définir le terme « efficacité de l'équipe » pour mieux comprendre les moyens à prendre pour améliorer l'efficacité des équipes.

Dans la recherche organisationnelle, le modèle de Hackman sur l'efficacité de l'équipe est couramment utilisé. Il comprend trois dimensions :

- produire un « produit » de haute qualité,
- la capacité des membres de l'équipe à continuer à travailler ensemble dans l'avenir (pérennité); et
- la contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres.

D'après le modèle de Hackman, les facteurs suivants sont parmi ceux qui influencent l'efficacité.

- la conception du travail (telle l'interdépendance, la clarté des buts),
- la composition du groupe (sa taille, la diversité des expertises),
- les normes établies par le groupe (telles, la coordination); et
- les normes organisationnelles (telles, la rémunération, la formation, l'information).<sup>24</sup>

Dans le domaine de la santé, l'efficacité clinique et l'efficacité des coûts sont souvent étudiées sans qu'on tienne compte des mesures servant à évaluer l'efficacité ou les résultats de l'équipe. Dans ce cas, il devient difficile de déterminer les types d'équipes qui sont les plus efficaces.<sup>26B</sup> Les chercheurs ont besoin de poser des questions telles : « Quels sont les plans sur lesquelles elles se montrent efficaces? » et « Quelles sont les conditions qui ont mené à l'efficacité de l'équipe? »

Une collaboration efficace mène à un travail en équipe efficace. Des études se sont penchées sur la collaboration comme résultat (à savoir comme seul dénouement). Dans les modèles d'efficacité de l'équipe où le résultat est synonyme d'amélioration des soins prodigués aux patients et de satisfaction du soignant, la collaboration est définie en tant que procédé. De plus, l'évaluation de l'efficacité de l'équipe peut s'avérer un moyen d'évaluer le niveau de collaboration entre les membres de l'équipe. Si ces derniers peuvent parvenir à collaborer efficacement, on espère voir des répercussions positives directes sur les résultats.

D'autres moyens utilisés pour mesurer le résultat des équipes médicales efficaces sont :

- les résultats des objectifs, notamment :
  - le comportement clinique (statut fonctionnel, satisfaction du patient);
  - l'attitude organisationnelle (efficacité, coûts); et
  - l'attitude du patient (adhésion aux prescriptions),
- et l'évaluation subjective des résultats ayant trait à l'efficacité de l'équipe qui est souvent liée à l'attitude évaluée par les membres de l'équipe (telle la perception du fonctionnement de leur propre équipe).

**Une collaboration efficace peut être perçue soit comme un procédé qui affecte les résultats du travail en équipe (à savoir, amélioration des soins au patient et la satisfaction du soignant), soit comme une fin en soi.**

## COMMENT AMÉLIORER LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

Nombre d'études du domaine de la santé ont été entreprises afin de faciliter le travail en équipe. Cependant, une étude comparée des résultats s'avère difficile étant donné les différences qui existent entre les chercheurs et les décideurs sur une définition des termes « intervention » ou « dénouement ».<sup>154</sup>

Plusieurs des études qui ont été systématiquement examinées pour les fins de ce projet se sont attardées sur les interventions axées sur la constitution d'équipes, tant au niveau de la pratique que de l'organisation (voir Annexe C). Mais parce que les études ont omis de préciser les facteurs ayant le plus d'impact sur le dénouement de l'équipe, on ignore si ces interventions ont été fructueuses dans l'évaluation des effets du travail en équipe sur des points spécifiques.<sup>26B,147</sup>

Néanmoins, les études et publications du domaine de la santé qui traitent du sujet des équipes, ont fourni des notions sur les mécanismes employés pour faciliter la procédure de collaboration nécessaire au travail en équipe, notamment :

- des études d'intervention qui comparent les équipes; et
- des études sur le terrain qui examinent les liens et caractéristiques entre les équipes (facteurs), processus et résultats.

### Études d'intervention

Un mode d'« intervention » qui faciliterait le travail en équipe pourrait être soit un service, une activité, une méthode, un processus, un outil, une approche ou une stratégie appliquée dans le milieu des services de santé pour encourager le travail en équipe.

Les interventions peuvent survenir au niveau pratique (avec des professionnels de la santé au sein des équipes) ou au niveau organisationnel (avec les leaders et administrateurs qui donnent leur appui aux équipes).

Les études examinées pour la rédaction de ce rapport montrent les types d'études d'intervention qui ont été menées et l'envergure des méthodologies utilisées dans les révisions systématiques des publications. Parce que les études qui se sont penchées sur des interventions différentes n'étaient pas toujours bien définies et n'arrivaient pas à des résultats clairs, elles ne pouvaient être comparées.

Le tableau qui suit montre l'envergure des interventions visant à améliorer l'efficacité de l'équipe et qui ont été examinées pour les fins de ce projet. Le tableau est loin d'être exhaustif mais il souligne les interventions étudiées.

Tableau 1: Interventions Reliées au travail en équipe

Interventions sur le plan de la pratique	Interventions sur le plan organisationnel
<ul style="list-style-type: none"><li>• Effectuer des études sur les normes et mesures d'efficacité des équipes<sup>157</sup></li><li>• Séances de pratique sur la conception des équipes et la résolution de problèmes<sup>158,159</sup></li><li>• Auto-gestion<sup>159</sup></li><li>• Formation des équipes<sup>159</sup></li><li>• Rondes interdisciplinaires<sup>170</sup></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planification stratégique<sup>171</sup></li><li>• Ateliers sur le leadership<sup>158</sup></li><li>• Encourager les équipes en identifiant les buts et en mettant en place des ressources<sup>142</sup></li><li>• Établir un protocole sur les rôles et responsabilités<sup>172</sup></li></ul>

La plupart des études considérées pour le présent rapport se placent sous une de ces quatre catégories :<sup>58,128</sup>

- **Interventions normatives versus interventions individualisées** : ce sont des interventions normatives basées sur les approches existantes servant au développement du travail en équipe, par opposition aux approches individualisées et conçues pour répondre aux besoins spécifiques et soulignés par une équipe de professionnels de la santé afin d'améliorer leur travail d'équipe.
- **Fréquence de l'intervention** : interventions uniques versus interventions multiples de longue durée.
- **Stratégies de mise en place** : Formation théorique versus formation pratiques sur la manière d'améliorer le travail en équipe en milieu de travail.
- **Niveau de l'intervention** : Le niveau de l'intervention s'est révélé utile dans la classification des types d'intervention mis en place pour le travail en équipe exécuté sur les plans de l'organisation et de la pratique. À titre d'exemple on peut citer les changements de *structure* des équipes et des organisations, la considération du contexte, l'intervention au plan des processus d'équipe et l'évaluation et l'impact sur la productivité reliée à l'intervention.<sup>128</sup>

Les conclusions tirées de la revue systématique des publications soulignent également que les interventions en rapport avec le développement des structures axées sur les équipes (incluant des mécanismes pour améliorer la communication par l'entremise de protocoles de communication et de rondes interdisciplinaires), produisaient des résultats considérables à court terme, chez les patients et les professionnels de la santé.<sup>59,60</sup> Toutefois, ces études ont souvent étudié les équipes de santé localisées et n'avaient pas de base théorique.<sup>16,17</sup> (L'annexe C donne des exemples sélectionnés d'interventions liées au travail en équipe).

D'autres études d'intervention ont examiné l'impact de la taille des équipes de santé et des résultats pour le patient : Les résultats de ces études se sont avérés inconcluants étant donné que des équipes ont obtenu de meilleurs résultats pour le patient dans certaines études,<sup>56,61</sup> alors que d'autres portant sur de plus grandes équipes ont conclu à des résultats moins efficaces.<sup>42,44</sup>

### ***La pratique – les facteurs qui influencent le travail en équipe***

Les recherches suggèrent qu'au plan de la pratique, les facteurs suivants devraient être considérés lorsqu'on tend vers l'amélioration du travail en équipe :

- le processus de la collaboration<sup>31,32,33</sup> (ou les éléments essentiels de la collaboration);
- les compétences essentielles pour être en mesure de collaborer;
- l'articulation de la tâche à accomplir;
- les structures nécessaires pour encourager le travail en équipe (telles l'appartenance et la composition de l'équipe),<sup>133</sup> et
- les valeurs et normes présentes chez les personnes faisant partie de ces équipes.

### ***Le processus de la collaboration (éléments essentiels)***

Heinemann and Zeiss<sup>128</sup> ont identifié deux types de processus au sein des équipes :

- les processus qui développent l'interdépendance entre les membres de l'équipe; et
- les processus reliés à la croissance et au développement personnels de chacun des membres de l'équipe.

Les recherches montrent l'existence d'éléments interdépendants essentiels qui favorisent le processus de collaboration,<sup>74</sup> parmi lesquels la coopération et l'attitude face à la résolution de conflits qui sont primordiales à une collaboration efficace.<sup>31,39,73</sup> La communication,<sup>30,40,41,42,43</sup> la confiance,<sup>30,44,45,46,47,48</sup> la confiance en soi, la confiance envers les collègues,<sup>30,45,49,51</sup> l'autonomie, le respect mutuel,<sup>35,41,48,52,53</sup> et le sentiment d'une responsabilité partagée,<sup>54</sup> sont autant d'éléments essentiels à la collaboration.<sup>43,132</sup>

Ces éléments essentiels, tels que mis de l'avant par Jones et Way dans le domaine des services de santé de première ligne, ont été utilisés dans des études impliquant des médecins et infirmières praticiennes en Ontario et en Nouvelle-Écosse.<sup>38,43,51,130,132,131</sup> D'autres études sur le terrain ont démontré que les équipes qui fonctionnent bien ont pour dénominateur commun de bonnes pratiques de communication, peu de conflits et un taux élevé de collaboration, de coordination et de participation.<sup>73,74,75,76,77</sup>

Les études ci-dessus mentionnées et d'autres encore, ont identifié des facteurs communs chez les équipes de professionnels de la santé qui pratiquent de façon collaborative :

- un grand respect mutuel entre les membres de l'équipe,<sup>50,133</sup>
- des rôles clairement définis au sein de l'équipe,<sup>57,130</sup>

- des résolutions de conflits efficaces;<sup>130</sup>
- une plus grande promptitude à répondre aux besoins des patients;<sup>131</sup>
- le sentiment de responsabilité collective des membres; et
- la conviction des membres au fait que l'intégration du travail est une responsabilité à faire valoir.<sup>59</sup>

Des leçons apprises dans d'autres industries peuvent également s'avérer utiles dans l'apprentissage de l'efficacité en équipe. Notamment, l'industrie aéronautique<sup>143</sup> a effectué une formation portant sur le travail en équipe auprès du personnel affecté aux avions afin d'améliorer le fonctionnement du personnel; l'industrie est arrivée à la conclusion que le travail en équipe améliorerait la communication et la coordination du personnel aéronautique.<sup>137</sup> Les recherches ont par ailleurs démontré que les membres qui ont reçu cette formation étaient plus susceptibles de comprendre le concept du travail en équipe et la communication en général.<sup>138</sup> Devant le succès de la formation au travail en équipe dans l'industrie aéronautique, on est en train d'adapter le concept dans les milieux de la santé. Jusqu'à présent, des programmes ont été conçus pour des équipes oeuvrant en salle d'opération, en obstétrique, aux unités des soins intensifs et à l'urgence.<sup>65,139,140,141,142,167</sup>

D'autre part, des études effectuées dans des organisations industrielles et commerciales (à l'aide de modèles exhaustifs d'efficacité du travail en équipe), ont démontré qu'en améliorant les procédés des équipes, on peut améliorer considérablement la productivité et l'efficacité.<sup>27</sup> Dans les services de santé, des études portant sur l'amélioration de la sécurité du patient, démontrent que la formation au travail d'équipe et des aides à la prise de décision (telles les listes de contrôle et les protocoles de communication), améliorent les procédés de l'équipe et réduisent les événements indésirables.<sup>63,64,149</sup>

### ***Valeurs et normes des principes du travail en équipe***

Nombre de publications font état des principes qui encouragent un travail en équipe efficace dans les milieux de la santé.<sup>94,128,148</sup> Toutefois, et alors que ces études articulent clairement les avantages des approches collaboratives au sein des équipes, elles ne se concentrent pas toujours sur les détails pratiques.<sup>94</sup> En revanche, l'étude a souligné l'importance d'intégrer l'expertise de chacun des professionnels de la santé, ce, efficacement. Par le biais de cette intégration, le partage des connaissances et le développement de solutions potentielles aux problèmes complexes, peuvent être faits<sup>39,40,41,42</sup> de manière souple et en gardant une ouverture d'esprit.<sup>43</sup>

Les normes en rapport à la valeur du travail en équipe effectué par les membres influencent le fonctionnement de l'équipe. Par exemple, une étude a démontré que les normes sociales qui confèrent un certain statut aux membres (telles, le sexe, la race, l'âge) peuvent être autant d'obstacles à l'efficacité de l'équipe; car les membres ayant un statut plus élevé ont souvent plus d'influence (perception) sur les autres membres. De plus, ces derniers semblaient davantage satisfaits de leur milieu de travail que les autres.<sup>62</sup> Ces conclusions indiquent pourquoi il est important d'être au courant des perceptions des membres de l'équipe, de leurs valeurs, de leurs normes et de leurs principes en ce qui relève du travail en équipe; car cela peut être des facteurs qui influencent le processus de collaboration et finalement, les résultats.

### ***Compétences essentielles à la pratique collaborative***

Les recherches dénotent que les compétences spécifiques et les aptitudes nécessaires pour collaborer efficacement, peuvent être apprises. Elles comprennent :

- la connaissance du rôle du professionnel de la santé;
- la capacité de communiquer efficacement avec d'autres professionnels de la santé;<sup>133</sup>
- la capacité de refléter les rôles et attitudes des professionnels de la santé en ce qui a trait à la confiance mutuelle; et
- la volonté de collaborer.<sup>1,17,55</sup>

Nombre de ces compétences ont trait au concept d'élément essentiel mentionné ci-dessus.<sup>38,43</sup> Par exemple, une étude d'observation sur la communication en salle d'opération démontre que des problèmes de communication surviennent dans un tiers des échanges entre le personnel et que cette proportion pouvait potentiellement être un risque à la sécurité des patients.<sup>63</sup> L'étude « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient », une initiative de Santé Canada, souligne l'importance de développer ces compétences dans leur travail auprès d'institutions universitaires et auprès d'enseignants dans tout le pays.<sup>109</sup>

### ***Tâches de l'équipe***

La **complexité des questions relevant de la santé** définit la **tâche** du groupe de professionnels de la santé. Une tâche peut se définir comme une action, une décision ou un service de santé exécuté par un professionnel de la santé ou une équipe qui a rapport à la santé d'un patient. Plus l'interdépendance des professionnels est grande, plus grand devrait être le niveau de collaboration. Par conséquent, il y a un grand besoin de travail en équipe efficace parmi les professionnels de la santé au sein d'équipes clairement délimitées, tant en milieu hospitalier (tels les équipes de USI) que dans la collectivité.

Les professionnels de la santé ayant une compétence dans la collaboration savent quand la nécessité d'une approche en équipe s'impose pour traiter les questions de santé complexes; ils se savent également perçus comme membres par la personne qui reçoit les soins. Les publications révèlent également que les frontières de l'équipe sont souvent souples; avec dans la composition des membres essentiels et des membres qui se situent en périphérie.<sup>56</sup> En réalité, les professionnels de la santé font souvent partie de différentes équipes, dépendant des tâches exigées pour atteindre le même but qui est le bien-être de la santé globale de la personne.<sup>26A</sup>

D'un point de vue pratique, de nouveaux rôles déterminants pour les équipes ont été utilisés pour résoudre les problèmes relatifs aux soins prodigués aux patients. Par exemple, de nouvelles équipes médicales d'urgence ont été évaluées dans leurs tâches qui est de trouver de nouveaux moyens pour améliorer les résultats et la sécurité du patient et pour réduire les erreurs médicales.<sup>65</sup>

### ***La structure et la composition pour encourager le travail en équipe***

Pour être efficaces, les équipes ont besoin de structures claires qui soulignent :

- les objectifs de l'équipe;
- les rôles et responsabilités des membres de l'équipe;
- les mécanismes d'échange d'information; et
- les mécanismes de coordination pour les activités de l'équipe et pour sélectionner le personnel.<sup>133</sup>

Les études qui examinent la structure se concentrent souvent sur les équipes localisées de soins de santé qui utilisent des interventions qui n'ont pas de base théorique.<sup>16,17</sup> Les conclusions de ces études indiquent les interventions ayant trait au développement des structures axées sur l'équipe (tels les mécanismes d'amélioration de la communication par la création de protocoles de communication et de rondes interdisciplinaires), ces interventions produisent, à court terme, des résultats considérables pour les patients et les professionnels de la santé.<sup>59,60</sup>

La **composition** de l'équipe (incorporer de nouveaux rôles pour les professionnels de la santé), peut avoir un impact positif sur le patient. Par exemple, la sécurité du patient peut servir de mesure pour assurer un meilleur contrôle de la qualité et réduire les événements contraires. On a pu observer certaines de ces améliorations à travers les innovations effectuées dans la composition des équipes médicales d'urgence (comme, une intervention rapide des équipes).<sup>135,136</sup> D'autres études démontrent que la taille et la composition des équipes ont un impact variable sur l'efficacité de l'équipe en ce qui a trait à un meilleur résultat pour le patient.<sup>26B,56,75</sup>

## FACTEURS ORGANISATIONNELS QUI AFFECTENT LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

De plus en plus on se rend compte que les facteurs organisationnels influencent fortement le développement des pratiques collaboratives au sein des équipes médicales et l'efficacité des équipes.<sup>71,24,144,161</sup> Des études effectuées sur le terrain montrent que la culture et les structures organisationnelles influencent directement ou indirectement les résultats de l'équipe.<sup>268,42,43,44,56,60,72,146</sup> Les recherches montrent également que les équipes se développent lorsqu'elles évoluent dans un milieu qui encourage le travail en équipe; en fait leur existence est précaire si l'organisation tend plutôt vers la gestion de personnes aux dépens de la gestion de groupe.

Une intervention dans le contexte organisationnel peut rendre les organisations plus aptes à procurer un appui à l'équipe. Toutefois, il est important de savoir que la création d'organisations axées sur les équipes nécessite des changements majeurs pour atteindre ce but et créer une culture axée sur l'équipe,<sup>161</sup> étant donné que les organisations qui encouragent le travail en équipe maximisent le fonctionnement de cette dernière en travaillant aussi à son efficacité; alors que les équipes en soi se chargent de l'efficacité de chacun des membres du groupe.

Divers milieux de services de santé ont divers degrés de complexité organisationnelle au sujet de la gestion, des entités administratives, de la régie interne et du soutien des infrastructures. De surcroît, les milieux médicaux ont différents niveaux de ressources (financières, technologiques, humaines et éducatives) pour l'appui apporté au travail en équipe.

Les publications soulignent les stratégies servant à améliorer l'efficacité nécessaire pour considérer la nature de l'organisation dans laquelle l'équipe évolue et traite des trois composantes suivantes :

- stratégies et gestions pour encourager le travail en équipe;
- ressources, outils; et
- le milieu (soins de courte durée, soins de première ligne et soins de réadaptation).

### *Gestion et stratégies*

Les équipes ont besoin d'encouragement organisationnel pour fonctionner efficacement. Une philosophie organisationnelle claire et qui valorise le travail en équipe peut motiver les professionnels de la santé à pratiquer collaborativement par la création d'un environnement propice au travail en groupe<sup>17</sup> à l'aide:

- de structures de gestion;<sup>133</sup>
- de ressources;
- d'information;
- de formation;
- de commentaires reçus; et
- d'aide technique dans le processus du fonctionnement en équipe.<sup>24,161</sup>

Lorsqu'on examine à quel point les organisations procurent l'encouragement aux équipes dans les points précédents, on est à mieux d'identifier les influences qui agissent sur l'efficacité des équipes.<sup>79,80</sup> Une structure organisationnelle et des ressources à la disposition de l'équipe sont nécessaires pour améliorer le fonctionnement de l'équipe. On a constaté des résultats positifs, à la suite d'investissements dans le leadership d'équipe, par le biais de formations qui portent sur les aspects essentiels du leadership (tels l'établissement de buts communs) par opposition aux aspects psychosociaux, relationnels de leadership (tels la mise en place et la création d'un climat de sécurité et de participation). En outre, le leader a pour responsabilité de développer des procédés pour l'équipe (par exemple, des rôles clairement définis et l'encouragement à l'équipe).<sup>144</sup> Il doit de plus, reconnaître l'importance de bien définir les tâches pour faire en sorte que

les expertises soient bien réparties et diversifiées lorsqu'il crée une équipe.<sup>144,145</sup> À titre d'exemple, des membres d'une équipe des soins de première ligne en Angleterre ont estimé que leur efficacité était meilleure lorsqu'ils avaient un bon leadership et la participation de tous les membres.<sup>155</sup>

D'après les résultats découlant des études organisationnelles, les organisations qui ont des structures administratives complexes ou qui génèrent plus de revenus et qui emploient un plus grand nombre de personnel, celles là sont plus susceptibles d'employer des structures axées sur le travail en équipe.<sup>21</sup> L'étude montre également l'importance d'encourager les équipes au fil de leur développement mais encore de les soutenir fidèlement lorsqu'elles sont actives.

Il est vrai que la culture concernant les équipes au sein d'organisations et d'institutions peut influencer la fréquence des changements. Par exemple, des études menées dans l'industrie aéronautique démontrent que la normalisation des modèles de la cabine de pilotage (telle le design du cockpit, la gestion, la technologie, les normes et procédures réglementaires) était « si profondément enraciné institutionnellement que l'efficacité de l'équipe était virtuellement hermétique aux initiatives de leadership et de réglementation ».<sup>143</sup> Un tel exemple illustre bien la difficulté de parvenir au changement même avec la présence d'initiatives de leadership et de réglementation.

### ***Ressources et outils***

Les établissements se doivent de fournir les ressources et outils pour encourager la mise en place et le maintien du travail en équipe pour permettre à ces dernières d'atteindre leurs objectifs.<sup>161</sup> Tel que nous l'avons mentionné ci-dessus, les mêmes ressources qui encouragent le développement de protocoles structurés, de politiques et de normes de communication sont les mêmes qui encouragent le travail collaboratif.<sup>29,81,82,83,84</sup>

Les publications décrivent ces ressources en tant que « l'élaboration des règles et procédures de la collaboration utilisées par les professionnels de la santé ».<sup>45,85,86</sup> Des études menées dans des conditions contrôlées auprès du système Veterans Health Administration (VHA) aux États-Unis montrent que les processus de normalisation axés sur les équipes peuvent avoir des résultats positifs qui à leur tour affectent la composition de l'équipe, ses tâches et ses procédés. Le système du VHA donne une description détaillée des conditions nécessaires au bon fonctionnement des équipes (telles les ressources adéquates, les systèmes de soutien et l'utilisation de directives de soins normalisés).<sup>66,67,68,69,70,74</sup>

### ***Milieu***

Des comparaisons systématiques effectuées auprès des équipes médicales dans divers milieux doivent être entreprises et ne sont pas encore publiées.<sup>268</sup> Toutefois, les conclusions tirées suite aux entrevues fiables effectuées pour le présent rapport, révèlent que le contexte et le milieu dans lequel évolue une équipe, peuvent avoir des implications importantes pour la pratique de la collaboration. Ces études avancent que des distinctions existent entre le milieu (la communauté, les centres de réadaptation et les hôpitaux de soins tertiaires, en raison de différences dans la nature des « limitations » de chaque équipe.

Dans une équipe « limitée » (à savoir institutionnelle), les soignants travaillent souvent dans le même immeuble et fonctionnent selon des structures organisationnelles, où le travail d'équipe s'inscrit dans une hiérarchie de gestion et d'attribution des ressources. Les équipes limitées ont souvent une nette compréhension de l'adhésion à l'équipe et se perçoivent comme une entité sociale; elles sont également perçues comme telle.

Mais, dans une communauté ou dans un milieu de soins de première ligne, les équipes peuvent ne pas exister de manière spécifique, institutionnelle et limitée, comme elles le sont dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins de réadaptation. Les équipes communautaires peuvent être virtuelles et sont souvent plus souples pour répondre aux questions médicales et plus disponibles que les professionnels de la santé du secteur de soins de première ligne.

Les entrevues qualitatives soulignent aussi l'importance d'établir des relations avec d'autres professionnels de la santé provenant du milieu des soins communautaires et de première ligne avant de commencer à travailler collaborativement.<sup>31,162</sup> Ce défi auquel font face les équipes de soins de première ligne est particulièrement évident dans les zones urbaines, où les milieux de pratique n'encouragent pas le développement de relations interprofessionnelles entre les professionnels de la santé présents dans la communauté. (On trouvera d'autres informations sur les interviews qualitatives en annexe C).

Parmi les autres facteurs ayant un impact sur les équipes on relève, l'adhésion à l'équipe et la durée de l'existence de l'équipe. Mais l'établissement de comparaisons entre les milieux s'avère difficile parce que les équipes situées dans les hôpitaux, centres de réadaptation et centres communautaires montraient des comportements différents en ce qui a trait à leur durée et leur fonctionnement. Par exemple, les équipes de l'USI ont des cycles de travail courts et l'adhésion à l'équipe varie en fonction de la complexité du cas et des quarts de travail dans les hôpitaux. Les équipes qui travaillent en milieu hospitalier présentent d'autres caractéristiques, d'autres tâches et d'autres procédés que celles oeuvrant en centre de réadaptation ou de soins de longue durée. Les équipes travaillant dans ces derniers centres paraissent plus stables et les membres sont en contact pendant des périodes plus longues, au même endroit et avec le même genre ou groupe de patients.

En raison du fait que les études qui comparent les équipes médicales en milieux différents n'ont pas encore été effectuées, on ignore dans quelle mesure les structures et procédés des équipes d'une USI pourraient être comparées à celles des équipes travaillant dans les milieux qui offrent des soins de longue durée ou des soins de première ligne. On ignore également si les instruments ayant servi à l'évaluation des structures et des procédés d'un milieu pourraient être valables et fiables dans un milieu différent.

## **ABSENCE DE DONNÉES SUR LES RÉSULTATS DU TRAVAIL EN ÉQUIPE**

On pourrait améliorer la mise en place d'une approche axée sur l'équipe dans les soins de santé avec plus de recherche et d'analyses. Tel que nous l'avons mentionné ci-dessus, peu d'études ont fait la distinction entre :

- le milieu où les équipes travaillent;
- la tâche ou la nature du travail exécuté par les équipes; et
- le cadre organisationnel des équipes (tel le leadership, la rémunération).

Cette absence de données signifie qu'au moment actuel peu de conclusions peuvent être tirées sur le sujet de l'efficacité en soins médicaux ou sur l'impact du fonctionnement sur les résultats spécifiques dans les soins de santé en rapport au patient, au soignant, à l'organisation ou au système.

Le tableau ci-dessous souligne les moyens utilisés pour améliorer le travail en équipe et les variables utilisées pour évaluer les résultats des études examinées pour l'élaboration de ce projet.<sup>58</sup> Bien que le tableau n'ait pas la prétention d'être exhaustif, il fournit néanmoins un aperçu des différents variables qui ont été évalués

Tableau 2: Résultat des interventions effectuées en équipe

Instruments	Variabes des résultats
Questionnaire portant sur l'efficacité des équipes <sup>157</sup>	Utilisation des ressources, de l'expertise de l'équipe, objectifs d'efficacité
Établissement d'une grille et de dossiers financiers <sup>59</sup>	État fonctionnel, état de santé, durée de la réadaptation et suivi du patient lors de son congé
Interviews qualitatives semi-structurées <sup>158</sup>	Communication, confiance, expertise et résolution de problèmes au sein de l'équipe
Groupe d'observation et de concertation <sup>159</sup>	Fonctionnement de l'équipe
Rapport des membres <sup>160</sup>	Mettre en pratique les connaissances acquises en classe en milieu de travail (changement de comportement)
Analyse de l'administration et fiches de facturation <sup>60</sup>	Durée du séjour, analyse des coûts
Relevé des soignants <sup>161</sup>	Satisfaction des soignants en milieu de travail
Documentation écrite <sup>156</sup>	Efficacité des résolutions de problèmes

Alors que mesurer l'efficacité d'une équipe à partir du procédé collaboratif utilisé (tel le fonctionnement de l'équipe) constitue une façon d'évaluer l'efficacité, nombre d'autres études ont eu recours aux interventions visant à améliorer l'efficacité du travail d'équipe comme vecteur par lequel on peut atteindre un objectif précis (par exemple, meilleure qualité des soins aux patients, satisfaction du patient, satisfaction du soignant ou efficacité organisationnelle).<sup>173</sup>

En bref, les facteurs clés qui influencent le procédé collaboratif et encouragent les équipes à travailler efficacement se retrouvent au niveau de la pratique, de l'organisme et du système, dans le domaine de la santé. Les recherches soulignent également que les résultats des études interventionnelles sont souvent applicables à un seul aspect du système plutôt qu'à sa totalité en raison des facteurs complexes dont il faut tenir compte. Tandis qu'il existe beaucoup de travaux sur les procédés du travail en équipe, il y a un manque criant d'information sur la manière dont le travail en équipe influence les autres résultats. Il reste que le besoin de recherches qui portent sur le lien existant entre les questions relevant de la tâche de l'équipe, les procédés de la pratique et le contexte organisationnel aux résultats de l'équipe, se fait urgent, si on doit implanter le travail en équipe dans le système de santé.

## **LES FACTEURS DU SYSTÈME QUI INFLUENCENT LE TRAVAIL EN ÉQUIPE**

L'objectif de promouvoir le travail en équipe au Canada repose sur un désir collectif de produire de meilleurs résultats pour les Canadiens par le biais d'un système de santé bien intégré. Le travail en équipe est devenu le pilier autour duquel la réforme du système aura lieu. Toutefois, aller dans la direction du travail en équipe exige une compréhension claire de la complexité de ce type de travail et une claire articulation des facteurs qui servent à faciliter et qui constituent un obstacle au travail en équipe efficace.

## PROCÉDÉS DU CADRE DU PROGRAMME

Comme nous l'avons déjà dit, le travail en équipe est influencé par des facteurs se trouvant au niveau de la pratique et de l'organisation du système de santé. Cela implique des professionnels de la santé, des procédés axés sur l'équipe et un cadre relatif à l'organisation et au système.

Les obstacles relatifs aux politiques et au système qui gênent actuellement le passage à des soins axés sur le travail en équipe au sein du système de santé doivent tomber si on veut que le travail en équipe devienne réalité. Parmi ces obstacles on compte :

- l'incohérence des politiques et approches gouvernementales;
- les restrictions dans la planification des ressources humaines dans le domaine médical;
- des cadres réglementaires et législatifs qui créent un cloisonnement; et
- des modèles de financement et de rémunération qui découragent la collaboration.

L'impact de ces barrières est aggravé par une pénurie de personnel médical et par l'absence d'un financement adéquat et continu pour encourager les activités collaboratives. Par ailleurs, les décideurs doivent agir comme « leaders » pour faire tomber ces obstacles et pour développer les infrastructures requises pour encourager le travail en équipe au niveau de la pratique, de l'organisation et du système.

### *Législation, réglementation et champ de la pratique*

Les cadres législatifs et réglementaires actuellement en place au Canada sont incohérents dans leur articulation du concept du champ de la pratique chez les professionnels de la santé. Des obstacles qui empêchent les médecins de fonctionner dans leur pleine capacité signifient que les ressources de la santé ne sont pas entièrement exploitées.<sup>87,88</sup> De plus, outre les facteurs législatifs et réglementaires, la portée de la pratique professionnelle a évolué au fil du temps.<sup>89,90</sup> L'une des préoccupations principales est la spécialisation excessive actuelle, (comme c'est le cas chez les généralistes).<sup>89,91,92,93</sup>

L'auto réglementation professionnelle a contribué à la création d'autres barrières qui ont été renforcées par des conventions collectives négociées entre les gouvernements et les corporations professionnelles indépendantes.<sup>86</sup> Afin d'éliminer ces frontières, il faut tenir compte des compétences individuelles et d'équipe, et des aptitudes établies exigées pour habilitier les professionnels de la santé à travailler efficacement en équipe.

Au niveau du système, les réformes législatives et réglementaires doivent suivre les changements et les tendances ayant cours dans la pratique. Les décideurs doivent accorder au niveau organisationnel l'autonomie nécessaire pour éliminer les obstacles qui empêchent la systématisation des pratiques collaboratives. Cette autonomie pourrait, entre autres, se manifester par l'augmentation des budgets alloués, la décentralisation des services, une plus grande gestion des ressources humaines, des incitatifs ou le développement de compétences. En même temps, le système devrait faire en sorte que les meilleures pratiques soient signalées au niveau national (exemples de changements positifs et d'une augmentation du champ de la pratique).

Au niveau de la pratique on doit également changer les mentalités sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent travailler ensemble étant donné les préjugés qui prévalent dans les champs de pratique, sans compter la résistance au changement.<sup>5</sup> Les soignants ont besoin de régler les problèmes de « protection du territoire » et adopter des objectifs communs; puis éliminer les structures de pouvoir hiérarchiques traditionnels,<sup>86,94</sup> et renseigner les patients sur les façons dont chacun des membres de l'équipe contribuera à les soigner.

### ***Négligence professionnelle et responsabilité***

Parmi l'un des obstacles clés auxquels font face les équipes collaboratives, c'est la loi actuelle sur la négligence professionnelle qui rend chacun responsable de ses erreurs.<sup>87</sup> À l'heure actuelle, les causes et les allégations pour négligence sont évaluées par la cour suivant chaque cas et suivant chaque personne et où la responsabilité incombera à la personne responsable et non à l'équipe.

La tendance actuelle qui est de réduire le champ de pratique des médecins alors que l'on étend celui des autres soignants pourrait donner lieu à de nouvelles tensions sur les rôles et auraient des répercussions néfastes sur le travail en équipe. Les modérateurs, le gouvernement, les assureurs, le pouvoir judiciaire et les corporations professionnelles devraient se pencher sur ces contradictions afin d'encourager la pratique collaborative en rapport à la législation et à la loi sur la négligence.

Dans un milieu qui encourage le travail en équipe, la mentalité accusative actuelle serait transformée en législation et en réglementations afin de donner lieu à une culture qui se concentre sur la sécurité des patients et sur la gestion de risque.<sup>121</sup> Les publications soulignent le besoin d'un plus grand rôle de prise de décision collaborative et identifient un nombre d'éléments clés portant sur la responsabilité<sup>95,96</sup> sur lesquels on doit se pencher, à savoir :

- la nécessité de clarifier les rôles et de faire en sorte que les soignants au sein de l'équipe qui ne sont pas médecins soient responsables dans l'exercice de leur fonction;<sup>119</sup>
- une plus grande connaissance des risques inhérents à la responsabilité, dans le cas où tous les membres de l'équipe n'auraient pas une assurance adéquate;<sup>120</sup> et
- l'absence d'une documentation claire portant sur les normes de soins pouvant être « transférés ».<sup>121</sup>

### ***Leadership et financement***

Quoique le gouvernement fédéral et certaines provinces et territoires aient des initiatives de financement reliées aux soins interdisciplinaires,<sup>97,98,99,100,101</sup> il n'existe pas de niveau de responsabilité cohérente dans la juridiction. Plusieurs initiatives récentes ont donné des résultats positifs mais le soutien à long terme essentiel au succès fait défaut.

Par exemple, les mécanismes de rémunération affectent le comportement et les attitudes<sup>102</sup> et la volonté de travailler en de nouveaux modes.<sup>43</sup> Les systèmes traditionnels où les patients étaient facturés pour les services, et qui existent surtout pour les services d'un médecin, constituent des obstacles aux soins collaboratifs.<sup>103</sup> Il n'existe pas de mécanisme de financement incitatif à la collaboration et aux efforts de fonctionnement de l'équipe (tel les indicateurs d'efficacité pour tous les soignants).

Pourtant l'expérience internationale semble porter fruits lorsque l'on tente de nouveaux modèles de remboursement, incluant :

- l'expérience australienne qui encourage des équipes de santé intégrée,<sup>104</sup> et
- le système britannique qui rémunère tous les professionnels en versant le paiement à la pratique et non au médecin.<sup>174</sup>

### ***Les ressources humaines de la santé***

Une planification à long terme, systématique et complète, face aux pénuries dans les services de santé et aux défis que cela représente, exige des données améliorées et également de nouvelles méthodes de prévision qui assument et réfléchissent sur un certain modèle de travail en équipe.<sup>105,106,107</sup>

Le gouvernement, l'université, les autorités de réglementation et les groupes professionnels devraient mettre en œuvre des stratégies de planification des ressources humaines de la santé qui encouragent la pratique en collaboration, afin de remplacer les modèles existants, qui considèrent rarement la pratique en collaboration ou les « soins interprofessionnels ».<sup>108</sup>

### ***L'éducation et l'accréditation***

Si nous voulons renouveler et revitaliser notre système de services de santé, nous devons modifier la formation des professionnels des services de santé.<sup>109</sup> Nous devons pousser les universités et les collèges professionnels à transformer leurs programmes, pour y incorporer la philosophie de la collaboration interprofessionnelle dans les années précliniques et cliniques, y compris le processus d'application pratique.

Déjà, des organismes d'accréditation ont été poussés à inclure des normes de pratique interprofessionnelle comme exigence d'approbation des programmes.<sup>86,110</sup> Cette approche signifie que les fournisseurs établis qui enseignent doivent posséder les habiletés et désirer enseigner, modeler et guider les soins interprofessionnels. De même, les praticiens déjà sur le terrain auront besoin de programmes de formation professionnelle continue, afin d'apprendre la collaboration interprofessionnelle.

Sur le plan international, le Royaume-Uni élabore présentement un modèle à l'intérieur duquel les compétences qui ont été élaborées franchissent les frontières professionnelles et permettent la création de modèles éducationnels de soutien.<sup>111</sup>

## **LES LEÇONS APPRISSES : L'IMPLANTATION D'ÉQUIPES DE TRAVAIL EFFICACES**

Le Canada a franchi une étape importante en transformant la prestation de services de santé de première ligne de façon à assurer aux Canadiens l'accessibilité et la continuité des services. Bien qu'il y ait peu d'information quant au succès de l'implantation des pratiques collaboratives, ce qu'on sait à propos des équipes collaboratives et du travail en équipe concernant la prestation de services est basé sur une synthèse des résultats obtenus par les projets pilotes associés au Fonds pour l'adaptation des services de santé et les résultats anticipés des projets du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Jusqu'à présent, les initiatives canadiennes concernant l'implantation d'équipes de travail servent de modèle sur la façon d'aborder le travail en équipe dans le système de santé. On peut voir la façon d'aborder le travail en équipe dans les domaines suivants :

- L'intégration des équipes interprofessionnelles à des projets de démonstration qui explorent les nouveaux modèles de pratique dans les services de santé de première ligne;
- Les universités et les hôpitaux universitaires qui travaillent au niveau de l'organisation et de la pratique;
- Les collectivités autochtones;
- Les services de santé de première ligne éloignés desservant des collectivités spécifiques; et
- Les groupes souffrant de maladies particulières, tels que les aînés, les Autochtones et toute personne nécessitant des soins psychiatriques ou des soins aux personnes atteintes de diabète.

Le travail en collaboration explore plusieurs avenues, y compris la création de comités multidisciplinaires; les outils d'information en ligne; le dialogue lors de réunions; l'accréditation. Les conclusions obtenues par le truchement de certaines initiatives ciblées définissent les pratiques exemplaires suivantes pour faciliter le travail en équipe :

- L'amélioration des communications et des partenariats entre tous les intervenants en santé et les patients;<sup>124,125</sup>
- La clarté en ce qui a trait au rôle des intervenants en santé travaillant en équipe;
- Le processus d'intervention plus efficace en réponse aux déterminants de la santé;<sup>124</sup>
- La meilleure coordination des prestations de soins de santé;<sup>124</sup>
- Le niveau de satisfaction élevé en ce qui concerne les prestations de service;<sup>99,125</sup> et
- L'utilisation efficace des ressources en santé.<sup>126</sup>

Au niveau des systèmes, la Saskatchewan est la première province à introduire la mise en place et l'établissement d'un groupe dans le secteur des services de santé de première ligne, et ce, par le truchement d'un moniteur de formation dont le but est de créer une pratique collaborative et l'établissement d'un groupe.<sup>127</sup> (L'annexe F fournit des renseignements supplémentaires sur divers projets et initiatives canadiens qui facilitent le travail en équipe).

L'intégration des équipes interprofessionnelles aux nouveaux modèles de pratiques exige une étape de réflexion quant aux connaissances, compétences et attitudes requises pour un travail en équipe; les facteurs interactionnels et la gestion du changement. Une stratégie orientée vers la constitution d'équipes compétentes au niveau organisationnel (et sur le plan du milieu de travail) est cruciale<sup>132</sup> (l'approche de la Saskatchewan).

L'expérience acquise au niveau international peut également servir de guide pendant la période de transition vers l'établissement de pratiques collaboratives au Canada. Par exemple, des études aux États-Unis se concentrent sur l'utilisation d'équipes pour améliorer la prestation de soins aux patients souffrant de maladies chroniques, en appliquant les lignes directrices cliniques en ce qui a trait aux compétences de base, à la pratique dans les milieux de service de première ligne.<sup>112,113,114</sup> Au Royaume-Uni, les réformes adoptées par le National Health Services ont mené à l'adoption, par la plupart des groupes de soins de première ligne, de pratiques d'équipes interprofessionnelles.<sup>97</sup> En Australie, un certain nombre de centres de santé et d'autres types de fournisseurs de soins ont été établis en tant qu'équipes multidisciplinaires pour répondre aux besoins des régions rurales et de populations spécifiques.<sup>98</sup> Finalement, en Nouvelle-Zélande, le gouvernement a lancé la stratégie « Primary Health Care Strategy », centrée sur l'accès universel aux services de santé de première ligne semblable à celle adoptée par le National Health Services en Angleterre.<sup>115</sup>

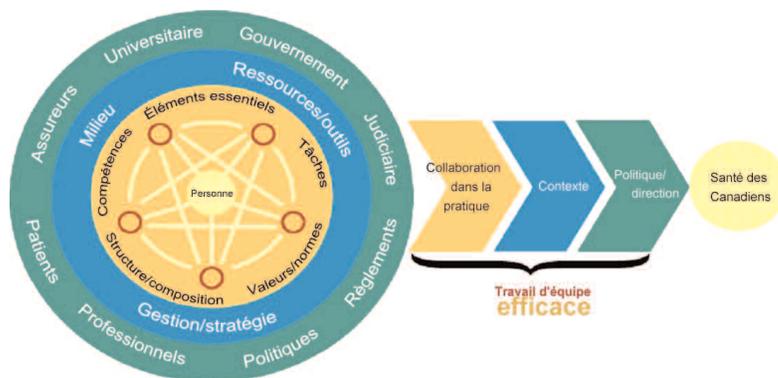
En résumé, la documentation internationale offre des renseignements importants qui peuvent aider les dirigeants canadiens à formuler des recommandations de politiques pour soutenir l'implantation d'équipes de travail.<sup>33,44,46,97,113,114,116,117,118</sup> Étant donné que la plupart des pays en sont au stade initial de l'implantation d'équipe de soins de santé, les occasions ne manquent pas de partager information, expérience et recherche.

## **ALLER DE L'AVANT VERS UN TRAVAIL EN ÉQUIPE EFFICACE – UNE VUE D'ENSEMBLE**

Concevoir un système de santé qui reconnaît la valeur du travail en équipe et qui appuie les soins axés sur le patient exige qu'on comprenne bien la nature complexe du travail en équipe, l'effet que peuvent avoir différents contextes organisationnels et l'impact de diverses politiques, lois et dispositions réglementaires. Mettre en place des équipes de travail efficaces au Canada exige des efforts concertés de la part des parties prenantes à travers tout le système de santé (tels que les fournisseurs de soins de santé, les dirigeants d'organisations, les décideurs), pour intégrer les divers éléments requis à tous les niveaux du système de santé.

Le schéma 2 fournit une représentation visuelle de l'influence qu'ont les uns sur les autres les divers facteurs qui conditionnent le travail en équipe. À partir du centre vers l'extérieur, les anneaux du grand cercle représentent respectivement la pratique, l'organisation et les divers niveaux du système de santé. À l'intérieur de chaque cercle, les divers éléments qui doivent être pris en considération sont identifiés. Le lecteur ne doit pas prendre à la lettre tout ce que contient le schéma, étant donné qu'il s'agit d'un simple outil visant à favoriser une meilleure compréhension des multiples éléments ayant une portée sur un travail en équipe efficace.

Schéma 2 : Une conceptualisation des facteurs requis pour un travail en équipe efficace visant à améliorer la santé des Canadiens



En résumé, un travail en équipe efficace dont le but est d'améliorer les soins de santé pour les Canadiens ne peut être réalisé qu'en s'assurant que tous les niveaux du système de santé fonctionnent en synchronisation. Au niveau de la pratique, les professionnels de la santé savent comment travailler en collaboration les uns avec les autres, mais pour travailler en équipe, ils doivent comprendre les rouages du travail collaboratif et également partager le même concept de ce qu'est une « équipe » et un « travail en équipe ». De plus, les structures relatives à l'organisation et à la gestion doivent être en place pour soutenir le travail en équipe, et des directives doivent fournir l'infrastructure et le cadre nécessaire pour permettre aux organisations de traiter le travail en équipe de façon prioritaire.

**Les pratiques collaboratives, le cadre organisationnel et les directives influencent l'efficacité des équipes. Un système de santé qui soutient un travail en équipe efficace peut optimiser l'état de santé des Canadiens.**

## LES PRIORITÉS ET LEUR IMPLICATION

Les priorités et implications suivantes reflètent les problèmes et concepts identifiés lors d'une synthèse des recherches entreprises pour ce projet. Ce sont les problèmes urgents auxquels notre système de santé fait face, problèmes qui doivent être abordés au moyen de directives, d'un leadership organisationnel et de priorités de recherche.

### LE GOUVERNEMENT ET LES DIRIGEANTS – LES DIRECTIVES

Soutiennent et s'engagent à :

- prendre le leadership, pour faire en sorte qu'on accorde la priorité au travail en équipe dans le renouvellement du système de santé;

- mettre en place une collecte exhaustive d'information, de façon à ce que la planification des ressources humaines en santé reflète les modèles interdisciplinaires de soins, les champs de pratique, les résultats cliniques, la sécurité des patients et les besoins de la population;
- revoir les cadres législatifs, les modèles réglementaires et les processus dans tous les territoires et provinces, de manière à maximiser le champ d'action des professions réglementées (en tenant compte des implications relatives aux limites du travail en équipe et de l'imputabilité);
- créer un financement optionnel, une rémunération et des modèles fondés sur des mesures d'encouragement pour les pratiques actuelles qui comprennent les soins basés sur un travail d'équipe;
- faciliter la communication, la collaboration et le travail en équipe à l'intérieur et à tous les niveaux du gouvernement, organismes et fournisseurs de soins de santé au niveau de la pratique;
- identifier les situations qui permettraient de se servir du travail collaboratif comme levier pour résoudre les besoins de santé prioritaires tels les listes d'attente, la sécurité des patients et les réformes dans les services de première ligne;
- appuyer la recherche en accordant un niveau de financement approprié, reconnaître la complexité des études requises pour réaliser des évaluations adéquates; et
- s'appuyer sur une recherche crédible, afin de définir les meilleures politiques à adopter pour soutenir un système de santé qui reconnaît la valeur du travail en équipe et des soins qui mettent l'accent sur la personne.

Préconiser et faciliter :

- l'adoption d'une définition commune pour les équipes de santé, le travail en équipe et l'efficacité du travail en groupe;
- la définition d'une échelle de résultats spécifiques pour tester l'efficacité du travail en groupe;
- l'identification de modèles actuels de pratique collaborative qui utilisent des stratégies et prennent des initiatives qui mènent à une plus grande efficacité du groupe de travail;
- la définition à l'échelle nationale de normes, accréditations, protocoles et compétences de base, dans le but d'obtenir des pratiques de collaboration qui soient applicables dans tous les milieux et à tous les professionnels des soins de santé comme partie intégrante des exigences d'homologation; et
- l'élaboration d'une politique qui définit les ressources appropriées et les outils requis pour faciliter le travail en équipe, y compris les réglementations, les compétences, les incitatifs qui peuvent influencer les ressources humaines en santé, faciliter le changement dans les pratiques de travail, créer des incitatifs afin d'améliorer le rendement et récompenser l'innovation, dans le but d'obtenir un travail en équipe efficace.

## LES DIRIGEANTS – LEADERSHIP ORGANISATIONNEL

Appuyer :

- la mise au point d'interventions, de ressources et d'outils, afin de promouvoir les pratiques exemplaires en ce qui a trait aux modèles de prestations de service qui facilitent les pratiques collaboratives;
- l'élaboration de nouveaux modèles de soins avec la participation de groupes de pression, afin de définir le rôle des patients, des familles et des soignants;
- la désignation de leaders pour favoriser la pratique collaborative dans tous les milieux de santé;
- la prise en compte de l'influence des incitatifs financiers et rémunération pour les équipes de travail; et
- le renforcement des protocoles de communication, afin d'améliorer les processus de groupe.

## ÉDUCATEURS

Travailler d'une façon innovatrice :

- en élaborant des programmes d'étude et des modèles de formation pour le travail en équipe et la pratique collaborative à tous les échelons de l'éducation professionnelle;
- en implantant des initiatives éducationnelles ayant trait aux nouveaux modèles de prestation de soins de santé interprofessionnelle et au travail d'équipe, et un plan qui permette de mesurer leur impact d'une façon rigoureuse; et
- en offrant des programmes de formation en matière de leadership, pour aider les leaders organisationnels à créer une culture qui encourage le travail en équipe et à développer la capacité des membres du groupe à travailler d'une manière collaborative.

## PRIORITÉS DE RECHERCHE

Effectuer des études pour :

- évaluer la relation de causalité entre les résultats obtenus et les facteurs qui influencent l'efficacité de l'équipe (tels que les tâches, les processus et le contexte) à tous les niveaux du système de santé;
- comparer la validité et la fiabilité des instruments d'étude dans tous les milieux de la santé et établir des preuves, en ce qui concerne le rôle des équipes collaboratives, en se servant d'essais contrôlés aléatoires;
- utiliser des modèles détaillés par rapport à l'efficacité d'une équipe, en tenant compte des facteurs multiples susceptibles de l'influencer ou d'influencer les processus et les résultats;
- mener des études à plusieurs niveaux (individuel, de l'équipe, du système de santé, de la société), en utilisant une large gamme de méthodes et d'outils théoriques;
- élaborer des modèles d'efficacité pour les équipes qui soient adaptés à des contextes spécifiques de prestations de soins et à des types de processus de travail;
- élaborer des modèles d'intervention basés sur des théories pouvant être adaptées à diverses situations;
- évaluer les interventions avec plus d'une mesure postinterventionnelle, de manière à déterminer l'efficacité d'une intervention à long terme, afin de s'assurer que les mesures utilisées par les études évaluatives couvrent plusieurs variables postinterventionnelles; et
- mener des études d'interventions qui tiennent compte de la participation des trois niveaux : organisation, équipe et personnes à l'intérieur de l'équipe.

Créer et promouvoir de nouvelles connaissances, de manière à :

- soutenir les mécanismes novateurs permettant de partager l'information sur les modèles qui réussissent;
- effectuer des analyses et des synthèses supplémentaires d'études courantes et de projets d'études à venir, en utilisant une terminologie, une classification, une structure, des indicateurs et des résultats communs;
- explorer les interventions novatrices en matière de formation d'équipes et de leur fonctionnement dans la pratique, du point de vue organisationnel et au niveau des systèmes, au moyen d'évaluations rigoureuses sur une période prolongée;
- explorer les facteurs organisationnels et structureux qui soutiennent le travail en équipe et explorer plus à fond les processus requis, afin de promouvoir un travail d'équipe efficace;

- explorer comment les membres des équipes de soins de santé se servent des guides de pratiques cliniques pour mesurer l'efficacité des équipes et déterminer les types d'outils/instruments de mesure requis pour améliorer le rendement; et
- explorer comment mesurer l'efficacité de l'équipe et les résultats obtenus, y compris les résultats cliniques, organisationnels, les résultats des fournisseurs et du système comme points de repère.

## CONCLUSION

---

Bien que le Canada soit prêt à adopter les soins de santé collaboratifs, les politiques actuelles et les questions prioritaires du système agissent comme des obstacles qui entravent la transition vers des soins de santé basés sur le travail en équipe.

On a besoin d'un leadership à tous les niveaux du système de santé pour mettre en place des équipes de travail qui contribueront à promouvoir la santé des Canadiens. Étant donné la complexité du système de santé, la création, la mise en place et le soutien d'équipes de soins collaboratifs exigent un engagement considérable à long terme.

Un certain nombre de projets auxquels participent divers fournisseurs de soins de santé ont été entrepris à travers tout le pays. Cependant, malgré ces efforts, la transition vers le travail en équipe progresse lentement. Les professionnels continuent à protéger leur « chasse gardée » ou limitent l'étendue de leur pratique, pour répondre à leurs propres besoins/intérêts plutôt qu'à ceux de la population. L'autorégulation des professionnels et les lois actuelles concernant la négligence professionnelle imposent de lourdes contraintes aux équipes de travail. Les modèles de financement et de rémunération actuels ne soutiennent pas les équipes, et le système d'éducation est lent à adopter les nouvelles conceptions en ce qui a trait à la formation professionnelle.

Alors que certaines politiques gouvernementales soutiennent l'élaboration de modèles collaboratifs et interprofessionnels, elles n'arrivent pas à transformer le système. Un travail en équipe efficace ne sera possible que lorsque tous les niveaux du système de santé travailleront de concert. D'autres secteurs (tels que les tribunaux, les organismes professionnels de réglementation, les établissements d'enseignement, les organismes d'accréditation, les patients/clients et fournisseurs) doivent être prêts à revoir les pratiques courantes et à entreprendre de nouvelles initiatives, de manière à améliorer l'environnement de travail et, en définitive, la santé de la population canadienne.

La présente synthèse pour politiques définit les conditions au niveau de la pratique, de la politique et de la recherche requise pour faire avancer le processus de changement vers un travail en équipe efficace. Ce changement fondamental dans le système de santé exigera un effort de collaboration de la part des équipes.

## RÉFÉRENCES

---

- <sup>1</sup> D'Amour, D., Oandasan, I. (mai 2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Supplement 1), 8-20.
- <sup>2</sup> Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L. et Law, S. (mai 2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation.
- <sup>3</sup> Canada. Health Canada. (2003). *First Ministers' accord on health care renewal*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>4</sup> Canada. Health Canada. (2004). *First Ministers' meeting on the future of health care: A 10-year plan to strengthen health care*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>5</sup> Commission of the Future of Health Care in Canada. (novembre 2002). *Building on values: The future of healthcare in Canada: Final report*. [Chair: R. J. Romanow]. Saskatoon, SK: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- <sup>6</sup> Canada. Parliament. Senate. Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. *The health of Canadians: The federal role: Final report on the state of the health care system of Canada*. [Chair: M. J. Kirby]. Ottawa, ON: Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- <sup>7</sup> Alberta. Premier's Advisory Council on Health. (2001). *A framework for reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. [Chair: D. Mazankowski]. Edmonton, AB: Premier's Advisory Council.
- <sup>8</sup> Saskatchewan. Commission on Medicare. (2001). *Caring for medicare: Sustaining a quality system*. [Chair: K. J. Fyke]. Regina, SK: Commission on Medicare.
- <sup>9</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Québec. (2000, décembre). *Emerging solutions: Report and recommendations of La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. [Chair: M. Clair]. Trois-Rivières, PQ: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- <sup>10</sup> New Brunswick. Premier's Health Quality Council. (2002, janvier). *Health renewal: A discussion paper*. Fredericton, NB: Premier's Health Quality Council.
- <sup>11</sup> British Columbia. Legislative Assembly. Select Standing Committee on Health. (2001). *Patients first: Renewal and reform of British Columbia's health care system*. Victoria, BC: Select Standing Committee on Health.
- <sup>12</sup> Hayward, R., Forbes, D., Lau, F. et Wilson, D. (2000). *Strengthening multidisciplinary health care teams: Final evaluation report*. Edmonton, AB: Alberta Health and Wellness.
- <sup>13</sup> Canadian Institute for Health Information. (2001). *Canada's health care providers*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.
- <sup>14</sup> British Columbia. Office of the Auditor General. (2004). *In sickness and in health: Healthy workplaces for British Columbia's health care workers*. Victoria, BC: Office of the Auditor General of British Columbia.
- <sup>15</sup> Borrill, C., West, M. A., Shapiro, D. et Rees, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care*, 6(8), 364-371.

- <sup>16</sup> Zwarenstein, M., Reeves, S. et Perrier, L. (2005, mai). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative intervention. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 148-165.
- <sup>17</sup> D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L. et Beaulieu, M. D. (2005, mai). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 116-131.
- <sup>18</sup> Health Council of Canada. (2005). *Health care renewal in Canada: Accelerating change*. Toronto, ON: Health Council of Canada.
- <sup>19</sup> Canada. Health Canada. (2003). *A request for proposal from Health Canada: Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: Discussion paper & research report (RFP Reference number # H1021-03-9032)*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>20</sup> Ovretveit J (1997) How to describe interprofessional working. In *Interprofessional Working for Health and Social Care* (eds J. Ovretveit, P Mathias et T. Thompson), p. 9-33. London: MacMillan.
- <sup>21</sup> Devine, D. J. (2002). A review and integration of classification systems relevant to teams in organizations. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 6(4), 291-310.
- <sup>22</sup> Guzzo, R. A. et Dickson, M. W. (1996). Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, 47, 307-338.
- <sup>23</sup> Hackman, J. R. (1987). The design of work teams. In J. W. Lorsch (ed.), *Handbook of organizational behavior* (p. 315-342). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- <sup>24</sup> Hackman, J. R. (1990). *Groups that work (and those that don't): Creating conditions for effective teamwork*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- <sup>25</sup> Sundstrom, E. K., De Meuse, P. et Futrell, D. (1990). Work teams: Applications and effectiveness. *American Psychologist*, 2, 12-33.
- <sup>26A</sup> Sundstrom, E., McIntye, M., Halfhill, T. et Richards, H. (2000). Work groups: From the Hawthorne studies to work teams of the 1990's and beyond. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 4(1), 44-67.
- <sup>26B</sup> Lemieux-Charles, L. et McGuire W. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review* (accepté pour publication).
- <sup>27</sup> Cohen, S. G. et Bailey, D. R. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(4), 238-290.
- <sup>28</sup> Meads, G., Ashcroft, J., Barr, H., Scott, R. et Wild, A. (2005). *The case for interprofessional collaboration : In health and social care*. Oxford, UK: Blackwell.
- <sup>29</sup> Henneman, E. A., Lee, J. L. et Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109.
- <sup>30</sup> Barr, H, Koppel, I., Reeves S, Hammick M. et Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education – Argument, Assumption and Evidence*. CAIPE London, United Kingdom: Blackwell Publishing.

- <sup>31</sup> Weiss, S. J. et Davis, H. P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research*, 34(5), 299-305.
- <sup>32</sup> Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 176-182.
- <sup>33</sup> Norsen, L., Oplen, J. et Quinn, J. (1995). Practice model collaborative practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 7(1), 43-52.
- <sup>34</sup> Ducanis, A. J. et Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team: A handbook*. Germantown, MD: Aspen Systems Corporation.
- <sup>35</sup> Ivey, S., Brown, K. S., Teste, Y. et Silverman, D. (1987). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 17, 189-195.
- <sup>36</sup> Klein, J. C. (1990). *Interdisciplinarity. History, theory and practice*. Detroit: Wayne State University Press.
- <sup>37</sup> Paul, S. et Peterson, C. Q. (2001). Interprofessional collaboration: Issues for practice and research. *Occupational Therapy in Health Care*, 15, 1-12.
- <sup>38</sup> Satin, D. G. (1994). A conceptual model for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: Clarifying muddy waters. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14(3), 3-24.
- <sup>39</sup> Ruble, T. L. et Thomas, K. (1976). Support for a two-dimensional model of conflict behaviour. *Organization Behaviour and Human Performance*, 16, 143-155.
- <sup>40</sup> Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Academic Medicine*, 67(5), 295-303.
- <sup>41</sup> Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285-288.
- <sup>42</sup> Siegler, E. et Whitney, F. W. (eds.). (1994). *Nurse – physician collaboration: Care of adults and the elderly*. New York, NY: Springer Publishing.
- <sup>43</sup> Way, D., Jones, L. et Baskerville, N. B. (2001, mars). *Improving the effectiveness of primary health care delivery through nurse practitioner / family physician structured collaborative practice: Final report*. Ottawa, ON: University of Ottawa.
- <sup>44</sup> Alpert, H. B., Goldman, L. D., Kilroy, C. M. et Pike, A. W. (1992). Seven Grymish: Toward an understanding of collaboration. *Nursing Clinics of North America*, 27(1), 47-59.
- <sup>45</sup> Sicotte, C., D'Amour, D. et Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science and Medicine*, 55, 991-1003.
- <sup>46</sup> Siegler, E. et Whitney, F. W. (1994). What is collaboration? In E. Siegler et FW Whitney (eds.) *Nurse – physician collaboration: Care of adults and the elderly* (p. 3-10) New York, NY: Springer Publishing.
- <sup>47</sup> Warren, M. L., Houston, S. et Luquire, R. (1998) Collaborative practice teams: From multidisciplinary to interdisciplinary. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 95-98.

- <sup>48</sup> Way, D., Jones, L. et Busing, N. (2000, février). *Implementation strategies: "Collaboration in primary care – family doctors & nurse practitioners delivering shared care"*. Toronto, ON: Ontario College of Family Physicians.
- <sup>49</sup> Prescott, P. et Bowen, S. A. (1985). Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine*, 103(1), 127-133.
- <sup>50</sup> Ontario Medical Association, et Registered Nurses Association of Ontario. (2003, mai). *The RN(EC)-GP relationship: A good beginning*. Toronto, ON: Goldfarb Intelligence Marketing.
- <sup>51</sup> Bailey, P. H., Jones, L. et Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 381-391.
- <sup>52</sup> Jones, L. et Way, D. (1997). Is there room for for NPs and FPs... in community health centres. In C. Patterson (ed.), *Visions and voices: The nurse practitioner today* (p. 112-128). Toronto, ON: Lugin.
- <sup>53</sup> Way, D. O. et Jones, L. M. (1994). The family physician – nurse practitioner dyad: Indications and guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 151(1), 29-34.
- <sup>54</sup> Mohrman, S. A., Cohen, S. G. et Mohrman, A. M. (1995). *Designing team-based organizations: New forms for knowledge work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- <sup>55</sup> Oandasan, I. et Reeves, S. (2005, mai). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 21-38.
- <sup>56</sup> Haward, R., Amir, Z., Borill, C., Dawson, J., Scully, J., West, M. et al. (2003). Breast cancer teams: The impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on effectiveness. *British Journal of Cancer*, 89,15-22.
- <sup>57</sup> Lorentz, A., Mauksch, L. et Gawinski, B. (1999). Models of collaboration. *Primary Care*, 26, 401-410.
- <sup>58</sup> D'Amour, D. et San Martin-Rodriguez, L. (2005). Interventions on Teamwork in Healthcare. "Working Paper" – unpublished report.
- <sup>59</sup> Beckerman, H., Roelofsen, E. E., Knol, D. L. et Lankhorst, G. J. (2004). The value of the Rehabilitation Activities Profile (RAP) as a quality sub-system in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 26, 387-400.
- <sup>60</sup> Curley, C., McEachern, J. E. et Speroff, T. (1998). A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. *Medical Care*, 36(8 Supplement), AS4-AS12.
- <sup>61</sup> Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. et Sibbald, B. (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: An observational study. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 273-279.
- <sup>62</sup> Lichtenstein, R., Alexander, J., McCarthy, J. et Wells, R. (2004). Participation and influence in interdisciplinary treatment teams: Effects on job satisfaction and intention to quit. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 322-335.
- <sup>63</sup> Lingard, L., Espin, S. et al. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 13(5), 330-4.
- <sup>64</sup> Pronovost, P., Berenholtz, S. et al. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of Critical Care*, 18(2), 71-5.

- <sup>65</sup> Flin, R. et Maran, N. (2004). Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Quality and Safety in Health Care* 13(1).
- <sup>66</sup> Chin, M. H., Cook, S., Drum, M. L., Jin, L., Guillen, M., Humikoski, C. A. et al. (2004). Improving diabetes care in Midwest community health centers with the health disparities collaborative. *Diabetes Care*, 27(1), 2-8.
- <sup>67</sup> Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B. et Abraham, K. (2004). A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department – the Deed II study. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 1417-1423.
- <sup>68</sup> Cohen, H. J., Feussner, J. R., Weinberger, M., Carnes, M., Hamdy, R. C., Hsieh, F. et al. (2002). A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *New England Journal of Medicine*, 346(12), 905-12.
- <sup>69</sup> Hughes, S. L., Cummings, J., Weaver, F., Manheim, L. M., Conrad, K. J. et Nash, K. (1990). A randomized trial of veterans administration home care for severely disabled veterans. *Medical Care*, 28(2), 135-45.
- <sup>70</sup> Hughes, S. L., Weaver, F. M., Giobbie-Hurder, A., Manheim, L., Henderson, W., Kubal, J. D. et al. (2000). Effectiveness of team-managed home-based primary care: A randomized multicenter trial. *Journal of the American Medical Association*, 284(22), 2877-2885.
- <sup>71</sup> Walsh, M. E., Brabeck, M. M. et Howard K. A. (1999). Interprofessional collaboration in children's services: Toward a theoretical framework. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 2, 183-208.
- <sup>72</sup> Pinto, M. B., Pinto, J. K. et Prescott, J. E. (1993). Antecedents and consequences of project team cross-functional cooperation. *Management Science*, 39(10), 1281-97.
- <sup>73</sup> Pinto, M.B. et Pinto J. K. (1990) Project team communication and cross-functional cooperation in new program development. *Journal of Productivity, Innovation and Management*, 7, 200-212.
- <sup>74</sup> Poulton, B. C. et West, M. A. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 7-18.
- <sup>75</sup> Shortell, S., Marsteller, J. A., Lin, M., Pearson, M. L., Wu, S. Y., Mendel, P. et al. (2004). The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*, 42(11), 1040-1048.
- <sup>76</sup> Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S. J. et Mukamel, D. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Medical Care*, 42(5), 472-480.
- <sup>77</sup> Vinokur-Kaplan, D. (1995). Treatment teams that work (and those that don't): An application of Hackman's group effectiveness model to interdisciplinary teams in psychiatric hospitals. *Journal of Applied Behavioural Science*, 31(3), 303-327.
- <sup>78</sup> Devine, D. J., Clayton, L. D., Philips, J. L., Dunford, B. B. et Melner, S. B. (1999). Teams in organizations: Prevalence, characteristics and effectiveness. *Small Group Research*, 30, 678-711.
- <sup>79</sup> Borrill, C., West, M. A., Dawson, J., Shapiro, D., Rees, A., Richards, A. et al. (2002). *Team working and effectiveness in health care: findings from the health care team: Effectiveness project*. Birmingham, UK: Aston Centre for Health Service Organization Research, University of Aston

- <sup>80</sup> D'Amour, D., Sicotte, C. et Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94.
- <sup>81</sup> Cabello, C. C. (2002). A collaborative approach to integrating outpatient and inpatient transplantation services. *Outcomes Management*, 6, 67-72.
- <sup>82</sup> Hanson, C. M., Spross, J. A. et Carr, D. B. (2000). Collaboration. In A. B. Hamric, J. A. Spross et Hanson, C. M. (eds.), *Advanced nursing practice: An integrative approach* (2<sup>e</sup> ed.). (p. 315-347). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- <sup>83</sup> Johnson, N. D. (1992). Collaboration: An environment for optimal outcome. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15, 37-43.
- <sup>84</sup> Koerner, B. L., Cohen, J. R. et Armstrong, D. M. (1986). Professional behaviour in collaborative practice. *Journal of Nursing Administration*, 16, 39-43.
- <sup>85</sup> D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse, Université de Montréal. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé T97-03. Montréal, PQ: GRIS, Université de Montréal.
- <sup>86</sup> Sile'n-Lipponen, M., Turunen, H. et Tossavainen, K. (2002). Collaboration in the operating room: The nurses' perspective. *Journal of Nursing Administration*, 32, 16-19.
- <sup>87</sup> Lahey, W. et Currie, R. (2005, mai). Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 197-223.
- <sup>88</sup> Watson, D., & Wong, S. (2005, février). *Canadian policy context: interdisciplinary collaboration in primary health care*. Ottawa, ON: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative.
- <sup>89</sup> Canadian Institute for Health Information. (2004, juin). *Health Care in Canada, 2004*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.
- <sup>90</sup> Canadian Institute for Health Information. (2003, mai). *Health Care in Canada, 2003*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.
- <sup>91</sup> College of Family Physicians of Canada. (2001). *National family physician workforce survey 2001*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada.
- <sup>92</sup> College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, & Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2004). *National physician survey*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada.
- <sup>93</sup> Chan, B. T. (2002). The declining comprehensiveness of primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 166(4), 429-434.
- <sup>94</sup> Deber, R. et Baumann, A. (2005, mars). *Barriers and facilitators to enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care*. Ottawa, ON: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative.
- <sup>95</sup> Lahey, W. et Curry, R. (2004). *Interdisciplinary education for patient-centred practice project. Commissioned paper: Regulatory and medico-legal barriers to interdisciplinary practice*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>96</sup> Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Care (EICP) Initiative. (2005, janvier). *Liability Task Group snapshot*. Ottawa, ON: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative.

- <sup>97</sup> Bosco, C. (2004, February). Health policy and IECPCP. In I. Oandasan, D'Amour, D., Zwarenstein, M. Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M. et al. *Interdisciplinary education for collaborative patient-centred practice: Research and findings report*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>98</sup> Canada. Health Canada. (1997). Supporting self-care: The contribution of nurses and physicians: An explanatory study. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>99</sup> Marriott, A. et Mable, J. (2002). *Sharing the learning: the Health Transition Fund synthesis series: Primary health care*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>100</sup> Canada Health Canada. (2000). *Primary health care transition fund*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>101</sup> Canada. Health Canada. (2004). *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>102</sup> Ellis, R. (1991). Reimbursement systems and the behaviour of mental health providers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 14(4), 347-362.
- <sup>103</sup> Hollander, M. J., Deber, R. et Jacobs, P. (1998). *A critical review of models of resource allocation and reimbursement in health care: A report prepared for the Ontario Ministry of Health*. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Networks (CPRN).
- <sup>104</sup> Hollander, M. J. et al. (2000, mai). *The identification and analysis of incentives and disincentives and cost-effectiveness of various funding approaches for continuing care: Final report*. Victoria, BC : Hollander Analytical Services.
- <sup>105</sup> Canadian Institute for Health Information. (2004, avril). *Health personnel trends in Canada, 1993-2002*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information
- <sup>106</sup> Buske L. et Newton S. (1997, avril-juin). An overview of Canadian physician work force databases. *Clinical performance and quality health care*, 5(2), 56-60.
- <sup>107</sup> Tomblin-Murphy, G. et O'Brien Pallas, L. (2005, février). *Guidance document for the development of data sets to support health human resources management in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Insitute for Health Information.
- <sup>108</sup> Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Care (EICP) Initiative. (2005, janvier). *Health Human Resources Task Group snapshot*. Ottawa, ON: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative.
- <sup>109</sup> Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarenstein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M. et al. (2004, février). *Interdisciplinary education for collaborative patient-centred practice: Research and findings report*. Ottawa: Health Canada.
- <sup>110</sup> Saxe-Braithwaite, N. (2004). *Interdisciplinary education for patient-centred collaborative practice project. Commissioned paper: Discussion document on accreditation options for interprofessional education*. Ottawa, ON: Health Canada.
- <sup>111</sup> University of Sheffield et Sheffield Hallam University, Combined Universities Interprofessional Learning Unit. (2004, février). *Interprofessional capability framework: A framework containing capabilities and learning levels leading to interprofessional capability: a working document*. Sheffield, UK: Combined Universities Interprofessional Learning Unit.
- <sup>112</sup> Institute of Medicine (2001). *Crossing the chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington DC: National Academy Press.

- <sup>113</sup> O'Neil, E. H. et Pew Health Professions Commission. (1998, décembre). *Recreating health care professional practice for a new century: The 4<sup>th</sup> report of the PEW Health Professions Commission*. San Francisco CA: PEW Health Professions Commission.
- <sup>114</sup> Phillips, R. L., Green, L. A., Fryer, G. E. et Dovey, S. M. (2001). Trumping professional roles: Collaboration of nurse practitioners and physicians for a better U.S. health care system. *American Family Physician*, 64(8),1325.
- <sup>115</sup> Mays, N. et Cumming, J. (2004). Experience abroad II: Implementing New Zealand's primary health care strategy. In R. Wilson, S. Shortt et J. Dorland (eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (p. 49-72). Montreal, PQ: McGill-Queen's University Press.
- <sup>116</sup> Arcangelo, V., Fitzgerald, M. et Carroll, D. (1996). Collaborative care between nurse practitioners and primary care physicians. *Models of Ambulatory Care*, 23(1), 103-113.
- <sup>117</sup> Grady, G. et Wojner, A. W. (1996). Collaborative practice teams: The infrastructure of outcomes management. *AACN Clinical Issues*, 7(1), 153-158.
- <sup>118</sup> Dontje, K. J., Sparks, B. T. et Given, B. A. (1996). Establishing a collaborative practice in a comprehensive breast clinic. *Clinical Nurse Specialist*, 10(2), 95-101.
- <sup>119</sup> Canadian Medical Protective Association. (2005). *Medical Liability Practices in Canada: Towards the Right Balance*.
- <sup>120</sup> Canadian Medical Protective Association; Canadian Nurses Protective Society. (2005) *Joint statement on liability protection for nurse practitioners and physicians in collaborative practice*.
- <sup>121</sup> Bosco C. (2005) *Health Human Resources in Collaborative Mental Health Care*. Report prepared for the Canadian Collaborative Mental Health Initiative, Mississauga, Ontario. Canada.
- <sup>122</sup> Doran, D. (2005). Teamwork – Nursing and the multidisciplinary team. In L. McGillis Hall (ed.), *Quality work environments: For nurse and patient safety* (p.39-62). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- <sup>123</sup> Health Council of Canada. (2005). *Modernizing the Management of Health Human Resources in Canada: Identifying Areas for Accelerated Change*. Report from a National Summit.
- <sup>124</sup> Nolte J. with contribution from Tremblay M. (2005). *Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada*. Ottawa: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative.
- <sup>125</sup> Kates, N. et Ackerman S. (eds). (2002) *Shared mental health care in Canada. A compendium of current projects*. Ottawa: Canadian Psychiatric Association; Mississauga, Ontario, Canada: College of Family Physicians of Canada Collaborative Working Group on Shared Mental Health.
- <sup>126</sup> Task Force Two: *A Physician Human Resource Strategy for Canada: Innovation Service Models in Canada Database* (2005).
- <sup>127</sup> Med-Emerg International Inc & Centre for Strategic Management. (2004). *Team development and implementation in Saskatchewan's primary health care sector*. Regina, Saskatchewan: Saskatchewan Health.
- <sup>128</sup> Heinemann, G. D. et Zeiss, A. M. (2002). Teams in health care settings. In G. D. Heinemann et A. M. Zeiss, (eds.), *Team performance in health care: Assessment and development* (p. 3-18). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.

- <sup>129</sup> Poulton B. Teamwork and team development in health care social care. In D. Watkins, J. Edwards et P.Gastrell. (2003). *Community Health Nursing*. – Frameworks for Practice, 2e ed. Edinburgh: Bailliere Tindall.
- <sup>130</sup> IBM Business Consulting Services. (2003). *Report on the integration of primary health care nurse practitioner into the province of Ontario*. Toronto ON.
- <sup>131</sup> Primary Health Care Nova Scotia Department of Health. (2004). *Strengthening primary care in Nova Scotia communities*.
- <sup>132</sup> Jones, L. et Way, D. (2005). Teams in Primary Health Care. Document non publié – document de travail.
- <sup>133</sup> San Martin-Rodriguez, L., Beauliey, M. D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. Supplement 1:132-147.
- <sup>134</sup> Sidani, S., Irvine, D. et DiCenso, A. (2000). Implementation of the primary care nurse practitioner role in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13, 13-19.
- <sup>135</sup> Baker, G.R. et Norton, R. G. et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 170(11): 1678-1686.
- <sup>136</sup> Parr, M. J., Hadfield, J. H. et al. (2001) The Medical Emergency Team: 12 month analysis of reasons for activation, immediate outcome and not-for-resuscitation orders. *Resuscitation* 50(1): 39-44.
- <sup>137</sup> Baker, G. R. (2005). Patient Safety and Teamwork. Manuscrit non publié – document de travail.
- <sup>138</sup> Fisher, J., Phillips, E. et al. (2000). Does crew resource management training work? *Air Medical Journal*, 19(4):137-9.
- <sup>139</sup> Miller, L. A. (2005). Patient safety and teamwork in perinatal care: resources for clinicians. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 19(1): 46-51.
- <sup>140</sup> Grogan, E. L., Stiles R. A. et al. (2004). The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health care professionals. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(6): 843-8.
- <sup>141</sup> Kosnik, L. K. (2002). The new paradigm of crew resource management: just what is needed to re-engage the stalled collaborative movement? [see comment] *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(5):235-41.
- <sup>142</sup> Morey, J. C., Simon R et al. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 37(6): 1553-81.
- <sup>143</sup> Hackman, J. R. (2003). Learning more by crossing levels: Evidence from airplanes, hospitals and orchestras. *Journal of Organizational Behavior*, 24, p. 905-922.
- <sup>144</sup> Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: Setting the stage for great performances*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- <sup>145</sup> West, M. A., Markiewicz, L. (2004). *Building Team-Based Working: A Practical Guide to Organizational Transformation*. Malden, USA : Blackwell Publishing Inc.
- <sup>146</sup> Lemieux-Charles, L., Murray, M., Baker, G. R., Barnsley, J., Tasa, K. et Salahadin Al. (2002). The effects of quality improvement practices on team effectiveness: A mediational model. *Journal of Organizational Behaviour*, 23:533-553.

- <sup>147</sup> Ovretweit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafon, D., McInnes, K., McLeod, Molfenter, T., Plsek P., Robert, G., Shortell, S. et Wilson, T. (2002) Quality collaboratives: Lessons from research. (Organizational Matters). *Quality and Safety in Health Care*, 11(4): 345-351.
- <sup>148</sup> Shortell, S. et Kaluzny, A. (2000). *Health Care Management: Organization, Design and Behaviour*. Albany, New York: Delmar Publishers.
- <sup>149</sup> Hoff, T., Jameson, L., Hannan, E. et Flink, E. (2004). A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors and patient safety. *Medical Care Research and Review*, 61(1): 3-37.
- <sup>150</sup> Opie, A. 1997. Effective teamwork in health care. A review of issues discussed in recent research literature. *Health Care Analysis*, 5(1): 62-73.
- <sup>151</sup> Schmitt M. H., Farrell, M. P. et Heinemann, G. D. (1988). Conceptual and methodological problems in studying the effects of interdisciplinary geriatric teams. *The Gerontologist*, 28 (6): 753-764.
- <sup>152</sup> Schofield, R. F., Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health and Social Work*, 3 (24):210-219.
- <sup>153</sup> Katzenbach, J. R. et Smith, D. K. (1993). The discipline of teams. *Harvard Business Review*, 71(2):1111-1121.
- <sup>154</sup> Nadzam, D. M. et Nelson, N. (1997). The benefits of continuous performance measurement. *Nursing Clinics of North America*, 32, 543-559.
- <sup>155</sup> Ross, F., Rink P et Furne, A. (2000). Integration or pragmatic coalition. An evaluation of nursing teams in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 14(3): 259-267.
- <sup>156</sup> Irvine-Doran, D., Baker, G. R., Murray, M., Bohnen, J., Zahn, C., Sidani, S. et al. (2002). Achieving clinical improvement: An interdisciplinary intervention. *Health Care Management Review*, 27(4), 42-56.
- <sup>157</sup> Bateman, B., Wilson, F. C. et Bingham, D. (2002). Team effectiveness – development of an audit questionnaire. *The Journal of Management Development*, 21(3/4), 215-226.
- <sup>158</sup> Black, T. G. et Westwood, M. J. (2004). Evaluating the development of a multidisciplinary leadership team in a cancer-center. *The Leadership & Organization Development Journal*, 25, 577-591.
- <sup>159</sup> Cashman, S. B., Reidy, P., Cody, K. et Lemy, C. A. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), 183-196.
- <sup>160</sup> Currie, G. (1994). Teambuilding training in a clinical environment. *Journal of Managerial Psychology*, 9(3), 8-12.
- <sup>161</sup> Mathieu, J. E., Marks, M. A. et Zaccaro, S. J. (2001). Multiteam systems. In N. Anderson, D. S Ones, H. K. Sinangil et C. Viswesvaran (eds.). *Handbook of industrial, work and organizational psychology*, 2, 289-313. London: Sage.
- <sup>162</sup> Barker, K., Kimpton, S. et Soklaridis, S. (2005). Teamwork in Healthcare: Findings from Key Informant Interviews. Manuscript non publié – document de travail.
- <sup>163</sup> Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.

- <sup>164</sup> Fried, B. J., Leatt, P., Deber, R. et Wilson, E. (1988). Multidisciplinary teams in health care: Lessons from oncology and renal teams. *Health Care Management Forum*, 4:28-34.
- <sup>165</sup> Schweikhart, S. B. et Smith-Daniels V. (1996). Reengineering the work of caregivers: Roles, redefinition, team structures and organizational redesign. *Hospital and Health Services Administration* 41(1): 19-36.
- <sup>166</sup> Malone, D. M. et McPherson, J. R. (2004). Community and hospital based intervention team members' attitudes and perceptions of teamwork. *International Journal of Disability, Development and Education*, 51(1), 99-116.
- <sup>167</sup> Wheelan, S. A., Burchill, C. N. et Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12(6):527-534.
- <sup>168</sup> Perlow L. A., Gittel, J. H. et Katz, N. (2004). Contextualizing patterns of work group interaction: Toward a nested theory of structuration. *Organizational Science*, 15(5): 520-536.
- <sup>169</sup> Shortell, S. (2004). Increasing value. A research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States. *Medical Care Research and Review*, 61 (3): 12S-30S.
- <sup>170</sup> Daniels, M. R. (1994). Outdoor adventure and organizational development: A ropes course intervention. *Public Administration Quarterly*, 18(2), 237-249.
- <sup>171</sup> Decchario-Marion, A. E., Jordon-Marsh, M., Traiger, G. et Saulo, M. (2001). Nurse/Physician Collaboration. Action Research and the Lessons Learned. *JONA* Vol 31. No.5, p. 223-232.
- <sup>172</sup> Gibbon, B., Watkins, C., Barer, D., Waters, K., Davies, S., Lightbody, L. et al. (2002). Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 105-11.
- <sup>173</sup> Wageman R, Hackman R. J. et Lehman E. Team Diagnostic Survey: Development of an Instrument. *Journal of Applied Behavioral Science*, déc. 2005; 41: 373-398.
- <sup>174</sup> Department of Health. United Kingdom. (2000, juillet). *The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform.*



