

Lignes Directrices Sur Les Pratiques Exemplaires

JUILLET 2014

Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels :

optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système



Avis de non-responsabilité

Les infirmières et les organismes qui les emploient ne sont pas tenus d'appliquer les présentes lignes directrices. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient/client, l'organisme et le système*. Toronto, Canada: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains
158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Internet : www.rnao.ca/bpg



Développement et maintiendes soins de santé interprofessionnels :

*optimisation des résultats pour le patient,
l'organisme et le système*

Un mot de Doris Grinspun

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) publie ces lignes directrices, *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient/client, l'organisme et le système*.

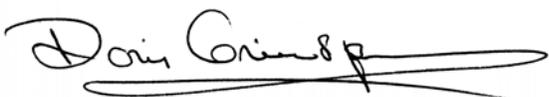
Ce document fait partie d'une série de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains élaborées par l'AIIAO pour la communauté des soins de santé. L'objectif de ces lignes directrices est de fournir les meilleurs renseignements possibles pour favoriser l'établissement de milieux de travail sains et porteurs de progrès. Ces lignes directrices, lorsqu'elles sont appliquées, appuient la qualité des services que les professionnels des soins de santé offrent dans leur travail quotidien. L'AIIAO est ravie d'avoir l'occasion de vous fournir cette importante ressource.

Nous remercions infiniment les nombreux organismes et les innombrables personnes qui permettent à l'AIIAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : le gouvernement de l'Ontario pour avoir reconnu la capacité de notre Association à prendre la tête du programme, ainsi que pour son généreux soutien financier; la D^{re} Irmajean Bajnok, directrice, programmes des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) de l'AIIAO, pour son savoir-faire et son leadership dans le processus de publication des présentes lignes directrices; mon coprésident, le D^r Joshua Tepper et le D^r Craig Jones, conseiller adjoint, pour les nombreuses heures de délibérations cruciales, les coprésidents du groupe de préparation, le D^r Stewart Kennedy et le D^r Rani Srivastava pour leur gestion exemplaire, leur dévouement et, surtout, leur expertise rigoureuse. Aussi, je remercie infiniment Althea Stewart-Pyne qui, à titre de gestionnaire de programme, a mis à contribution son sens du leadership et travaillé d'arrache-pied à la concrétisation de ces lignes directrices. Je remercie tout spécialement les membres du groupe de préparation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires; nous respectons et estimons votre expertise et votre bénévolat. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La communauté des infirmières et les autres partenaires professionnels de la santé, par leur engagement et leur passion pour l'excellence en soins cliniques et les milieux de travail sains, ont transmis leurs connaissances et donné de leur temps, ce qui est essentiel à la création, à l'évaluation et à la révision de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, qui deviennent Best Practice Spotlight Organizations®, en mettant en œuvre et en évaluant les lignes directrices et en travaillant pour instaurer une culture de la pratique fondée sur l'expérience clinique.

La mise en place de milieux de travail sains est une responsabilité à la fois individuelle et collective. La réussite de la mise en œuvre de ces lignes directrices exige un effort conjugué de la part des gouvernements, des administrateurs, du personnel clinique et d'autres partenaires, qui travaillent ensemble à l'édification d'une culture de pratique axée sur les données probantes. Nous vous demandons de transmettre ce document aux membres de votre équipe. Nous pouvons beaucoup apprendre les uns des autres.

Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les infirmières et tous les fournisseurs de soins de santé contribuent à la mise en place de milieux de travail sains. Cela est essentiel pour assurer des soins de qualité aux patients. Tentons de faire des dispensateurs de soins de santé et des gens qu'ils servent les véritables gagnants de cet effort d'envergure!



Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application	6	
Principes directeurs et hypothèses	6	
Sommaire des recommandations	7	
Genre de données probantes	11	
Membres du comité consultatif	12	
Membres du groupe de préparation	13	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO	14	
Reconnaissance des parties intéressées	15	
Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	16	
Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	18	
Contexte d'origine des lignes directrices	22	
Aperçu du modèle conceptuel du développement et du maintien des soins interprofessionnels	23	

Recommandations externes/relatives au système	28	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à l'établissement	36	
Recommandations individuelles et d'équipe	42	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	47	
Stratégies de mise en œuvre	48	
Évaluation et surveillance de la ligne directrice	49	
Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	52	

RÉFÉRENCES	Références	53
------------	------------------	----

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	63
	Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices	66
	Annexe C : Processus de revue systématique/stratégie de recherche	67
	Annexe D : Facilitateurs et obstacles aux soins interprofessionnels	71
	Annexe E : Exemple de charte d'équipe	83
	Annexe F : Outil d'autoévaluation du cadre des compétences en matière d'interprofessionnalisme	86
	Annexe G : Description de la Trousse	94
	Annexe H : Énoncés de la charte	95

MENTIONS	Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario (ATTSO)	96
	Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)	97

Comment utiliser ce document

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains^G sont fondées sur des données probantes et portent sur le développement et le maintien de soins de santé interprofessionnels^G. Elles renferment des renseignements tout à fait pertinents, mais ne sont pas conçues pour être lues et appliquées en un seul bloc. Nous vous recommandons plutôt de lire ce document et de réfléchir aux éléments présentés afin d'évaluer les recommandations qui s'appliquent à votre établissement et de les mettre en œuvre au moment qui vous convient. Nous suggérons l'approche suivante :

1. **Étudiez le cadre notionnel pour les milieux de travail sains :** *Le document Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels* est fondé sur un cadre notionnel pour les milieux de travail sains, qui a été créé pour aider les utilisateurs à comprendre les relations entre les principaux facteurs qui agissent sur le milieu de travail. La compréhension de ce cadre est essentielle à l'utilisation efficace du document. Nous vous suggérons de commencer par lire les lignes directrices et réfléchir au cadre notionnel.
2. **Cernez un domaine cible :** Une fois que vous aurez étudié le cadre, nous suggérons de cerner un domaine cible qui, à votre avis, requiert de l'attention pour créer un milieu de soutien pour les soins de santé interprofessionnels.
3. **Lisez les recommandations et les résumés des recherches dans votre domaine cible :** Chaque élément important du cadre propose un nombre de recommandations basées sur des données probantes. Les recommandations sont des énoncés décrivant ce que font les infirmières^G, les organisations et les systèmes ou la façon dont ils se comportent pour offrir aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé un milieu de travail exempt de violence et favorable au soutien. La documentation qui appuie ces recommandations est résumée brièvement. Nous croyons que vous trouverez utile de lire les résumés afin de comprendre le « pourquoi » des recommandations.
4. **Concentrez-vous sur les recommandations ou les comportements souhaités qui sont les plus applicables pour vous et votre situation actuelle :** Nos recommandations ne doivent pas être appliquées comme des règles. Elles doivent plutôt servir d'outils afin d'aider les personnes, les organisations et les systèmes à développer et à maintenir les soins de santé interprofessionnels. Dans certains cas, il faut tenir compte de très nombreux renseignements. Vous voudrez explorer les idées et déterminer les comportements qui doivent être analysés et peut-être renforcés selon votre situation.
5. **Commencez la planification :** Après avoir choisi un petit nombre de recommandations et de comportements sur lesquels vous attarder, envisagez des stratégies pour les mettre en œuvre. Établissez un plan à l'état de projet qui traite de ce que vous souhaitez vraiment faire pour aborder les problèmes sur lesquels vous vous concentrez. Si vous avez besoin d'information supplémentaire, vous souhaitez peut-être consulter la documentation citée dans les références.
6. **Discutez du plan avec les autres :** Prenez le temps de demander l'avis des personnes qui sont susceptibles d'être touchées par votre plan ou dont l'engagement sera essentiel au succès, ainsi que des conseillers qui vous donneront de la rétroaction honnête et utile sur vos idées. Cette phase est importante pour le développement et le maintien de soins de santé interprofessionnels.
7. **Révisez votre plan et commencez :** Il est important de continuer à recueillir de la rétroaction et à ajuster votre plan en conséquence au fur et à mesure que vous mettez en œuvre les recommandations des présentes lignes directrices. Le développement et le maintien des soins de santé interprofessionnels est la quête de toute une vie; profitez du voyage.

* **Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (G) sont définis dans le Glossaire (Annexe A).**

Objectif et champ d'application

Objectif :

Les présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires, *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient/client, l'organisme et le système* sont conçues pour favoriser des milieux de travail sains. L'objectif de l'élaboration de ces lignes directrices était de déterminer les attributs des soins interprofessionnels^G qui permettront d'optimiser les résultats de qualité pour les patients/clients^G, les fournisseurs, les équipes^G, l'organisation et le système.

Champ d'application :

Les présentes lignes directrices déterminent les pratiques exemplaires pour faciliter, améliorer et maintenir le travail d'équipe^G ainsi que la collaboration interprofessionnelle, et pour accroître les résultats positifs pour les patients/clients, les systèmes et les organisations. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes^G existantes; lorsque ces données étaient limitées, les recommandations ont été fondées sur un consensus basé sur des opinions d'experts^G.

Public cible :

Le public cible comprend les infirmières et les professionnels des soins de santé de toutes fonctions et de tous milieux de pratique, notamment les membres des équipes interprofessionnelles; les administrateurs qui ne font pas partie du personnel infirmier au sein de l'unité, de l'organisation et du système; les infirmières cliniciennes; les étudiants; les éducateurs; les chercheurs; les décideurs et les gouvernements; les organisations professionnelles, les employeurs, les syndicats; ainsi que les organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés des normes professionnelles.

Principes directeurs et hypothèses

1. Plus les équipes sont efficaces, meilleurs sont les résultats.
2. Les équipes de collaboration sont plus efficaces que les fournisseurs de soins de santé individuels.
3. Les patients/clients font partie intégrante des équipes interprofessionnelles.
4. L'expertise globale des membres de l'équipe est supérieure à la somme de ses parties et elle produit de meilleurs résultats.
5. Les services sont de nature holistique et sont coordonnés par les fournisseurs de tous secteurs.
6. La récompense de l'amélioration des résultats pour les patients/clients est la meilleure mesure incitative pour les équipes interprofessionnelles à rendement élevé.
7. L'équipe discute de l'enracinement du pouvoir et des écarts de statuts pour assurer son fonctionnement efficace.
8. L'écart de pouvoir entre les fournisseurs de soins de santé et les patients/clients doit être reconnu et traité dans des politiques.
9. Les cadres financiers et les mesures incitatives font évoluer les services de soins de santé interprofessionnels axés sur le travail d'équipe.

Consultez l'**Annexe A** pour le Glossaire. Consultez les **Annexes B et C** pour connaître le processus d'élaboration des lignes directrices et le processus pour l'examen systématique^G/la recherche de la documentation.

Sommaire des recommandations

Nous avons créé ces recommandations en tenant compte des principes clés du cadre notionnel des milieux de travail sains :

- Recommandations axées sur le système
- Recommandations relatives à l'établissement
- Recommandations individuelles et d'équipe

Recommandations axées sur le système

1.0 Partenariats dans l'ensemble du système

- 1.1 Les dirigeants des principaux organismes (gouvernements, établissements universitaires, organismes de réglementation, associations professionnelles et organismes axés sur la pratique) collaborent afin de faire des soins interprofessionnels une priorité stratégique collective.
- 1.2 Les organismes qui œuvrent dans le système de soins de santé harmonisent de façon stratégique les soins interprofessionnels avec leurs propres initiatives pour des milieux de travail sains.
- 1.3 Les partenariats sur les soins interprofessionnels au sein des organismes s'accordent sur une approche fondée sur des données probantes pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités conjointes.

2.0 Pouvoirs et hiérarchie dans les systèmes

- 2.1 Démontrer une volonté à reconnaître et à partager les pouvoirs dans les limites organisationnelles en :
 - a. Discutant du pouvoir : être ouvert aux conversations constructives et franches qui abordent les inégalités, les privilèges et les écarts de pouvoir;
 - b. Créant un environnement de collaboration interorganisationnel grâce à la reconnaissance et à la compréhension de votre pouvoir et de son influence sur les autres qui vous entourent;
 - c. Établissant des relations équilibrées grâce au partage du leadership, de la prise de décision, de l'autorité et de la responsabilité;
 - d. Prenant en compte les diverses voix lors de la prise de décision en collaboration;
 - e. Partageant les connaissances les uns avec les autres, et ce, sans dissimuler ni accumuler d'information;
 - f. Créant des espaces de collaboration sécuritaires où chacun est le bienvenu.

3.0 Établissements d'enseignement

- 3.1 Les établissements d'enseignement développent des connaissances et des compétences^G en lien avec les soins interprofessionnels dans le cadre de leurs programmes.
- 3.2 Les établissements d'enseignement préparent les étudiants à travailler dans des équipes interprofessionnelles grâce :
 - a. À l'instillation de valeurs, de connaissances et de la socialisation du rôle professionnel qui appuieront les soins interprofessionnels;
 - b. Au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des modèles d'enseignement qui promeuvent les valeurs et les connaissances interprofessionnelles;
 - c. À l'accroissement des possibilités éducatives et cliniques afin que les professionnels de la santé puissent étudier et apprendre ensemble.

4.0 Recommandations relatives à la recherche

- 4.1 Les chercheurs font équipe avec les décideurs pour mener des recherches portant sur l'incidence des équipes de soins interprofessionnels à la fois sur les résultats pour les patients/clients et sur les équipes de soins de santé^G.
- 4.2 Les organismes qui subventionnent la recherche en santé se concentrent sur les secteurs prioritaires de la recherche en soins interprofessionnels.
- 4.3 Les chercheurs utilisent des stratégies d'application des connaissances pour encourager les initiatives relatives aux conclusions de recherche par les bailleurs de fonds, le gouvernement, les associations professionnelles et les organismes de réglementation, ainsi que par les syndicats, les organismes de soins de santé, les établissements d'enseignement, les participants aux études et les autres intervenants.

5.0 Associations professionnelles, organismes de réglementation et syndicats

- 5.1 Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats peuvent appuyer les soins interprofessionnels en :
 - a. Les incluant dans les lois et politiques à l'intention de leurs membres;
 - b. Collaborant dans le but de développer des compétences et des normes conjointes pour les soins interprofessionnels;
 - c. Faisant équipe pour mettre sur pied des principes relatifs aux soins interprofessionnels pour les normes d'agrément en vue des programmes de formation;
 - d. Incluant les soins interprofessionnels dans les compétences pour accorder le permis d'exercer.

6.0 Organismes d'agrément^G

- 6.1 Les organismes d'agrément pour les organisations et les programmes de formation établissent des normes et des indicateurs de rendement pour les soins interprofessionnels.

7.0 Gouvernement

- 7.1 Les gouvernements peuvent appuyer la culture des soins interprofessionnels en :
 - a. Accordant la priorité aux soins interprofessionnels et en évaluant son incidence;
 - b. Fournissant aux organismes de soins de santé les ressources fiscales nécessaires pour développer, mettre en œuvre et évaluer les soins interprofessionnels.

Recommandations relatives à l'établissement

8.0 Pouvoir et hiérarchie dans les organismes

- 8.1 Les organismes doivent reconnaître les effets du pouvoir et de la hiérarchie en :
décelant les déséquilibres de pouvoir et en apportant les changements nécessaires pour égaliser le pouvoir et créer des milieux de travail interprofessionnels sains propices à l'entraide.
- 8.2 Les organismes doivent impliquer et former les dirigeants à tous les niveaux, notamment les professionnels de la santé prodiguant des soins, pour assurer le succès des soins interprofessionnels.
- Pour ce faire, ils doivent appliquer les stratégies suivantes :
- Élaborer des modèles de champions/rôles pour les soins interprofessionnels dans différentes professions et différents programmes;
 - Offrir des cours de leadership pour présenter les concepts et les compétences des soins interprofessionnels et de leur gestion.

9.0 Soutiens opérationnels

- 9.1 Les organismes font la promotion des soins interprofessionnels par le développement d'une culture qui incite à la collaboration et crée les soutiens opérationnels nécessaires pour assurer le succès en :
- Établissant un plan de ressources humaines permettant au personnel de consacrer du temps aux activités interprofessionnelles, par exemple le développement de l'équipe, une charte d'équipe (voir les **Annexes E et H**) et une communication efficace;
 - Concevant des bâtiments, des espaces, des programmes et des cheminements cliniques qui s'adaptent aux soins interprofessionnels et qui en favorisent l'application;
 - Prenant en compte les espaces partagés pour les patients/clients et les membres de l'équipe afin d'accroître les possibilités de communication et d'innovation.

10.0 Communication de qualité

- 10.1 Les organismes peuvent appuyer les soins interprofessionnels grâce à une communication renforcée par :
- l'établissement de processus de communication et d'outils efficaces pour favoriser la collaboration et la communication au sein des équipes et des professions, avec les patients/clients et dans les programmes et les organisations;
 - la normalisation de la documentation et l'incitation au partage d'information;
 - l'adoption de stratégies permettant d'aborder les problèmes de protection des champs d'exercice et de communication irrespectueuse;
 - la création d'une culture qui promeut la communication régulière formelle et informelle entre les membres de l'équipe lors des rondes d'équipe et des conférences sur les soins.

Recommandations individuelles et d'équipe

11.0 Appui à l'équipe interprofessionnelle et prestation de soins

11.1 Tous les professionnels de la santé, y compris les bénévoles et les étudiants, démontrent leur engagement envers les principes des soins interprofessionnels en :

- a. Exerçant et en collaborant avec les collègues, les patients/clients et les familles de manière à favoriser le respect, la confiance et la compréhension;
- b. Assimilant leurs rôles et leur expertise, en réfléchissant à leur pratique, en ayant confiance en leurs propres capacités et expertise, en connaissant les normes et les limites de leur pratique et en sachant quand se tourner vers les autres membres de l'équipe;
- c. Développant des compétences en matière de communication et de gestion des conflits.

12.0 Pouvoir et hiérarchie dans les équipes

12.1 Les membres de l'équipe démontrent leur volonté de partager les pouvoirs en :

- a. Créant un environnement de collaboration grâce à la reconnaissance et à la compréhension du pouvoir et de son influence sur toutes les personnes impliquées;
- b. Établissant des relations équilibrées grâce au partage du leadership, de la prise de décision, de l'autorité et de la responsabilité;
- c. Prenant en compte les diverses voix lors de la prise de décision;
- d. Partageant ouvertement les connaissances les uns avec les autres;
- e. Travaillant de concert avec les patients/clients et leurs familles pour planifier et dispenser les soins.

13.0 Formation interprofessionnelle

13.1 Les personnes développent des aptitudes et des compétences en matière de préceptorat, de mentorat et de contribution à la formation interprofessionnelle.



Genre de données probantes

CLASSEMENT DES DONNÉES PROBANTES	TYPE DE DONNÉES PROBANTES
A	Données probantes tirées d'études comparatives et de méta-analyses ^G
A1	Examen systématique
B	Données probantes tirées d'études corrélationnelles descriptives ^G
C	Données probantes tirées d'études qualitatives ^G
D	Données probantes tirées d'opinions d'experts
D1	Études d'intégration ^G
D2	Revue critiques ^G



Membres du comité consultatif

**Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hons),
O.ONT.**

Directrice générale de l'Association
des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Craig Jones, MD

Directeur
Vermont Blueprint for Health

Joshua Tepper, MD, FCFP, MPH, MBA

Vice-président, formation
Sunnybrook Health Sciences Centre



Membres du groupe de préparation

Rani Srivastava, inf. aut., Ph. D.

Coprésidente du groupe
Chef de la pratique des soins infirmiers
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Stewart Kennedy, MD, CCMF, M.G.S.S.

Coprésident du groupe, président sortant
Ontario Medical Association
Toronto (Ontario)

Salma Debs-Ivall, inf. aut., M.Sc.Inf

Directrice générale, TOH Models of Nursing &
Interprofessional Patients/clients Care, L'Hôpital
d'OttawaOttawa (Ontario)

Laurie Goodman, inf. aut., B.A., M.Sc.Inf.

Infirmière de pratique avancée/Infirmière enseignante
Toronto Regional Wound Healing Clinic
Clinique de dermatologie du Dr R. Gary Sibbald
Mississauga (Ontario)

Scott Graney, M.S.S., trav. soc. aut.

Chef de la pratique professionnelle, travail social
St. Joseph's Health Centre
Toronto (Ontario)

Rozanna Haynes, RN

Spécialiste de la pratique professionnelle
Association des infirmières et infirmiers autorisés
de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Bonny Jung, Ph. D., B.Sc. (ergothérapie)

Professeure adjointe et directrice du Program for
Interprofessional Practice, Education and Research (PIPER)
Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Kathleen Klaasen, inf. aut., M.Sc.Inf., CSIG(C)

Directrice générale
Saul and Claribel Simkin Centre
Winnipeg (Manitoba)

Danielle Lubbers, B.Sc.Inf.

Université de Windsor, Thames Nursing Society
Windsor (Ontario)

Patti McGillicuddy, M.S.S., trav. soc. aut.

Director, Professional Practice, Health Professions
University Health Network
Toronto, Ontario

Charmaine McPherson, RN, PhD

Associate Professor
School of Nursing
St. Francis Xavier University
Antigonish, Nova Scotia

Sheri Oliver, RPN

Manager, Education Initiatives
Registered Practical Nurses Association of Ontario
Toronto, Ontario

Hazel Sebastian, MA, MSW, RSW

Psychogeriatric Resource Consultant
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Gary Sibbald, MD, FRCPC, ABIM, DABD, Med

Professor Public Health, Medicine
Dalla Lana School of Public Health
University of Toronto
Toronto, Ontario

Judy Smith, RN, BScN, MEd(DE), ENC(C)

Geriatric Emergency Management Nurse (GEM)
Mackenzie Richmond Hill Hospital
Richmond Hill, Ontario

Eric Li, MA, BSc. Pharm.

Directeur général, pratique pharmaceutique
Ontario Pharmacists' Association
Toronto, (Ontario)

Des déclarations d'intérêt et de confidentialité ont été faites par tous les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices. Vous pouvez obtenir de plus amples détails de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Althea Stewart-Pyne, inf. aut., B.Sc.Inf, M.Sc.S.

Directrice de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Patti Hogg, BA (hon.)

Coordonnatrice de projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Marian Luctkar-Flude, inf. aut., M.Sc.Inf.

Assistante de recherche

Erica D'Souza, B.Sc., cert. géronto., dipl. promo. santé

Coordonnatrice de projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Alice Yang, B.A.A.

Coordonnatrice de projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Kim English, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Assistante de recherche



Reconnaissance des parties intéressées

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice en soins infirmiers et pour nous avoir communiqué leur précieuse rétroaction :

Marta Crawford, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Santé Manitoba, Manitoba

Ruby Grymonpre, Pharm. D., FCSHP
Professeure et coordonnatrice de la formation interprofessionnelle
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Maria Casas, inf. aut., CSIG(C)
Directrice des soins
St. Joseph's Villa
Sudbury (Ontario)

Val Johnston-Warren, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Infirmière clinicienne spécialisée
Grand River Hospital, Freeport site
Spécialiste en santé mentale
Kitchener (Ontario)

Dawn Burnett, physio., Ph.D.
Directeur
Conseil académique en santé – région de Champlain
Ottawa (Ontario)

Samantha Peck, B.A. (hon.)
Coordonnatrice de programme
Programme des conseils des familles, Le réseau ontarien de l'entraide
Toronto (Ontario)

Sheila Driscoll, inf. aut., BHA
Consultante en soins infirmiers
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Barrie (Ontario)

Julie Lapointe, Ph. D., Erg.(C), Erg. aut. (Ont.)
Analyste/monitrice de recherche
Association canadienne des ergothérapeutes
Ottawa (Ontario)

Jennifer Harrison, thé. resp. imm., B.Sc. (hon.), B.Ed. (adulte)
Conseiller de la pratique professionnelle
Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario
Toronto (Ontario)

John Dick
Soutien aux pairs
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby (Ontario)

Ivan Silver, MD Ed.
Vice-président, formation
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Kelly Stadelbauer, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.
Directrice exécutive
Association of Ontario, Midwives
Toronto (Ontario)

Jane Paterson, M.S.S., trav. soc. aut.
Directrice, pratique interprofessionnelle
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Lily Spnajevic, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CSIG(C), CRN
Infirmière de pratique avancée en gériatrie
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington (Ontario)

Ivy Oandasan, MD, CCMF, M.Sc.S., FCFP
Professeure agrégée et clinicienne-chercheuse
Département de la famille et de la médecine communautaire, Université de Toronto.
Codirectrice, enseignement en médecine familiale,
Collège des médecins de famille du Canada
Toronto (Ontario)

Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

Les infirmières sont indispensables pour obtenir l'accès aux soins de santé abordables et opportuns pour les Canadiens et pour en assurer la durabilité. Les milieux de travail qui maximisent la santé et le bien-être sont essentiels pour veiller à la qualité des soins infirmiers et à l'obtention des meilleurs résultats pour les patients/clients et les organisations : ces deux réalités sont les moteurs du projet de lignes directrices pour la pratique exemplaire dans les milieux de travail sains.

Que voulons-nous dire lorsque nous parlons d'un milieu de travail sain? C'est lorsqu'on reconnaît le professionnalisme des infirmières ainsi que leur capacité à travailler de façon autonome et à faire preuve de leadership. Les milieux de travail sains sont sécuritaires, diversifiés et incitent à la collaboration, et les charges de travail y sont raisonnables. Or, il n'est pas facile de créer un milieu de travail sain, et il existe de nombreux obstacles – des coûts de plus en plus élevés et des pressions pour l'augmentation de la productivité aux demandes grandissantes d'une population vieillissante – qui peuvent ébranler sa création.

L'idée de rédiger et de diffuser à grande échelle un guide sur la création de milieux de travail sains a d'abord été proposée dans *Ensuring the Care Will Be There: Report on Nursing Recruitment and Retention in Ontario* (AIIAO, 2000, soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD] en 2000 et approuvé par le Comité mixte provincial des soins infirmiers [CMSI]). Le projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains^G, qui a évolué à partir de cette idée, se fonde sur les besoins prioritaires déterminés par le CMSI et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CNAC, 2002).

Le travail a commencé en juillet 2003, lorsque l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), grâce au financement accordé par le MSSLD, a entamé un partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada pour élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires afin d'établir des milieux de travail sains pour les infirmières. Dès le début, nous nous sommes engagés à créer des lignes directrices à partir de données probantes dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les infirmières, leurs patients/clients, les organisations et le système dans son ensemble.

Nous avons trouvé une foule de données probantes sur la relation qui existe entre les infirmières, les milieux de travail, les résultats pour les patients/clients et le rendement de l'organisation et du système (Dugan et coll., 1996; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker et Giovannetti, 2005; Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cox et Guither, 2002). De nombreuses études ont montré des liens solides entre la dotation en infirmières et les mauvais résultats des patients/clients (American Nurses Association [ANA], 2000; Blegen et Vaughn, 1998; Cho, Ketefian, Barkauskas et Smith, 2003; Kovner et Gergen, 1998; Needleman et Buerhaus, 2003; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002; Person et coll., 2004; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi et Jawad, 2003; Sovie et Jawad, 2001; Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002; Yang, 2003). Il a été démontré que les milieux de travail sains apportent des avantages financiers aux organisations en réduisant l'absentéisme, la perte de productivité, les coûts organisationnels des soins de santé et les coûts découlant de résultats nuisibles aux patients/clients (Aldana, 2001).

D'autres rapports et articles ont documenté les difficultés que représentent le recrutement et le maintien d'un effectif sain d'infirmières (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers [FCSI], 2011; Bauman et coll., 2001). Certains auteurs indiquent que la pénurie actuelle de personnel infirmier est le résultat de milieux de travail malsains (Dunleavy, Shamian et Thomson, 2003; Grinspun, 2000; Grinspun, 2002; Shindul-Rothschild, Berry et Long-Middleton, 1996). Des stratégies visant à améliorer les milieux de travail des infirmières sont nécessaires pour réparer les dommages causés par une décennie de restructuration incessante et de réduction des effectifs. L'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières exige un changement transformationnel, avec des interventions qui ciblent des facteurs organisationnels et du milieu (Lowe, 2004). Nous avons élaboré ces lignes directrices pour permettre ce changement. Leur mise en œuvre changera les

choses pour les infirmières, leurs patients/clients, ainsi que les organisations et les collectivités dans lesquelles elles pratiquent. Nous pensons que le fait de mettre l'accent sur la mise en place de milieux de travail sains sera bénéfique non seulement aux infirmières, mais aussi aux autres membres de l'équipe de soins de santé. Nous croyons aussi que les lignes directrices pour la pratique exemplaire ne peuvent être mises en place avec succès qu'en présence d'une planification, de ressources et d'appuis organisationnels et administratifs adéquats, ainsi qu'avec la facilitation appropriée.

Un milieu de travail sain, c'est...

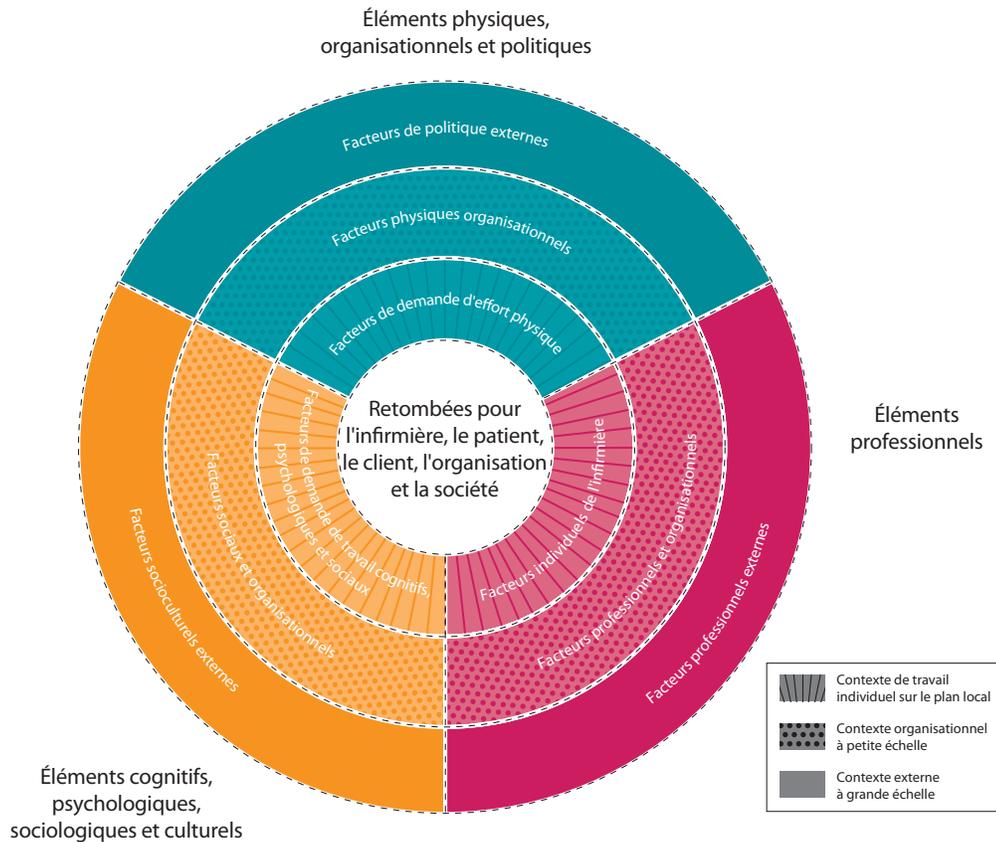
...un milieu de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez les patients/clients, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

LE PROJET S'EST TRADUIT PAR L'ÉLABORATION DE NEUF LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

- Les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers
- Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail
- Développement et maintien du leadership infirmier
- Embracing Cultural Diversity in Health Care: développer une compétence culturelle
- Le professionnalisme en soins infirmiers
- La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail
- La prévention et la gestion de la violence à l'égard des infirmières dans le milieu de travail
- La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé
- La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé

Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

Figure 1. Modèle conceptuel des milieux de travail sains des infirmières – Éléments, facteurs et résultatsⁱ⁻ⁱⁱⁱ



Un milieu de travail sain pour les infirmières est complexe et multidimensionnel, et se compose de nombreux éléments, ainsi que de rapports entre les éléments. Un modèle complet est nécessaire afin de guider la préparation, la mise en place et l'évaluation d'une approche systématique dans le but d'améliorer le milieu de travail des infirmières. Les milieux de travail sains pour les infirmières se définissent comme des lieux de travail qui maximisent la santé et le bien-être de l'infirmière, des résultats de qualité chez les patients/clients, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Le modèle conceptuel des lieux de travail sains des infirmières présente le milieu de travail sain comme un produit de l'interdépendance entre les déterminants du système individuel (local), organisationnel (petite échelle) et externe (grande échelle), comme illustré à la Figure 1 dans les trois cercles extérieurs. Au centre des cercles se trouvent les bénéficiaires des milieux de travail sains : les infirmières, les patients/clients, les organisations et les systèmes, et la société dans son ensemble, y compris des collectivités saines. Les lignes à l'intérieur du modèle sont pointillées afin d'indiquer les interactions synergiques entre tous les niveaux et les éléments du modèle.

Le modèle suppose que le rôle de la personne est modifié et influencé par les interactions entre la personne et son environnement. Par conséquent, les interventions visant à promouvoir les lieux de travail sains doivent cibler divers niveaux et éléments du système. De même, les interventions n'influencent pas que les facteurs à l'intérieur du système et les interactions parmi ces facteurs : ils influencent aussi le système en soi.

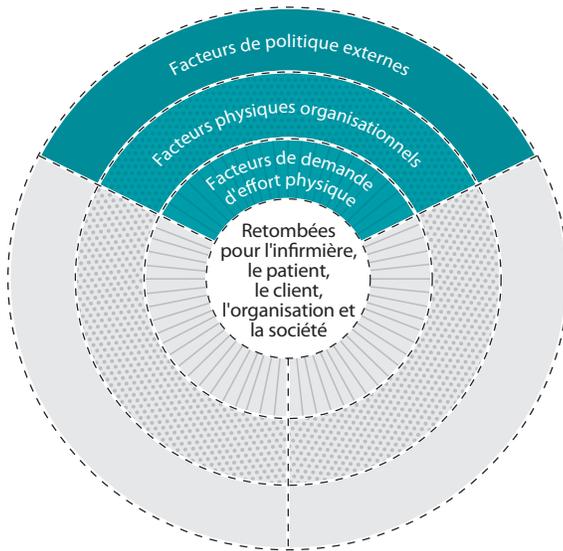
Voici les hypothèses sous-jacentes au modèle :

- des milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux patients/clients de qualité et sécuritaires;
- le modèle s'applique à tous les lieux de pratique et à tous les domaines de soins infirmiers;
- les facteurs sur le plan des systèmes individuel, organisationnel et externe sont les déterminants des lieux de travail sains pour les infirmières;
- les facteurs des trois niveaux influent sur la santé et le bien-être des infirmières, les résultats de qualité pour les patients/clients, le rendement de l'organisation et du système, les retombées sociales, soit individuellement ou au moyen d'interactions synergiques;
- à chaque niveau, il y a des éléments de politique physiques et structurels, des éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels, ainsi que des éléments professionnels;
- les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions ou à tous les postes.



Éléments physiques, organisationnels et politiques

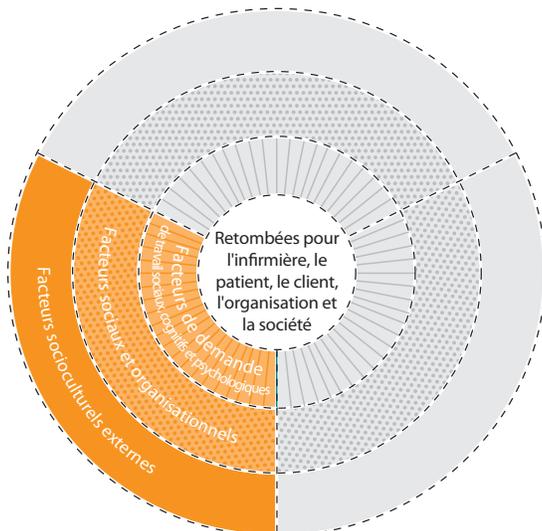
Éléments physiques, organisationnels et politiques



- Sur le plan individuel, les facteurs de demande d'effort physique sont les exigences du travail qui nécessitent des capacités physiques et un effort de la part de la personne. Parmi ces facteurs, on trouve la charge de travail, les horaires et les quarts qui changent constamment, le soulèvement de charges lourdes, l'exposition aux substances dangereuses et infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs physiques organisationnels comprennent les caractéristiques de l'environnement physique de l'organisation, ainsi que les processus et les modes de fonctionnement organisationnels créés pour répondre aux exigences physiques de l'emploi. Parmi ces facteurs, on trouve les pratiques de dotation, les horaires flexibles et l'établissement d'horaires par les infirmières, l'accès à un matériel de levage en bon état, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et la sécurité personnelle.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs de politique comprennent les modèles de prestation de soins de santé, le financement et les cadres législatif, commercial, économique et politique (p. ex., politiques migratoires, réforme du système de santé) externes à l'organisation.

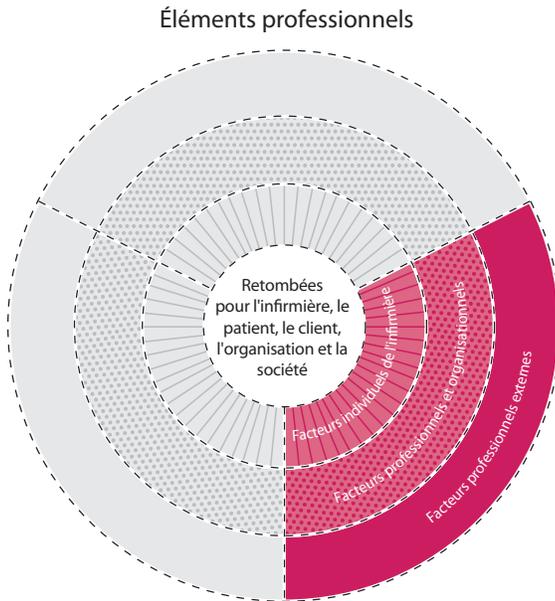
Éléments cognitifs, psychologiques et socioculturels

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels



- Sur le plan individuel, les facteurs de demande de travail cognitifs et psychosociaux comprennent les exigences du travail qui nécessitent des capacités et des efforts cognitifs, psychologiques et sociaux (p. ex., connaissances cliniques, habiletés d'adaptation efficaces, aptitudes à communiquer) de la part de la personne. Parmi ces facteurs, on trouve la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations d'équipe, les difficultés affectives, la précision du rôle et la tension liée au rôle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs sociaux organisationnels sont liés au climat organisationnel, à la culture et aux valeurs. Parmi ces facteurs, on trouve la stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail, la gestion des relations et une culture d'apprentissage continu et de soutien.
- Sur le plan du système, les facteurs socioculturels externes comprennent les tendances en matière de consommation, les préférences en constante évolution en ce qui concerne les soins, les rôles changeants de la famille, la diversité de la population et celle des fournisseurs, ainsi que les réalités démographiques en constante évolution – tous ont une incidence sur le fonctionnement des organismes et des personnes.

Éléments professionnels



- Sur le plan individuel, les facteurs individuels de l'infirmière comprennent les qualités personnelles et les compétences acquises de même que le savoir qui déterminent la façon dont elle réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail. Parmi ces facteurs, on trouve l'engagement envers les soins aux patients/clients, l'organisation et la profession, les valeurs personnelles et l'éthique, la pratique réflexive, la résilience, l'adaptabilité et la confiance en soi, et l'équilibre entre le travail et la vie de famille.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs professionnels et organisationnels sont caractéristiques de la nature et du rôle du poste. Parmi ces facteurs, on trouve le champ d'activité de la pratique, le degré d'autonomie et la maîtrise de la pratique, ainsi que les relations intradisciplinaires.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs professionnels externes comprennent les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés.

- i Adaptation de DeJoy, D.M. et Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): décembre, 1221-1230; modifié par Lashinger, MacDonald et Shamian (2001); modifié à nouveau par Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok et Shamian (2003)
- ii Baumann, A., L. O'Brien-Pallas, M. Armstrong-Stassen, J. Blythe, R. Bourbonnais, S. Cameron, D. Irvine Doran et coll. (juin 2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients/clients, and the system. Ottawa (Canada) Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Challenge Foundation.
- iii O'Brien-Pallas, L. et A. Baumann (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.
- v Green, L.W., L. Richard et L. Potvin (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): mars-avril, 270-281.
- iv Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100(2), 21-23.
- vii Grinspun, D. (2010). The Social Construction of Nursing Caring. (thèse de doctorat, Université York).

Contexte d'origine des lignes directrices sur le développement et le maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système

Un milieu de travail est considéré comme sain pour les infirmières lorsqu'il maximise leur santé et leur bien-être, ainsi que la qualité des résultats pour les patients/clients et le rendement de l'organisation. L'efficacité du travail d'équipe interprofessionnel fait partie intégrante d'un milieu de travail sain.

Le gouvernement du Canada, en cherchant à améliorer les soins de santé, a rassemblé un groupe de travail composé des premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux en 2012. Ce groupe avait pour mission d'intégrer les pratiques exemplaires de trois secteurs prioritaires : les lignes directrices de la pratique clinique, les modèles de prestation de soins de santé axés sur l'équipe et les initiatives de gestion des ressources humaines du domaine de la santé. Leur rapport, *De l'innovation à l'action* (Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé des premiers ministres, 2013) a souligné l'importance de la prestation de soins axée sur l'équipe à l'aide des compétences développées par la collaboration entre les professionnels de la santé.

Les soins interprofessionnels – qui englobent tous les services de santé fournis par les nombreux soignants^G qui travaillent en collaboration – sont importants dans tous les milieux de soins de santé afin d'accroître les résultats sur la santé et l'expérience des patients/clients, de réduire les coûts et d'améliorer le milieu de travail de tous les fournisseurs (Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé des premiers ministres, 2013).

Malgré la vaste gamme de professionnels impliqués, les soins interprofessionnels ne se limitent pas aux hôpitaux. Les soins peuvent être dispensés dans différents milieux, parfois, grâce aux avancées technologiques, par des membres de l'équipe à différents endroits, qui peuvent se retrouver dans la même ville ou à des centaines de kilomètres les uns des autres. Les équipes interprofessionnelles travaillent avec les patients/clients au fur et à mesure qu'ils passent d'un secteur de la santé à un autre, que ce soit pour passer des soins de longue durée aux soins actifs, dans la collectivité ou à la maison. Voilà pourquoi une communication efficace constitue une compétence essentielle pour les équipes interprofessionnelles. Les réseaux de soutien des patients/clients et de leurs familles font également partie intégrante des soins interprofessionnels. L'objectif de ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires est de vous aider à développer votre rôle au sein de votre équipe interprofessionnelle.

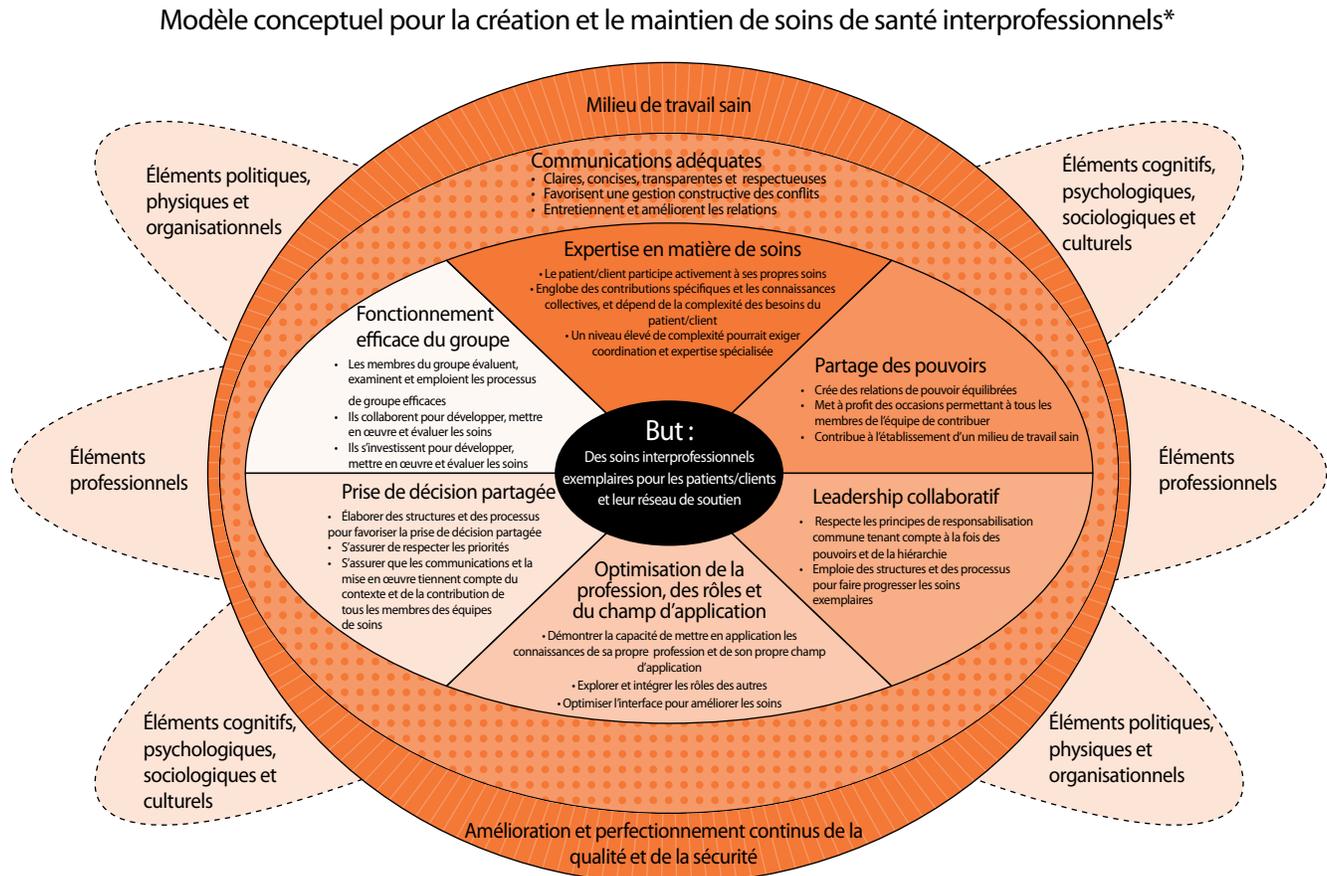
Les soins interprofessionnels sont une réponse à une grande variété de changements, notamment en raison des patients/clients ayant des besoins de plus en plus complexes, des ressources limitées, des changements démographiques et de la modification des lois, des priorités et des mandats. Un grand nombre de professions réglementées, y compris les infirmières praticiennes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les diététiciens et les auxiliaires médicaux, ont apporté des changements aux cadres de pratique et à la diversification de leurs compétences afin d'encourager la pratique et les soins interprofessionnels collaboratifs.

Les soins interprofessionnels sont une prestation de services de santé complets assurée au patient par de multiples professionnels qui travaillent en collaboration afin d'offrir des soins de qualité dans un établissement et entre plusieurs établissements.

(De l'innovation à l'action : Premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, Le Conseil de la fédération, 2012, p.14)

Les présentes lignes directrices s'harmonisent avec la priorité des premiers ministres de dispenser des soins en équipe, ce qui encourage les professionnels de la santé à mettre à contribution leur plein potentiel afin de mieux répondre aux besoins des patients et de la population de manière sûre, compétente et à meilleur coût (De l'innovation à l'action, 2012)

Figure 2. Modèle conceptuel pour la création et le maintien de soins de santé interprofessionnels



* Adaptation du National Competency Framework (2010) (Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme) et du modèle pour l'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières de l'AIIAO.

Aperçu du modèle conceptuel du développement et du maintien des soins interprofessionnels

La Figure 2 représente un modèle conçu par le groupe d'experts de l'AIIAO et fondé sur le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS), (2010)) et sur le modèle pour l'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Dans ce modèle, les soins interprofessionnels exemplaires dans un milieu de travail sain sont le résultat de la synergie existant au sein des équipes de soins de santé, qui font la preuve de leur expertise dans les six domaines clés suivants :

- Expertise en matière de soins;
- Partage des pouvoirs;
- Leadership collaboratif;
- Optimisation de la profession, des rôles et du champ d'application;
- Prise de décision partagée;
- Fonctionnement efficace du groupe.

Ces six domaines sont entourés d'un cercle externe d'avantages escomptés pour l'équipe des soins de santé et l'organisme :

un milieu de travail sain bénéficiant d'une qualité améliorée et d'une meilleure sécurité. Les domaines sont appuyés par une communication de qualité ainsi que par les trois éléments fondamentaux du modèle pour des milieux de travail sains :

- a. Politiques, physiques et organisationnels;
- b. Professionnels;
- c. Cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels.

Les six domaines sont essentiels pour transformer les environnements de travail en milieux interprofessionnels collaboratifs, alors que les éléments de base soutiennent et influencent chaque domaine afin d'atteindre l'objectif des soins interprofessionnels exemplaires pour les patients/clients et leurs réseaux de soutien.

Une fois que les soins interprofessionnels ont été mis en œuvre et maintenus avec succès, une amélioration continue de la qualité et de la sécurité survient sur trois plans : pour les patients/clients, pour les fournisseurs interprofessionnels et pour l'organisme et le système.

Expertise en matière de soins

Les soins interprofessionnels nécessitent la collaboration entre les professionnels des soins de santé et les patients, leurs familles et cercles de soins afin de découvrir l'expertise de chacun et d'en tirer parti. Des types d'expertise particuliers peuvent être recherchés selon les besoins du patient/client. L'utilisation efficace des différents types d'expertise peut être prise en compte dans les mesures de la qualité, notamment les résultats à long terme, la qualité de vie et le contrôle des coûts.

Les besoins du patient/client sont déterminés lors d'une évaluation interprofessionnelle collaborative afin de pouvoir découvrir le type d'expertise nécessaire. Cette évaluation, ainsi que les objectifs et les stratégies du traitement suggérés suite à cette évaluation, est adaptée pour chaque patient/client et suivie d'un effort collaboratif et coordonné pour trouver l'expert qui lui convient le mieux.

Sur le plan de l'organisation et du système, les politiques, les pratiques et les structures en place permettent à tous les intervenants en matière de santé d'optimiser leur champ d'exercice dans leur propre intérêt et dans celui de leur patient/client. Pour fournir une expertise optimale, on recommande à un professionnel novice de recourir aux connaissances et au soutien d'un expert de la même profession (ce qui illustre bien le besoin en expertise par rapport au besoin en compétences⁶).

Le degré d'expertise en soins nécessaire est défini par la complexité des besoins du patient/client. La disponibilité de l'expertise varie selon l'emplacement géographique et le cadre régional.

Partage des pouvoirs

Le partage des pouvoirs survient lorsque chaque membre de l'équipe est ouvert à l'idée de laisser les autres avoir une influence sur les soins dispensés aux patients/clients, et ce, sans égard à leur éducation ou à leur formation professionnelle (Orchard, Curran et Kabene, 2009). La volonté de partager les pouvoirs est un engagement servant à créer des relations équilibrées par l'intermédiaire de pratiques démocratiques de leadership, de prise de décision, d'autorité et de responsabilité (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin et Beaulieu, 2005b). La volonté de partager les pouvoirs contribue à un milieu de travail sain où tous les membres de l'équipe, y compris les patients/clients, se sentent impliqués, responsables, respectés et valorisés (SJHC, 2009).

Leadership collaboratif

Le leadership collaboratif (aussi appelé leadership réciproque ou partagé) constitue une approche axée sur les gens et les relations fondée sur l'hypothèse que les réponses doivent être trouvées collectivement (en équipe). Selon l'article de Michael D. Kocolowski publié en 2010, « Shared Leadership: Is it Time for a Change? », le leadership collaboratif présente plusieurs caractéristiques, notamment les suivantes :

LEADERSHIP COLLABORATIF

- Respecte les principes de responsabilisation commune tenant compte à la fois des pouvoirs et de la hiérarchie.
- Emploie des structures et des processus pour faire progresser les soins exemplaires.

- a. Promouvoir un processus de leadership collectif fondé sur l'hypothèse selon laquelle à différents moments et selon les besoins, la situation et les exigences, différentes personnes assument un rôle de leader, et les tâches sont attribuées en fonction des compétences exigées.
- b. Créer un environnement qui encourage l'autoperfectionnement et la réflexion de façon continue. Les membres de l'équipe sont invités à apprendre les uns des autres et à développer leur ouverture, leur confiance mutuelle, leur capacité à offrir des commentaires constructifs et leur vision des conflits en vue de leur croissance personnelle.
- c. Appuyer les relations qui accordent de l'importance à l'honnêteté, au respect mutuel, à ce que chacun donne le meilleur de lui-même et à la capacité à faire ses propres choix. Le leadership collaboratif cherche essentiellement à ce que l'équipe soit en mesure de véhiculer ces valeurs par l'intermédiaire d'une vision commune qui permet aux gens de fixer des objectifs et un parcours communs.
- d. Encourager le partage des pouvoirs afin de partager les responsabilités et l'obligation de rendre des comptes lors de la prise de décision et de la formation. Les pouvoirs se retrouvent au sein de l'équipe et non pas au sommet de la hiérarchie.
- e. Mettre en pratique une gérance et fournir des services (au lieu de se concentrer sur le pouvoir et le contrôle personnels) pour veiller à répondre aux besoins de tout un chacun.
- f. Valoriser la diversité et l'inclusivité en respectant les différences de chacun, ce qui accordera aux autres la liberté d'apprendre ensemble et d'exercer une propriété collective.

Optimisation de la profession, des rôles et du champ d'application

Des soins interprofessionnels exemplaires permettent à tous les membres de l'équipe d'exercer pleinement leurs compétences et de tirer parti des synergies qui peuvent se créer entre les professionnels qui travaillent ensemble. Le Conseil de la fédération (2012) a jugé nécessaire que tous les professionnels des soins de santé travaillent au meilleur de leurs capacités professionnelles, alors que le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CPI, 2010) indique que les praticiens doivent comprendre non seulement leurs rôles, mais également ceux des autres praticiens de l'équipe. Les praticiens doivent également être en mesure de décrire leurs rôles, leurs connaissances et leurs compétences, en plus de faire preuve d'une écoute efficace avec les autres membres de l'équipe. Selon le British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration (2008), tous les praticiens doivent respecter la culture professionnelle et les valeurs des autres. Ce qu'il faut conclure, c'est que les vieilles « guerres de territoire » professionnelles n'ont pas leur place dans les soins interprofessionnels; au contraire, les champs d'application et les rôles se chevauchent, créant ainsi une occasion de collaborer et de faire évoluer le rôle des soins exemplaires pour les patients/clients et leur réseau de soutien.

Prise de décision partagée

Le partage du processus décisionnel offre à tous les membres de l'équipe, y compris aux patients/clients, la possibilité de partager leurs connaissances et leur expertise pour atteindre ensemble un objectif optimal (Orchard et coll., 2009). Cela nécessite des relations respectueuses et de confiance parmi les fournisseurs, mais aussi entre ces derniers et les patients/clients. Pour que la prise de décision partagée fonctionne, chacun doit reconnaître et respecter les connaissances et l'expertise de l'autre, sans égard pour sa profession et sa position officielle (Grinspun, 2007). Chacun doit également accepter que les autres membres de l'équipe ont le droit et l'ultime responsabilité de partager leurs connaissances pour contribuer au plan de soins du patient/client (Orchard et coll., 2009). Plus important encore, le partage du processus décisionnel signifie que chaque membre de l'équipe doit être prêt à accepter la responsabilité des décisions.

La prise de décision partagée ne convient pas à toutes les situations. Par exemple, lors d'une urgence comme un code bleu, la vie d'un patient/client dépend de la personne responsable du code, de la prise de décision et de la gestion rapide et décisive de l'équipe. Toutefois, lorsque la prise de décision est partagée, tous les membres de l'équipe peuvent participer à un examen de leurs réponses à la suite d'une urgence. Il existe d'autres situations dans les soins de santé lors desquelles certains membres de l'équipe ne peuvent pas fournir leur point de vue. Dans ces cas, une prise de décision transparente est très importante. Les membres de l'équipe peuvent continuer à se sentir valorisés et respectés s'ils savent à l'avance quelles décisions sont partagées et lesquelles ne le sont pas. La collaboration est un continuum, de la collaboration moindre, c'est-à-dire lorsque les membres de l'équipe savent ce qui arrivera sans avoir la chance d'apporter leur contribution, jusqu'à la collaboration la plus importante, lorsque les équipes peuvent s'attendre à obtenir des résultats ensemble en offrant le maximum de contribution (D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez et Pineault, 2008).

La prise de décision partagée ne signifie pas une prise de décision unanime. Les décisions peuvent être prises par une ou plusieurs personnes, ou par consensus de l'équipe. Ce qui importe, c'est que chaque membre de l'équipe, y compris le patient/client, a la possibilité d'influencer le plan de soins (Edwards, Davies et Edwards, 2009). Quaschnig, Korner et Wirtz (2013) ont mentionné que la prise de décision partagée est importante pour optimiser la participation des patients/clients et pour accroître la qualité des soins.

Fonctionnement efficace du groupe

Un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe améliore la qualité des soins prodigués aux patients/clients, veille à la sécurité des patients/clients et par le fait même, diminue les problèmes relatifs à la charge de travail qui occasionnent un surmenage chez les professionnels (Oandasan et Reeves, 2005). Nous avons adapté notre définition du fonctionnement efficace du groupe dans les soins interprofessionnels à partir de l'étude d'Ivy Oandasan et de Scott Reeves (2005), qui le décrit comme une interaction ou une relation réussie d'une équipe de soins de santé interprofessionnelle qui travaille de manière indépendante pour fournir des soins aux patients/clients. Dans le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIIS), [2010]), le fonctionnement efficace du groupe fait partie des six domaines de compétences. La principale compétence est que « pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les apprenants et les professionnels comprennent les principes régissant la dynamique d'une équipe de travail et les processus de groupe » (p. 11). Le modèle conceptuel pour la création et le maintien de soins de santé interprofessionnels utilise le mot *groupe* dans les domaines, et non pas *équipe*, pour attirer l'attention sur le développement et le maintien du processus de groupe (voir la Figure 2).

Pour que le groupe fonctionne correctement, les membres de l'équipe interprofessionnelle doivent travailler en collaboration pour formuler, mettre en œuvre et évaluer les soins, ainsi que pour juger et réfléchir à l'efficacité des processus utilisés par le groupe (CPIIS, 2010, Oandasan et coll., 2006).

En 2011, Adamson a étudié l'empathie qui existe entre les membres des équipes interprofessionnelles en milieu hospitalier. Selon les conclusions qu'il en a tiré, l'empathie constituait un élément important des relations entre les membres de l'équipe interprofessionnelle. Il a noté six thèmes récurrents qui sont essentiels pour la création d'équipes efficaces et très empathiques :

1. Participer à des échanges réfléchis;
2. Utiliser une communication dialogique;
3. Comprendre les rôles de chacun;
4. Apprécier les différences de personnalité;
5. Voir en perspective;
6. Encourager l'esprit d'équipe.

Selon les données probantes, l'accessibilité, la constitution de l'équipe, la superposition des champs d'application, les périodes propices à l'apprentissage, la perception de la charge de travail, le leadership empathique, les relations de travail non hiérarchiques et la sécurité d'emploi sont tous des éléments de soutien organisationnel nécessaires pour promouvoir et maintenir des relations interprofessionnelles positives (Adamson, 2011).

Communication de qualité

La communication de qualité – ouverture, honnêteté, respect des opinions des autres et aptitudes de communication efficaces – fait partie de tous les domaines de la pratique interprofessionnelle (Humphreys et Pountney, 2006). Les objectifs de communication de l'équipe sont atteints lorsque les membres partagent l'information et répondent en temps opportun, écoutent activement les autres points de vue, communiquent clairement et de manière concise (Shaw, de Lusignan et Rowlands, 2005), et lorsqu'ils mettent en œuvre des processus et des outils pour partager l'information (Mulkins, Eng et Verhoef, 2005). La communication efficace améliore les relations interprofessionnelles et, par le fait même, les soins aux patients/clients ainsi que les autres activités liées au travail. Une communication de qualité contribue à développer et à maintenir le leadership, et implique activement les membres de l'équipe à faire preuve de respect et de professionnalisme (AllAO, 2007c).



Recommandations et discussion sur les données probantes

Recommandations externes/relatives au système

Les recommandations suivantes reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels du développement et du maintien des soins de santé interprofessionnels en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle du secteur externe ou du système pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments du système externe contenus dans les recommandations comprennent les suivants :

Éléments physiques et organisationnels :

- Modèles de prestation de soins de santé;
- Financement;
- Cadre législatif/politique.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels :

- Attentes des consommateurs;
- Évolution des rôles de la famille;
- Diversité de la population et des dispensateurs de soins de santé.

Éléments professionnels :

- Les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une influence sur le comportement des organisations et des personnes en ce qui concerne la gestion et l'atténuation des conflits dans les milieux de travail;
- Les compétences et les normes de pratique qui influent sur le comportement et la culture des membres de l'équipe.

1.0 PARTENARIATS DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME

RECOMMANDATION 1.1 :

Les dirigeants des principaux organismes (gouvernements, établissements universitaires, organismes de réglementation, associations professionnelles et organismes axés sur la pratique) collaborent afin de faire des soins interprofessionnels une priorité stratégique collective.

RECOMMANDATION 1.2 :

Les organismes qui œuvrent dans le système de soins de santé harmonisent de façon stratégique les soins interprofessionnels avec leurs propres initiatives pour des milieux de travail sains.

RECOMMANDATION 1.3 :

Les partenariats sur les soins interprofessionnels au sein des organismes s'accordent sur une approche fondée sur des données probantes pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités conjointes.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories C, D et D1.

Les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, « La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé » (2012), soulignent l'importance d'une collaboration en ce qui a trait au système et des réformes législatives et réglementaires coordonnées pour apporter des changements au système de soins de santé. Cette collaboration de haut niveau est nécessaire pour développer, mettre en œuvre et évaluer les soins interprofessionnels, puisque de nombreux intervenants et plusieurs contextes seront touchés par ceux-ci. Certains auteurs ont abordé la nécessité de la collaboration de haut niveau au sein des organisations afin de pouvoir travailler à l'établissement des priorités, en particulier en ce qui a trait à l'innovation et au renforcement des systèmes de santé (Gouvernement de l'Ontario, 2010; McPherson, 2008). On peut lire dans le rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé (2010) du gouvernement de l'Ontario :

« En Ontario, malgré l'adoption de la CISS [collaboration interprofessionnelle en soins de santé] au niveau local, il est nécessaire d'instaurer une approche concertée pour sa mise en œuvre à l'échelle du système. La mise en œuvre de la CISS et l'établissement d'une base solide pour la formation interprofessionnelle (FI) nécessitent l'engagement de divers intervenants, dont les organismes de réglementation, associations professionnelles, établissements d'enseignement, hôpitaux, assureurs, organismes communautaires et de soutien, syndicats, chercheurs, groupes de patients et de consommateurs, gouvernement, organismes de la Couronne, soignants, éducateurs, administrateurs, patients et familles. »(p. 5)

Les soins interprofessionnels constituent un moyen novateur de renforcer les systèmes de santé. Au cours de la dernière décennie, les discussions dans les sources documentaires se sont concentrées sur le fait que des changements d'une telle complexité nécessitent des efforts collaboratifs délibérés au sein des limites organisationnelles (Edwards et Di Ruggiero, 2011; McPherson, 2008, 2012; McPherson et McGibbon, 2010; McPherson, Kothari et Sibbald, 2010; Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2012). De tels partenariats fonctionneraient surtout comme une collaboration de première ligne avec les membres des équipes de soins interprofessionnels et permettraient d'aligner ces soins avec d'autres priorités stratégiques.

Certaines politiques gouvernementales soutiennent les modèles interprofessionnels alors que d'autres leur font obstacle, notamment la planification limitée des ressources humaines, le financement limité de la recherche, les réglementations et les lois qui entraînent un cloisonnement administratif et les méthodes de paiement qui ne favorisent pas la collaboration (AIIAO, 2012a). Les décideurs doivent absolument éliminer ces obstacles et développer une infrastructure pour appuyer les soins interprofessionnels. Promouvoir une meilleure compréhension de la nature et des avantages des soins interprofessionnels permettrait également d'abattre les barrières systémiques. De plus, la pression se fait croissante pour établir un lien entre les pratiques exemplaires dans les soins interprofessionnels et les exigences relatives à la responsabilisation (Canadian Health Services Research Foundation, 2006).

2.0 POUVOIRS ET HIÉRARCHIE DANS LES SYSTÈMES

RECOMMANDATION 2.1 :

Démontrer une volonté à reconnaître et à partager les pouvoirs dans les limites organisationnelles en :

- a. Discutant des pouvoirs : être ouvert aux conversations constructives et franches qui abordent les inégalités, les privilèges et les écarts de pouvoir;
- b. Créant un environnement de collaboration interorganisationnel grâce à la reconnaissance et à la compréhension de votre pouvoir et de son influence sur les autres qui vous entourent;
- c. Établissant des relations équilibrées grâce au partage du leadership, de la prise de décision, de l'autorité et de la responsabilité;
- d. Prenant en compte les diverses voix lors de la prise de décision en collaboration;
- e. Partageant les connaissances les uns avec les autres, et ce, sans dissimuler ni accumuler d'information;
- f. Créant des espaces de collaboration sécuritaires où chacun est le bienvenu.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C, D et D1.

La notion de pouvoir et de hiérarchie organisationnels au sein du système de soins de santé est beaucoup traitée dans la documentation (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin et Beaulieu, 2005a; D'Amour et coll., 2005b; D'Amour et Oandasan, 2005; Islam et Zyphur, 2005; Hudson, 2002). Les relations entre les professions (Kenaszchuk, Wilkins, Reeves, Zwarenstein et Russell, 2010), ainsi qu'entre les programmes, les organisations et les secteurs sont contextuelles et intégrées aux contextes socio-politico-historiques, tant passés que présents (Freyer et coll., 2006; Hudson, 2006; McDonald, Davies et Harris, 2009).

Orchard, Curran et Kabene (2005) ont abordé l'importance du partage des pouvoirs dans leur article sur la pratique professionnelle collaborative interdisciplinaire. Les auteurs affirment que les inégalités de pouvoir entre les professionnels de la santé entraînent un dysfonctionnement de la prise de décision entourant les soins aux patients/clients. Ils ont également indiqué que le déséquilibre des pouvoirs au sein du système de soins de santé et entre le système et les patients/clients mène souvent à l'exclusion des patients/clients du processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de leurs soins de santé. Ils ont conclu que cela crée de la frustration chez toutes les parties qui ne sont pas impliquées dans le processus de prise de décision (Jones, 2010).

Toutefois, pour toutes les personnes impliquées dans la prise de décision, il est important que ni les membres de l'équipe des soins de santé ni les patients/clients ne se sentent inférieurs par rapport aux autres membres de l'équipe. On rapporte que de travailler de manière intégrée et d'allouer davantage de pouvoir lors de la prise de décision au sein d'une équipe permet d'accroître la confiance, et que d'accorder de la flexibilité en ce qui a trait au plan de soins afin de répondre aux besoins du patient/client permet de changer les conditions de travail (Jones, 2010).

Une récente étude de cas qualitative (McDonald, Jayasuriya et Harris, 2012) qui traite de l'influence de la dynamique du pouvoir et de la confiance sur la collaboration multidisciplinaire interorganisationnelle aborde trois thèmes principaux au sujet de la dynamique du pouvoir entre les professionnels de la santé : leur utilisation du pouvoir pour protéger leur autonomie, la dynamique du pouvoir entre les fournisseurs des secteurs privé et public, et la réduction de la dépendance envers les autres professionnels de la santé pour maintenir leur pouvoir. Ces auteurs ont découvert que, malgré les politiques gouvernementales qui appuient la prise de décision partagée, peu de données probantes

indiquent qu'elle est utilisée. Ils sont arrivés à la conclusion que le fait d'avoir des services de soins de santé primaires et communautaires dispensés par différentes organisations ajoute à la complexité des relations interprofessionnelles (McDonald et coll., 2012).

Selon les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, « Preventing and Managing Violence in the Workplace » (2009), on recommande aux gouvernements de servir de modèles pour l'équité en éliminant les hiérarchies, qui accordent aux infirmières des rôles accessoires, au sein du ministère de la santé.

La collaboration entre les organisations reste un défi pour les praticiens en raison des questions de pouvoirs et de hiérarchie. Du point de vue de l'ensemble du système, il est impératif que les décideurs de haut rang examinent délibérément les pouvoirs et la hiérarchie lorsqu'ils travaillent au-delà des frontières organisationnelles (McPherson, 2008). Cela permet d'appuyer davantage les relations collaboratives interorganisationnelles de manière à créer, à ajuster et à superviser des mécanismes politiques fondés sur des données probantes qui soutiennent l'effort des soins interprofessionnels.

Pour créer un environnement accueillant et intégrateur, il convient de prendre en compte la conception physique des postes de travail. Une étude qualitative menée auprès d'équipes interprofessionnelles dans trois hôpitaux en milieu rural a souligné l'importance de l'aménagement des postes de travail pour la collaboration et les soins interprofessionnels. Les preuves ont démontré que l'environnement physique général avait une grande influence sur l'efficacité de la pratique collaborative. Dans les mauvais aménagements où l'espace était restreint et où chaque profession avait son propre espace, on a noté des obstacles à la communication, des interruptions fréquentes et un manque d'intimité, alors que les espaces partagés où l'équipe occupait le même espace facilitaient le discours social et professionnel. Le partage de l'espace peut impliquer une responsabilité collective pour ce qui est des résultats pour les patients/clients (Gum, Prideaux, Sweet et Greenhill, 2012).

3.0 ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

RECOMMANDATION 3.1 :

Les établissements d'enseignement développent des connaissances et des compétences en lien avec les soins interprofessionnels dans le cadre de leurs programmes.

RECOMMANDATION 3.2 :

Les établissements d'enseignement préparent les étudiants à travailler dans des équipes interprofessionnelles grâce :

- a. À l'instillation de valeurs, de connaissances et de la socialisation du rôle professionnel qui appuieront les soins interprofessionnels;
- b. Au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des modèles d'enseignement qui promeuvent les valeurs et les connaissances interprofessionnelles;
- c. À l'accroissement des possibilités éducatives et cliniques afin que les professionnels de la santé puissent étudier et apprendre ensemble.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C, D et D1.

De nombreuses données indiquent que la formation interprofessionnelle peut efficacement réduire les limites de la pratique collaborative et promouvoir une communication de qualité (Abu-Rish et coll., 2012; Cashman, Reidy, Cody et Lemay, 2004; Curtis, 2008; Pinnock et coll., 2009). Les établissements d'enseignement jouent un rôle important dans la préparation des travailleurs de la santé pour les soins interprofessionnels. Suffisamment de données appuient la proposition selon laquelle l'apprentissage collaboratif interprofessionnel aide les praticiens et les organismes à mieux travailler ensemble (Almas et Barr, 2008; Anderson, Manek et Davidson, 2006; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves et Barr, 2007; Hayashi et coll., 2012). Cependant, tous les professionnels de la santé n'acceptent pas que l'interprofessionnalisme constitue un élément essentiel des études universitaires de premier cycle. Les leaders pédagogiques de soutien devront collaborer avec les organismes d'agrément et de réglementation, les associations professionnelles, les syndicats, les gouvernements et les organismes de soins de santé pour mener une réforme des programmes scolaires afin d'appuyer les soins interprofessionnels.

Des efforts ont été déployés à l'échelle mondiale, nationale et provinciale pour faire évoluer la formation des soins interprofessionnels à la fois dans des milieux universitaires et pratiques (p. ex., Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010; Université McMaster, 2012; University Health Network [Réseau universitaire de santé], 2012; Université de la Colombie-Britannique, 2012). Les résultats d'une étude quantitative avant et après test, effectuée à la Gunma University Graduate School of Health Sciences au Japon suggèrent que le niveau d'études – les étudiants en première année d'université comparativement aux étudiants en troisième année – ainsi que le modèle des méthodes d'enseignement peuvent influencer l'attitude des étudiants envers la formation et les soins interprofessionnels. Ces résultats ont démontré d'importants changements d'attitude; ainsi, les étudiants en première année qui ont participé à la formation interprofessionnelle par l'intermédiaire de lectures voyaient l'interprofessionnalisme de manière négative, alors que les étudiants en troisième année ayant reçu une formation de type pratique le voyaient de manière positive. Ces conclusions suggèrent que l'étape du programme ainsi que le type de formation ont une influence sur l'attitude des étudiants par rapport à l'interprofessionnalisme (Hayashi et coll, 2012).

Anderson et ses collaborateurs (2006) ont évalué un modèle d'atelier pour la formation interprofessionnelle en soins de courte durée auprès d'étudiants de huit différentes professions. Le modèle a été approuvé dans les hôpitaux, ce qui démontre que ces derniers s'engagent à appuyer les modèles de formation qui permettraient de former un large éventail d'étudiants en soins interprofessionnels. Les auteurs ont suggéré que les ateliers qu'ils ont conçus proposent un modèle pratique reproductible pouvant être durable. Le modèle a aidé les étudiants à analyser leurs futures responsabilités de travail interprofessionnel.

Une autre étude effectuée en 1995 en Norvège a porté sur la mise en œuvre d'un programme scolaire commun pour les étudiants de premier cycle en santé et travail social (Almas et Barr, 2008). La politique gouvernementale recommande un programme de base commun pour les programmes d'études supérieures en santé et service social dans toutes les universités et tous les collèges en Norvège, avec la conviction que la collaboration dans la formation en soins de santé améliorerait la pratique collaborative et permettrait d'offrir des soins plus efficaces et efficients. Tous les établissements d'enseignement ont adopté le programme de base commun, mais certains ont dispensé une formation séparément dans chaque groupe professionnel, alors que d'autres l'ont offerte conjointement pour tous leurs programmes ou pour quelques programmes pertinents. Selon cette étude, les étudiants qui ont suivi un programme commun valorisent davantage l'interprofessionnalisme que les étudiants qui ne l'ont pas suivi. L'étude a également permis de démontrer que les étudiants ayant suivi le programme de base dans des formations conjointes accordent davantage d'importance à l'interprofessionnalisme que ceux qui ont suivi la formation séparément. Les auteurs ont suggéré que les étudiants qui ont reçu une formation commune entre les professions appréciaient davantage leur préparation à une pratique collaborative. La documentation pédagogique indique que les éducateurs ont davantage à planifier et à développer un plan de cours à enseigner en équipe et à surveiller les répercussions.

De nombreux auteurs (Crow et Smith, 2003; Nevin, Thousand et Villa, 2009) ont rapporté que les modules d'enseignement conjoint qui proposent une formation en collaboration ou en équipe ont le potentiel d'être des modèles à suivre en matière d'apprentissage partagé et de collaboration. L'enseignement collaboratif nécessite que les éducateurs partagent la planification et réfléchissent ensemble. La rétroaction des étudiants et des tuteurs à propos de

L'enseignement collaboratif était positive et les auteurs ont déclaré que l'enseignement collaboratif dans différentes facultés a permis d'accroître l'apprentissage des étudiants et d'améliorer l'efficacité de l'enseignement.

Les éducateurs de l'Université McMaster et de l'Université d'Ottawa ont développé l'évaluation clinique objective et structurée en équipe (ECOS-E) (Team Observed Structured Clinical Encounter [TOSCE]), qui est fondée sur le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CPIS, 2010). L'ECOS-E permet de simuler des rencontres d'équipe structurées qui permettent d'évaluer et d'améliorer les compétences des apprenants pour le travail en collaboration. Ces derniers utilisent la simulation pour mettre leurs compétences en pratique, pour acquérir des connaissances et pour recevoir une rétroaction par rapport à leur performance. Des travaux de validation ont démontré que l'ECOS-E est un outil d'évaluation formative utile, et des études supplémentaires permettront d'examiner son utilisation potentielle comme outil d'évaluation sommative (Marshall et coll., 2008; Solomon et coll., 2011).

Pour faire avancer la pratique des soins infirmiers et les soins interprofessionnels, une éducation qui intègre les atouts essentiels des soins interprofessionnels est nécessaire. Les partenariats entre les établissements d'enseignement supérieur et les organismes de soins de santé permettent de promouvoir les soins interprofessionnels et de soutenir une main-d'œuvre qui est formée pour être en mesure de gérer la constante évolution de la prestation des services de santé (Howarth, Holland et Grant, 2006).

4.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA RECHERCHE

RECOMMANDATION 4.1 :

Les chercheurs font équipe avec les décideurs pour mener des recherches portant sur l'incidence des équipes de soins interprofessionnels à la fois sur les résultats pour les patients/clients et sur les équipes de soins de santé.

RECOMMANDATION 4.2 :

Les organismes qui subventionnent la recherche en santé se concentrent sur les secteurs prioritaires de la recherche en soins interprofessionnels.

RECOMMANDATION 4.3 :

Les chercheurs utilisent des stratégies d'application des connaissances pour encourager les initiatives relatives aux conclusions de recherche par les bailleurs de fonds, le gouvernement, les associations professionnelles et les organismes de réglementation, ainsi que par les syndicats, les organismes de soins de santé, les établissements d'enseignement, les participants aux études et les autres intervenants.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C, D et D1.

Il est impératif de poursuivre la recherche sur les soins interprofessionnels pour appuyer la pratique fondée sur des données probantes. Depuis quelques temps, des recommandations claires portant sur les priorités en matière de recherche sur les soins interprofessionnels ont été élaborées dans des documents basés sur des éléments probants, comme de la documentation révisée par des pairs et les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (CHSRF, 2007; CPIS, 2010; Cohen et Bailey,

1997; Curran et Orchard, 2007; Oandasan et Reeves, 2005; AIIAO, 2006). Puisque l'ensemble des connaissances portant sur les soins interprofessionnels ont été développées uniquement au cours des 15 dernières années, il faut plus de temps pour en examiner toutes les complexités, notamment pour acquérir une meilleure compréhension des soins et de leurs cadres qui, selon nous, ont une incidence positive sur les résultats pour la santé.

Oandasan et ses collaborateurs (2004) ont élaboré dans un rapport les principales priorités de recherche pour la formation interdisciplinaire en ce qui a trait à la pratique axée sur les patients/clients. Le rapport suggère que la principale priorité doit être accordée à la recherche qui permet de démontrer l'interdépendance entre la formation interdisciplinaire et les initiatives de pratique collaborative. On recommande également d'approcher les principaux organismes subventionnaires de la recherche pour financer la formation interdisciplinaire et les initiatives pratiques pour l'avenir.

5.0 ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES, ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION ET SYNDICATS

RECOMMANDATION 5.1 :

Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats peuvent appuyer les soins interprofessionnels en :

- a. Les incluant dans les lois et politiques à l'intention de leurs membres;
- b. Collaborant dans le but de développer des compétences et des normes conjointes pour les soins interprofessionnels;
- c. Faisant équipe pour mettre sur pied des principes relatifs aux soins interprofessionnels pour les normes d'agrément en vue des programmes de formation;
- d. Incluant les soins interprofessionnels dans les compétences pour accorder le permis d'exercer.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C, D et D1.

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a formulé des recommandations (notamment pour faire des soins interprofessionnels une compétence préalable au permis d'exercice), en particulier pour les organisations telles que les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats, le tout publié dans le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (2010).

Reeves et ses collaborateurs (2010) ont procédé à un examen systématique de la documentation portant sur la formation interprofessionnelle et son incidence sur la pratique interprofessionnelle et les résultats sur les soins de santé. Ils ont découvert que de nombreux cadres réglementaires provinciaux sur les soins de santé abordent clairement la collaboration ou les pratiques interprofessionnelles. Des organismes de réglementation comme des registraires et des conseils d'université doivent se concentrer sur les éléments qui doivent être considérés comme des compétences pour que la collaboration interprofessionnelle soit préalable au permis d'exercer.

Peu importe que les cadres interprofessionnels viennent à faire partie de l'assurance de la qualité, des compétences continues ou du développement professionnel continu, les organismes de réglementation trouveront le cadre de compétences utile pour déterminer de quelle façon guider les membres afin d'intégrer la collaboration interprofessionnelle dans la formation et la pratique, et de quelle façon collaborer en tant que groupe pour traiter les problèmes du champ d'application (Reeves et coll., 2010).

6.0 ORGANISMES D'AGRÉMENT

RECOMMANDATION 6.1 :

Les organismes d'agrément pour les organisations et les programmes de formation établissent des normes et des indicateurs de rendement pour les soins interprofessionnels.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C, D et D1.

De nombreuses sources clés confirment que les normes d'agrément peuvent avoir une influence directe sur ce qui est enseigné dans les programmes d'éducation en santé. Au cours de leur examen systématique, Reeves et ses collaborateurs (2010) ont fait plusieurs observations sur la formation interprofessionnelle et son incidence sur les soins interprofessionnels et les résultats sur la santé. Ils ont élaboré les suggestions suivantes :

- La formation interprofessionnelle devra être renforcée dans les programmes d'agrément de la formation professionnelle en santé.
- Les organismes d'agrément devront créer des mesures pour la formation interprofessionnelle dans les programmes d'enseignement et de pratique.
- Agrément Canada élabore des normes et des mesures pour les soins interprofessionnels dans sa procédure d'agrément.
- Les organismes doivent utiliser un cadre de compétences pour les guider dans le développement des soins interprofessionnels (Reeves et coll., 2010).

L'initiative portant sur l'agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé (AFISS), financée par Santé Canada, est un partenariat national regroupant huit organismes responsables de la formation préalable à l'obtention d'un permis d'exercice de six professions de la santé au Canada : physiothérapie, ergothérapie, pharmacie, travail social, sciences infirmières et médecine. L'un des objectifs de cette initiative était de veiller à l'intégration des normes de la formation interprofessionnelle pour l'agrément des six professions participantes afin de contribuer à créer des soins de santé et des services sociaux collaboratifs axés sur les patients/clients (AFISS, 2011). Dans son rapport, l'équipe de l'initiative a décrit les raisons pour mettre en valeur la formation interprofessionnelle, indiqué les lignes directrices et fourni des normes éventuelles, des exemples de données probantes ainsi qu'une liste de ressources pour les programmes d'éducation (AFISS, 2011).

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario « Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières » (2006) mentionnent précisément les organismes d'agrément dans leurs recommandations sur le travail d'équipe pour le système. (Voir la recommandation 5.1. dans le présent document.)

7.0 GOUVERNEMENT

RECOMMANDATION 7.1 :

Les gouvernements peuvent appuyer la culture des soins interprofessionnels en :

- a. Accordant la priorité aux soins interprofessionnels et en évaluant son incidence;
- b. Fournissant aux organismes de soins de santé les ressources fiscales nécessaires pour développer, mettre en œuvre et évaluer les soins interprofessionnels.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories C, D et D1.

De nombreuses lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario mettent l'accent sur l'importance pour les gouvernements d'appuyer les lignes directrices (2006, 2007, 2009, 2012). Une fois de plus, l'engagement des gouvernements est essentiel pour assurer le succès de l'interprofessionnalisme. À moins que les gouvernements ne mettent sur pied des cibles spécifiques pour les soins interprofessionnels et qu'ils fournissent du financement, cela ne se produira jamais (D'Amour et Oandasan, 2005). Pour assurer le succès des soins interprofessionnels, les gouvernements doivent aussi collaborer avec d'autres secteurs du système, comme les institutions universitaires et les organismes de réglementation des professions de la santé, pour éliminer les barrières de la formation et la pratique professionnelles, pour promouvoir le champ d'application de la discipline et pour inciter à l'utilisation efficace des fournisseurs de soins de santé (Rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, 2010).

Les politiques en matière de santé de tous les gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux) ont une incidence sur la pratique, les milieux de travail et, au final, les patients/clients et les résultats pour le système. La collaboration des gouvernements avec les autres secteurs est importante pour établir les priorités et les stratégies, et pour élaborer une politique publique. De nombreux documents gouvernementaux plaident en faveur de la collaboration en ce qui a trait aux politiques et à la planification (Currie, 2011).

Recommandations relatives à l'établissement

Les recommandations suivantes tiennent compte du cadre notionnel des milieux de travail sains et reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels du développement et du maintien des soins de santé interprofessionnels en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle du secteur externe ou du système pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs organisationnels en lien avec les éléments comprennent :

Éléments physiques et organisationnels :

- Caractéristiques physiques et environnement de l'organisation (p. ex., espaces de repos pour tous les membres du personnel);
- Modes de fonctionnement et processus organisationnels créés pour répondre à la demande d'efforts physiques (p. ex., processus décisionnel lié aux heures supplémentaires et aux horaires);
- Soutien du leadership;
- Méthodes de dotation;
- Politiques de santé et sécurité au travail.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels :

- Climat, culture et valeurs de l'organisation;
- Normes culturelles, particulièrement celles qui encouragent le soutien, la confiance, le respect et la sécurité;
- Pratiques de communication;
- Relations de travail et gestion des relations;
- Culture d'apprentissage continu et de soutien.

Éléments professionnels :

- Caractéristiques liées à la nature et au rôle des soins infirmiers dans l'organisation, notamment les politiques organisationnelles qui ont une incidence sur le champ d'activité de la pratique et le degré d'autonomie et de maîtrise

de cette pratique;

- Relations intra et interprofessionnelles des infirmières au sein de l'organisation.

8.0 POUVOIRS ET HIÉRARCHIE DANS LES ORGANISMES

RECOMMANDATION 8.1 :

Les organismes doivent reconnaître les effets du pouvoir et de la hiérarchie en :

décelant les déséquilibres de pouvoir et en apportant les changements nécessaires pour égaliser le pouvoir et créer des milieux de travail interprofessionnels sains propices à l'entraide.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, C et D.

Il existe des inégalités de longue date, souvent implicites, parmi les professions, ainsi qu'entre les professionnels et les patients/clients et leurs familles. Les organisations doivent faire face aux problèmes engendrés par le partage des pouvoirs et la hiérarchie en reconnaissant leur existence et en discutant de leurs effets sur les soins et sur les personnes qui les fournissent et les reçoivent.

Les organisations saines valorisent et valident les contributions de chacun et encouragent les environnements sécuritaires et équitables en encourageant le respect entre les personnes. Ils créent également des occasions de communication, d'interaction de groupe, de prestation de soins et de prise de décision partagée équitables.

La collaboration était vue comme un partenariat caractérisé par une responsabilisation simultanée de chaque participant dont le pouvoir respectif est reconnu par tous (D'Amour et coll., 2005). De plus, ce pouvoir est fondé sur les connaissances et l'expertise plutôt que sur les fonctions ou les titres (Henneman, 1995). Par exemple, si un responsable de l'environnement, dans le cadre de ses fonctions, entre en contact avec un patient/client, et qu'en discutant avec celui-ci, il reçoit de l'information qu'il croit être pertinente pour le traitement du patient/client, le responsable ne doit en aucun cas se sentir intimidé ou effrayé de partager ses connaissances (l'information) avec l'infirmière ou l'équipe soignante du patient/client. Si le responsable travaille dans un milieu hiérarchique qui utilise une approche descendante pour les relations interprofessionnelles et qui considère que l'équipe soignante pourrait le mépriser ou l'accuser d'agir au-delà de son rôle hospitalier, alors il peut s'imaginer ne pas avoir les compétences ni l'occasion d'influencer le cours des choses pour le patient/client. Par conséquent, si le responsable choisit de ne pas partager l'information avec l'équipe en raison des circonstances décrites ci-dessus, alors l'organisation encourage des relations de pouvoir inégales.

RECOMMANDATION 8.2 :

Les organismes doivent impliquer et former les dirigeants à tous les niveaux, notamment les professionnels de la santé prodiguant des soins, pour assurer le succès des soins interprofessionnels. Pour ce faire, ils doivent appliquer les stratégies suivantes :

- a. Élaborer des modèles de champions/rôles pour les soins interprofessionnels dans différentes professions et différents programmes;
- b. Offrir des cours de leadership pour présenter les concepts et les compétences des soins interprofessionnels et de leur gestion.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, C et D.

Différents membres de l'équipe peuvent exercer du leadership, et ce, à différents niveaux. Cela implique de gérer les frontières entre : les rôles formels et informels, les rôles cliniques, les différentes professions, les expériences de la vie personnelle, les expériences professionnelles et l'environnement d'équipe (Chreim, Langley, Comeau-Vallee, Hug et Reay, 2013). Les dirigeants et les groupes peuvent apprendre à travailler de façon plus équitable, grâce à des programmes, afin d'élaborer des stratégies pour aborder les problèmes comme la « protection des territoires », l'intimidation et la communication irrespectueuse (Aksoy, Gurlek, Cetinkaya, Oznur, Yazici, Ozgur et coll. 2004; Caplan, Williams, Daly et Abraham, 2004; Naylor, Griffiths et Fernandez, 2004; Sennour, Counsell, Jones et Weiner, 2009).

Dans le cadre d'une étude canadienne portant sur les pratiques de leadership au sein d'équipes interprofessionnelles, Langly et ses collaborateurs (2013) ont constaté que le travail sur les frontières est essentiel à la pratique du leadership au sein des équipes interprofessionnelles. Les auteurs ont par ailleurs découvert que pour exercer le leadership dans le domaine de la santé, il faut gérer la tension fragile qui existe entre le renforcement et l'élimination des frontières professionnelles, lesquelles, bien que nécessaires, peuvent être problématiques pour les équipes (Langly et coll., 2013).

Pour créer un environnement de travail plus équitable qui intègre la formation aux compétences et à l'éthique culturelles afin de renforcer les relations réfléchies, efficaces et respectueuses, les dirigeants doivent faire la promotion du dialogue et d'autres mesures. Les dirigeants organisationnels doivent veiller à la transparence et à l'équilibre de la répartition des ressources entre les programmes, les équipes et les professions. Cette transparence dans l'attribution des ressources peut également contribuer à diminuer la question de hiérarchie (AIIAO, 2007a, 2009, 2012).

Grâce au leadership, une équipe peut grandement développer la collaboration, la confiance et le respect. Cela crée un environnement où prospèrent l'apprentissage collectif et la responsabilisation (Greenfield, 2007). L'amalgame de ces éléments permet au personnel de première ligne ou aux dirigeants au point d'intervention de prendre leurs services en charge et d'intégrer l'organisation et la prestation des services et, en ce faisant, d'améliorer la pratique des soins de santé (Greenfield, 2007). Les dirigeants au point d'intervention et dans toute l'organisation peuvent accélérer l'adoption d'une culture qui soutient les soins et les pratiques interprofessionnels en faisant figures de modèles et de facilitateurs (Donahue, 2013). Il est essentiel de former des champions en soins de santé interprofessionnels partout au sein des organisations. Les conclusions trouvées dans la documentation suggèrent que les champions individuels qui agissent comme des modèles et démontrent une compréhension des concepts, des compétences et des aptitudes fondamentales dans le domaine des soins interprofessionnels ont une influence positive sur les membres de l'équipe et les patients/clients (Curtis, 2008).

Afin de favoriser le succès d'une approche interprofessionnelle des soins, il est important d'appuyer le développement continu de l'interprofessionnalisme. Jusqu'à présent, les types de compétences en leadership soulignés dans les programmes de leadership pour les professionnels aux points de service comprennent la communication efficace, la mise en œuvre de projet, la gestion du changement, la collaboration interprofessionnelle, la recherche et l'analyse, ainsi que l'amélioration des processus de soins (Doran et coll., 2012). Les programmes de développement du leadership sont aussi axés sur le mentorat visant à bâtir la confiance chez d'autres personnes et à les habiliter (Doran et coll., 2012). Il est essentiel de former les équipes et d'avoir des chefs d'équipe ou des champions solides pour assurer le succès de la mise en œuvre et du maintien de l'approche interprofessionnelle des soins de santé (Makowsky et coll, 2009).

9.0 SOUTIENS OPÉRATIONNELS

RECOMMANDATION 9.1 :

Les organismes font la promotion des soins interprofessionnels par le développement d'une culture qui incite à la collaboration et crée les soutiens opérationnels nécessaires pour assurer le succès en :

- a. Établissant un plan de ressources humaines permettant au personnel de consacrer du temps aux activités interprofessionnelles, par exemple le développement de l'équipe et une communication efficace;
- b. Concevant des bâtiments, des espaces, des programmes et des cheminements cliniques qui s'adaptent aux soins interprofessionnels et qui en favorisent l'application;
- c. Prenant en compte les espaces partagés pour les patients/clients et les membres de l'équipe afin d'accroître les possibilités de communication et d'innovation.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, C, D et D1.

Les organisations qui investissent dans les ressources humaines, pédagogiques et de leadership pour appuyer les soins interprofessionnels pourront constater des avantages directs, comme une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité. Un examen systématique de 14 études portant sur le rôle du travail d'équipe et de la communication dans les services d'urgence a permis de découvrir des preuves modérées indiquant que le travail d'équipe pouvait améliorer l'accès aux soins (Kilner et Sheppard, 2010). De plus, l'examen a aussi permis de démontrer que les membres du personnel étaient très satisfaits de leur formation au travail d'équipe et qu'ils adoptaient une attitude positive face au travail d'équipe et à la communication. Lorsque les membres du personnel d'urgence ont reconnu l'importance du travail d'équipe et de la communication, ils ont établi que la qualité des soins et la sécurité constituaient des concepts clés (Kilner et Sheppard, 2010). En outre, selon la même étude, il est important de réduire les changements d'équipe afin d'optimiser la croissance des équipes interprofessionnelles. Cette croissance, à son tour, permettra d'améliorer l'adaptabilité aux changements rapides qui surviennent dans le système de soins de santé (Kilner et Sheppard, 2010).

Des entrevues semi-structurées avec 16 praticiens exerçant dans une clinique de soins intégratifs ont été analysées afin de déterminer des catégories et des thèmes (Mulkins et coll., 2005). Du point de vue des praticiens, quatre catégories centrales se sont imposées comme éléments essentiels pour former des équipes de soins intégratifs efficaces :

1. Les outils de communication efficace;
2. Les qualités personnelles;
3. Les indemnités satisfaisantes;
4. Une structure organisationnelle de soutien.

Les participants interrogés ont déclaré que le milieu de soins et de travail exemplaires – obtenus grâce à des stratégies comme des réunions d'équipe hebdomadaires, des dossiers de patients/clients communs, des protocoles normalisés, l'attention et la compassion envers les collègues – ont favorisé un environnement stimulant et ont eu une incidence sur les résultats pour les patients/clients (Mulkins et coll., 2005).

Le fait d'obtenir un engagement organisationnel pour concevoir et soutenir des espaces communs a également eu une forte influence, selon une évaluation de la formation interprofessionnelle effectuée auprès de travailleurs sociaux, d'infirmières de santé publique et d'agents des collectivités (Curtis, 2008). L'évaluation a suggéré qu'une meilleure compréhension mutuelle résultait de la colocation. Au fur et à mesure que l'équipe a acquis de l'expérience, les membres ont remarqué que chacun comprenait mieux les rôles des autres. Ils ont aussi remarqué une amélioration de la prestation des soins. Aucune donnée n'atteste que les membres de l'équipe se sont sentis supérieurs ou plus importants que les autres; chacun avait un rôle essentiel à jouer pour préserver l'efficacité de l'équipe et assurer de meilleurs résultats. Les membres de l'équipe avaient un respect mutuel pour les contributions de chacun. Cette étude a permis de tirer trois avantages clairs du fait d'apprendre et de travailler ensemble :

1. **Vitesse** : une approche intégrée permet d'accomplir les tâches plus efficacement.
2. **Flexibilité** : la volonté de travailler différemment et de dépasser les frontières professionnelles traditionnelles pour régler les problèmes.
3. **Créativité** : un aspect distinct du travail d'équipe qui favorise les occasions de réfléchir aux problèmes sous un angle nouveau, et ce, librement, sans la rigidité du « c'est ainsi que nous faisons les choses ici » (Curtis, 2008).

10.0 COMMUNICATION DE QUALITÉ

RECOMMANDATION 10.1 :

Les organismes peuvent appuyer les soins interprofessionnels grâce à une communication renforcée par :

- a. la mise en œuvre de processus de communication et d'outils efficaces pour favoriser la collaboration et la communication au sein des équipes et des professions, avec les patients/clients et dans les programmes et les organisations;
- b. la normalisation de la documentation et l'incitation au partage d'information;
- c. l'adoption de stratégies permettant d'aborder les problèmes de protection des champs d'exercice et de communication irrespectueuse;
- d. la création d'une culture qui promeut la communication régulière formelle et informelle entre les membres de l'équipe lors des rondes d'équipe et des conférences sur les soins.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C et D.

Puisque les soins des patients/clients deviennent de plus en plus complexes, une communication de qualité est essentielle pour que les équipes fonctionnent efficacement. Les données suggèrent que la mise en place de facteurs organisationnels comme les lignes directrices interdisciplinaires et une définition claire des rôles permet d'appuyer une communication de qualité (Gulmans, Vollenbroek-Hutten, Van Gemert-Pijnen et Van Harten, 2009). Des conclusions similaires ont été constatées lors d'une étude portant sur le travail d'équipe et la communication au service d'urgence. Selon ces conclusions, le travail d'équipe et la communication jouent un rôle dans les quatre principaux secteurs du service d'urgence : accroître la satisfaction des patients/clients, accroître la satisfaction du personnel, réduire le nombre

d'erreurs cliniques et améliorer la sécurité des patients/clients, et faciliter l'accès aux soins et les admissions (Kilner et Sheppard 2010). Suite à cette étude, on recommande aux organisations d'établir et de soutenir une communication de qualité grâce à la création d'équipes interprofessionnelles, à l'introduction de nouveaux membres d'équipe et à la formation spécifique axée sur le travail d'équipe pour tous les membres. D'autres conclusions de l'étude ont établi un lien entre l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins en donnant la priorité au travail d'équipe et à la communication (Kilner et Sheppard 2010).

La communication dans l'équipe peut également être rehaussée par l'organisation de rassemblements formels (p. ex. des réunions) et informels afin que les membres de l'équipe puissent comprendre les rôles et les priorités de chacun (King et Ross, 2004). Les réunions d'équipe peuvent bénéficier d'une approche structurée, active et intégrée qui comprend des procédures de négociation, de prise de décision et de gestion des conflits (Thylefors, 2012). Des processus et des outils de communication efficaces doivent être en place (Mulkins et coll., 2005). La communication, la motivation, le dévouement et l'enthousiasme contribuent à la cohésion de l'équipe et constituent une culture qui appuie les soins interprofessionnels (AIIAO, 2006). Les processus et outils de communication comprennent : des cheminements cliniques intégrés, des réunions d'équipe hebdomadaires, des dossiers de patients/clients communs, des protocoles normalisés, un horaire cohérent pour les équipes ayant les mêmes quarts de travail et une documentation normalisée (Mulkins et coll., 2005).

Les systèmes de documentation normalisée facilitent la communication interprofessionnelle, encourage la transparence lors de la prise de décision, et fait la promotion de la planification et de la prestation de soins fondées sur des données probantes. Les conclusions indiquent qu'une documentation de qualité exerce une influence positive sur la communication avec les patients/clients et avec le reste de l'équipe de soins, ce qui permet d'obtenir des résultats positifs et une augmentation de la satisfaction des fournisseurs de soins (Mulkins et coll., 2005). La documentation partagée sous forme de plans de soins, d'outils pratiques créés sur la base de données probantes et de dossiers normalisés offre à l'équipe interprofessionnelle un accès aisé aux renseignements sur le patient/client pour tout ce qui a trait aux décisions cliniques et à la planification des soins (Prades et Borrás, 2011).

Masso et Owen (2009) ont découvert que l'utilisation d'outils d'évaluation clinique communs et le développement de protocoles ont permis d'accroître la collaboration entre les fournisseurs, d'améliorer la coordination et l'intégration des soins pour les patients/clients, et de réduire le chevauchement des services.

Les plans de soins interprofessionnels ont été désignés comme des ressources efficaces pour améliorer le travail d'équipe, augmenter l'efficacité des processus de soins au sein d'une organisation et réduire les risques d'épuisement professionnel pour les membres de l'équipe travaillant dans les hôpitaux (Deneckers, Euwema, Lodewijckx, Panella, Mutsvari Sermeus et coll, 2013). Les équipes peuvent perfectionner leur expertise et accroître les résultats en créant des plans de soins sur mesure pour répondre aux besoins particuliers des patients/clients. Cela permet de jeter les bases pour le développement et la promotion d'une équipe hautement performante (Brennan, Butow, Marven, Spillane et Boyle, 2011; Deneckers et coll. 2013; Murchie, Campbell, Ritchie et Thain, 2005).

Recommandations individuelles et d'équipe

Les recommandations suivantes tiennent compte du cadre notionnel des milieux de travail sains et reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels du développement et du maintien des soins de santé interprofessionnels en milieu de travail, qui doivent être abordés à l'échelle individuelle pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments individuels comprennent :

Éléments physiques et organisationnels

- Les exigences du travail;
- La nature du travail;
- Les caractéristiques du travail;
- La composition des effectifs.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

- Les capacités cognitives, psychologiques et sociales, et l'effort;
- La compétence culturelle;
- Le sexe;
- Les relations de travail (schémas de communication, processus décisionnel, résolution des conflits et mentorat);
- La précision du rôle;
- La tension liée au rôle;
- Le niveau de difficulté psychologique;
- La sécurité d'emploi;
- La complexité clinique;
- Les connaissances cliniques, les capacités d'adaptation et les habiletés en matière de communication.

Éléments professionnels

- L'expérience, les aptitudes et les connaissances;
- Les qualités personnelles;
- Les habiletés en matière de communication;
- Les facteurs motivationnels.

11.0 APPUI À L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET PRESTATION DE SOINS

RECOMMANDATION 11.1 :

Tous les professionnels de la santé, y compris les bénévoles et les étudiants, démontrent leur engagement envers les principes des soins interprofessionnels en :

- a) Exerçant et en collaborant avec les collègues, les patients/clients et les familles de manière à favoriser le respect, la confiance et la compréhension;
- b) Assimilant leurs rôles et leur expertise, en réfléchissant à leur pratique, en ayant confiance en leurs propres capacités et expertise, en connaissant les normes et les limites de leur pratique et en sachant quand se tourner vers les autres membres de l'équipe;
- c) Développant des compétences en matière de communication et de gestion des conflits.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories C et D.

Pour une pratique et une collaboration efficaces au sein des équipes interprofessionnelles, les personnes doivent faire preuve de confiance et de respect en plus de connaître le rôle de chaque membre de l'équipe. Ce sont là les compétences fondamentales des soins interprofessionnels, et elles sont grandement valorisées par les fournisseurs de soins de santé (Marshall et coll., 2008; St. Joseph's Health Centre, 2009). En plus de ces caractéristiques, les membres de l'équipe doivent, à la fois en tant que professionnels et parties intégrantes de l'équipe, mener une autoévaluation (voir **P'Annexe F**) et réfléchir à leur pratique (King, 2013).

Il est important pour tous les membres de l'équipe de participer à la création des systèmes et des procédures qui appuient une approche interprofessionnelle des soins. L'échange et l'application des connaissances constituent un processus clé pour le développement des soins de santé assurés en équipe (présenté dans le modèle conceptuel pour la création et le maintien de soins de santé interprofessionnels, à la Figure 2). Tous les professionnels des soins de santé doivent faciliter la compréhension des connaissances dans les équipes interprofessionnelles. Au cours d'une étude quantitative, on a déterminé que les infirmières praticiennes, en particulier, jouaient un rôle essentiel dans la compréhension mutuelle parmi les membres d'équipes nouvellement formées (Quinlan et Robertson, 2013). Il semble aussi que les infirmières praticiennes sont des membres essentiels des équipes interprofessionnelles, qu'elles ont un bon pouvoir de communication et échangent efficacement leurs connaissances (Quinlan et Robertson, 2013).

Pour assurer la collaboration interprofessionnelle, les membres de l'équipe doivent connaître leur propre rôle et leur champ d'application en plus d'avoir l'assurance de fournir une rétroaction éclairée pour les plans de soins. Suite à la formation et à l'implication pratique dans des activités du programme d'interprofessionnalisme, les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé ont affirmé qu'ils se sentaient plus qualifiés dans leurs propres rôles, qu'ils en savaient davantage à propos du rôle des autres personnes impliquées dans le cercle de soins aux patients/clients, et qu'ils étaient plus confiants et motivés à l'idée d'accomplir leurs tâches et de communiquer avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle (Quinlan et Robertson, 2013). Les membres de l'équipe ont également démontré leur engagement envers les soins interprofessionnels en reconnaissant et en respectant les rôles et l'expertise des autres membres (Oandasan et Reeves, 2005).

L'efficacité de n'importe quelle équipe dépend de la capacité de ses membres à résoudre les problèmes, à assumer la responsabilité de leur travail, à surmonter les obstacles (voir **P'Annexe D**) et à régler les conflits. Les conflits qui surgissent dans les milieux de soins de santé ont de nombreuses sources. Par exemple les relations interdépendantes entre les membres de l'équipe (y compris les patients/clients et les familles) sont parfois compliquées en raison des divergences d'intérêts, de valeurs, de croyances ou des conflits interpersonnels (De Dreu et Van de Vliert, 1997). De mauvaises relations entre les collègues peuvent survenir si les conflits interpersonnels ne sont pas réglés, et cela peut miner la sécurité, réduire les résultats et troubler l'organisation. Les désaccords causent souvent de l'anxiété, de la frustration et

de la jalousie, et les conflits interpersonnels peuvent laisser les personnes impliquées avec un sentiment de colère, de trahison et de frustration (Bishop, 2004).

Il est nécessaire d'avoir une certaine compréhension des conflits et de savoir comment les gérer pour assurer le succès des équipes (AIIAO, 2006). Des recherches ont démontré que les conflits relationnels et les conflits de tâche ont différentes conséquences. Les conflits relationnels produisent des réactions émotionnelles négatives (Jehn, 1995); lorsqu'ils sont très graves, les personnes ressentent de la frustration, des tensions et la peur d'être rejetées par les autres membres de l'équipe (Murnighan et Conlon, 1991). Ils causent aussi une dysfonction dans le travail d'équipe, diminuent l'engagement dans la prise de décision en équipe et réduisent le dévouement envers l'organisation (Jehn, Northcraft et Neale, 1999). Cela soulève des problèmes de communication au sein de l'équipe (Baron, 1991), une insatisfaction liée au travail (Jehn, 1995; Jehn, Chadwick et Thatcher, 1997) et une augmentation des niveaux de stress (Raymond, Simon, Steven et James, 2000). Cependant, tous les conflits n'ont pas des conséquences négatives; ils peuvent parfois avoir des avantages (De Dreu et Van de Vliert, 1997; Jehn, 1995; Jehn et Mannix, 2001).

Les conflits de tâche entraînent différentes conséquences : les longues périodes de haut niveau de conflits font du tort au rendement des personnes et de l'équipe, mais des conflits modérés en lien avec les tâches peuvent réduire la prise de décision de groupe biaisée et déficiente (Brodbeck, Kerschreiter, Mojzisch, Frey et Schulz-Hardt, 2002). Ce dernier résultat est plus susceptible de se produire lorsqu'il n'y a pas de conflits relationnels (De Dreu et Weingart, 2003a; Simons et Peterson, 2000), et lorsque les membres discutent des problèmes et débattent de leurs divergences de points de vue, de croyances et d'opinion de façon ouverte (De Dreu et Weingart, 2003; Tjosvold, 1998). Certaines études ont permis de démontrer qu'à certaines occasions, les conflits peuvent augmenter la créativité et la qualité du travail dans un groupe (Amason, 1996), en plus d'accroître l'efficacité et le développement (Eisenhardt et Schoonhoven, 1990). Il est essentiel de résoudre les conflits afin de partager la prise de décision et de créer un environnement de soutien pour la pratique interprofessionnelle (SJHC, 2009).

12.0 POUVOIR ET HIÉRARCHIE DANS LES ÉQUIPES

RECOMMANDATION 12.1 :

Les membres de l'équipe démontrent leur volonté de partager les pouvoirs en :

- a) Créant un environnement de collaboration grâce à la reconnaissance et à la compréhension du pouvoir et de son influence sur toutes les personnes impliquées;
- b) Établissant des relations équilibrées grâce au partage du leadership, de la prise de décision, de l'autorité et de la responsabilité;
- c) Prenant en compte les diverses voix lors de la prise de décision;
- d) Partageant ouvertement les connaissances;
- e) Travaillant de concert avec les patients/clients et leurs familles pour planifier et dispenser les soins.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C et D.

La nature des soins de santé donne lieu à différents désaccords parmi les membres de l'équipe, et ces différends sont exacerbés selon la complexité du problème de distribution des pouvoirs (Janss, Rispen, Segers et Jehn, 2012). Dans le domaine de la santé, le pouvoir est associé aux postes et aux titres (hiérarchies), et le pouvoir dépend des connaissances et de l'expertise

(Henneman, 1995). Lors d'une étude systématique menée par Kendra et Seenandan (2012), il a été démontré que les inégalités entre les sexes contribuaient aux déséquilibres de pouvoir dans le système de santé canadien. Un lien a également été établi entre les querelles de pouvoir qui en découlent et le manque de respect interprofessionnel parmi les infirmières, les médecins et les professionnels paramédicaux (Kendra et Seenandan, 2012).

Janss et ses collaborateurs (2012) ont découvert que les membres de l'équipe médicale coordonnent le travail, coopèrent et communiquent selon leurs motivations personnelles et leur perception du pouvoir. Ils ont suggéré que les équipes reconnaissent et acceptent l'existence de ces querelles de pouvoir et ont proposé que les équipes participent à une formation sociale et organisationnelle pour atténuer les effets de ce pouvoir, ou les conséquences de ces conflits. Cela permettrait d'améliorer les relations au sein de l'équipe, de mettre en lumière la nécessité d'avoir une meilleure compréhension des facteurs motivants dans les équipes, et d'établir le fondement pour des interactions respectueuses.

Hills, Mullett et Carol (2007) ont également conclu que pour réussir la mise en œuvre d'une approche multidisciplinaire ou interprofessionnelle des soins primaires, il fallait s'écarter des soins dispensés par un médecin. Ils ont affirmé que cela ne pouvait se produire que lorsqu'il y aurait un changement dans les structures sous-jacentes, les valeurs, les relations de pouvoir et les rôles définis par le système de soins de santé et par la communauté générale, où les médecins sont traditionnellement considérés comme étant supérieurs aux autres fournisseurs de soins.

Les travailleurs de la santé ont pour défi de chercher des façons de partager le pouvoir et d'établir des relations de travail positives qui correspondent au mandat d'égalité des organisations ainsi qu'aux compétences et aux aptitudes des membres. En s'engageant à travailler de concert, les travailleurs de la santé peuvent mettre sur pied et maintenir des organisations saines qui valorisent et valident les contributions de chaque personne. Toutefois, en dépit de nos efforts continus, nous pourrions ne jamais être en mesure d'éliminer complètement les déséquilibres de pouvoir, puisque ce dernier est inhérent dans toutes les relations, que nous le voulions ou non. Pourtant, il est essentiel que chacun de nous évalue d'où proviennent nos idées individuelles sur le pouvoir, et prenne en considération la façon dont nous en faisons usage avec nos collègues, avec les autres travailleurs de la santé et avec nos patients/clients. Reconnaître notre pouvoir et son influence sur les autres qui nous entourent est la première étape vers la promotion d'un environnement d'équipe égalitaire et collaboratif. Les travailleurs de la santé doivent envisager d'établir des relations humaines où les inégalités de pouvoir sont minimisées, où les gens se sentent solidaires les uns avec les autres, où l'empathie surpasse les intérêts personnels et où l'entraide et le soutien sont plus importants que les systèmes de statut et d'autorité (St. Joseph's Health Centre, 2009).

Les inégalités de pouvoir entraînent un mauvais partage du processus décisionnel en ce qui a trait aux soins pour le patient/client (Orchard et coll., 2009). Lorsque les membres de l'équipe sont prêts à partager les pouvoirs, ils contribuent ainsi à un milieu de travail sain où tous les membres de l'équipe, y compris les patients/clients, se sentent impliqués, responsables, respectés et valorisés (St. Joseph's Health Centre, 2009).

Messages clés

- Une meilleure égalité constitue une condition préalable aux bonnes relations sociales.
- Le pouvoir peut être secret ou déclaré, subtil ou flagrant, caché ou exposé.
- Chaque personne doit réfléchir à la façon dont son pouvoir agit sur ses relations avec les autres.
- L'objectif de toute relation est de limiter les inégalités de pouvoir entre les gens.
- Chaque membre de l'équipe dispose d'un pouvoir. Les membres de l'équipe exercent leur pouvoir différemment. Cependant, certains membres ont plus de pouvoir que d'autres. Ceux qui ont plus de pouvoir peuvent en abuser en contrôlant le travail des autres. Ceux qui se sentent désavantagés peuvent user de leur pouvoir de façon passive ou opposer une résistance manifeste.
- Les personnes au pouvoir doivent assumer la responsabilité des effets négatifs de leurs actions sur les gens désavantagés, que ces actes aient été intentionnels ou non. (St. Joseph's Health Centre, 2009).

Actions qui soutiennent le partage des pouvoirs

- Effectuer une rotation au poste de président lors des réunions d'équipe.
- Inclure les membres de l'équipe appropriés et les patients/clients lors des discussions portant sur le traitement (intégrer diverses opinions).
- Partager les connaissances avec les autres.
- Valider les expériences de travail des autres, ou au moins en parler.
- Créer des espaces sécuritaires où chacun se sent bienvenu.
- Entretenir des conversations constructives et franches.
- Partager les rôles et les responsabilités entre tous les membres de l'équipe, sans égard à leur éducation ou à leur formation professionnelle.
- Discuter des pouvoirs : chacun reconnaît le pouvoir lorsque nous engageons des discussions et des conversations portant sur les inégalités et les différences de privilèges et de pouvoir. (St. Joseph's Health Centre, 2009)

13.0 FORMATION INTERPROFESSIONNELLE

RECOMMANDATION 13.1 :

Les personnes développent des aptitudes et des compétences en matière de préceptorat, de mentorat et de contribution à la formation interprofessionnelle.

Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A, C et D. Les organisations ont besoin de personnes dévouées et enthousiastes pour être des champions compétents et qualifiés des soins et de la formation interprofessionnels. Former les gens aux soins interprofessionnels contribue à leur faire dépasser les frontières pour exercer une pratique collaborative et promouvoir une communication de qualité (Banez et coll., 2008). Les équipes qui sont formées ensemble produisent de meilleurs résultats pour les patients/clients (Reeves et Reeves, 2008). Puisque les organisations offrent de plus en plus d'occasions de formation interprofessionnelle aux étudiants, les différents professionnels devront être formés à la facilitation, au préceptorat et au mentorat (CNA, 2004). On attend de tous les employés qu'ils contribuent au développement professionnel et à l'apprentissage des étudiants dans leur propre profession et dans les autres. Les personnes peuvent participer à la formation des étudiants en les laissant les accompagner au travail, en participant à l'orientation, en offrant des stages et en devenant précepteur ou mentor (Professions Santé Ontario, 2007; Curran et Orchard, 2007).

Lacunes de la recherche et conséquences futures

Durant l'examen des données pour les présentes lignes directrices, le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario a déterminé les domaines de recherche prioritaires qui suivent. Ces domaines ont été généralement classés dans la recherche sur la pratique, les résultats et le système de santé (voir le Tableau 1).

Tableau 1. Domaines de recherche prioritaires sur la pratique, les résultats et le système de santé

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
RECHERCHE SUR LA PRATIQUE	Création d'une évaluation et d'un outil de documentation normalisés à être utilisés par les équipes interprofessionnelles durant la pratique clinique
	Contextualisation de l'équipe interprofessionnelle dans différents secteurs
	Répercussions des technologies des communications et de la facilité de l'accès à l'information sur l'équipe interprofessionnelle
RECHERCHE SUR LES RÉSULTATS	Importance d'inclure le patient et sa famille dans l'équipe interprofessionnelle
	Incidence des soins interprofessionnels sur la longueur du séjour des patients
	Influence des équipes interprofessionnelles sur la satisfaction du personnel
	Effets de la formation interprofessionnelle sur la pratique professionnelle et les résultats cliniques spécifiques
	Efficacité des différents appareils utilisés pour la redistribution ou le délestage de la pression dans le cas d'ulcères de pied diabétique
RECHERCHE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	Évaluations économiques de la santé des stratégies de soins interprofessionnels

L'information qui se trouve dans le Tableau 1, bien que non exhaustive, est une tentative pour déterminer et hiérarchiser la quantité de recherches nécessaires dans ce domaine. Plusieurs des recommandations des lignes directrices sont fondées sur des données de recherche quantitative et qualitative. Les autres recommandations sont basées sur un consensus ou l'opinion d'experts. Des recherches approfondies sont nécessaires pour corroborer l'opinion des experts. L'accroissement des données de recherche peut avoir une influence sur les connaissances, ce qui permettra d'améliorer la pratique et les résultats grâce à une approche interprofessionnelle pour la prestation de soins aux patients.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent s'adapter à chaque milieu de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations correspondent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et Hoek, 2013). Notre *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (AIIAO, 2012b) propose un processus basé sur les données probantes pour aller en ce sens.

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les chefs de file de tous les niveaux se sont engagés à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices;
- La sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- Il faut cerner les intervenants pertinents (compte tenu de la ligne directrice en question), puis les faire participer au processus de mise en œuvre;
- L'état de préparation du milieu relativement à la mise en œuvre est évalué;
- Les lignes directrices sont adaptées au contexte local;
- Les obstacles et les facteurs favorisant l'utilisation des lignes directrices sont évalués et traités;
- Les interventions favorisant l'utilisation des lignes directrices sont choisies;
- L'utilisation des lignes directrices fait l'objet d'une surveillance systématique et ne cesse pas;
- L'évaluation des conséquences qu'entraîne l'utilisation des lignes directrices fait partie du processus;
- Des ressources adéquates sont disponibles pour l'exécution de tous les aspects de la mise en œuvre des lignes directrices.

La *Trousse* (AIIAO, 2012b) utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009) pour démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances. Il permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIAO) s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre de nos lignes directrices. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment le réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers^{MC}, qui renforce les capacités des infirmières participantes et qui prend des mesures de sensibilisation et de motivation relatives aux lignes directrices des pratiques exemplaires en plus d'encourager leur adoption. Une autre initiative similaire, le titre d'organisation vedette des pratiques exemplaires^{MC}, vise à appuyer la mise en œuvre des lignes directrices à l'échelle des organisations et du système. Les organismes vedettes en pratiques exemplaires (OVPE) se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et de maintenir plusieurs lignes directrices des pratiques exemplaires l'AIIAO. De plus, nous offrons annuellement des ateliers de perfectionnement portant sur certaines lignes directrices et leur mise en œuvre (AIIAO, 2012b, p. 19-20).

Les pages Web suivantes fournissent des renseignements sur nos différentes stratégies de mise en œuvre :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>

- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO : <http://rnao.ca/bpg/bpsa>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <http://rnao.ca/events>
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO pour faciliter la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, veuillez écrire à BNOS@rnao.ca.

Évaluation et surveillance de la ligne directrice

On encourage les organisations qui mettent en œuvre les recommandations des présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains (Développement et maintien de soins de santé interprofessionnels) à se pencher sur la façon dont la mise en œuvre et ses conséquences seront surveillées et évaluées. Le Tableau 2 est fondé sur un cadre décrit dans la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)*, (AIIAO, 2012b), et illustre certains indicateurs pour la surveillance et l'évaluation de ces lignes directrices.

Tableau 2. Exemples d'indicateurs pour la surveillance et l'évaluation

NIVEAU DE L'INDICATEUR	MODE D'ORGANISATION	PROCESSUS	RÉSULTAT	MESURE
Objectif	Évaluer les soutiens organisationnels qui permettent à l'équipe soignante d'acquérir des pratiques interprofessionnelles efficaces et d'en faire preuve.	Évaluer les processus organisationnels et les comportements interprofessionnels qui sont liés au modèle conceptuel.	Évaluer l'incidence de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice dans différents milieux cliniques.	Mesurer les indicateurs de surveillance des modes d'organisation, des processus et des résultats.
Organisation/ service	<p>Plans spécifiques dans l'organisation pour mettre en œuvre les lignes directrices sur le développement et le maintien des soins de santé interprofessionnels.</p> <p>Modes de fonctionnement respectant les recommandations relatives au soutien organisationnel qui sont observables dans l'organisation, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Processus pour la coordination des soins 	<p>Mécanismes de communication établis et utilisés, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'accès à distance, des forums ouverts, de la documentation partagée. <p>Outils de mesure de la charge de travail, utilisés de façon appropriée pour planifier la dotation interprofessionnelle</p> <p>Systèmes pour surveiller les résultats de la</p>	<p>Résultats organisationnels, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mesures pour la qualité ■ Congés de maladie ■ Stabilité du personnel de direction ■ Taux de conservation 	<p>Ressources humaines</p> <p>Statistiques, sondage sur la satisfaction du personnel, heures supplémentaires, roulement du personnel, congés de maladie, conservation du personnel infirmier et des soins de santé pour tous les rôles.</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	MODE D'ORGANISATION	PROCESSUS	RÉSULTAT	MESURE
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Processus et technologie pour faciliter la continuité de la communication et l'accès à l'information ■ Professionnels qui exercent pleinement leurs compétences ■ Gouvernance partagée par des comités de gouvernance 	<p>coordination efficace et de la prestation de soins, p. ex. satisfaction des patients et du personnel</p>		
Équipes individuelles	<p>Disponibilité de la formation et soutien apporté pour les six domaines de compétences interprofessionnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expertise en matière de soins 2. Partage des pouvoirs 3. Leadership collaboratif 4. Optimisation de la profession, des rôles et du champ d'application 5. Prise de décision partagée 6. Fonctionnement efficace du groupe 	<p>Les personnes occupant toutes sortes de rôles démontrent leurs compétences interprofessionnelles en lien avec chacun des six domaines, comme indiqué dans les lignes directrices</p> <p>Évaluations du rendement selon un calendrier établi, y compris l'autoévaluation</p> <p>Les comportements de leadership sont évalués dans le cadre de l'évaluation du rendement.</p>	<p>Résultats auprès de l'équipe interprofessionnelle, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation de la qualité de l'expérience d'apprentissage; ■ Satisfaction à l'égard de l'expérience d'apprentissage; ■ Démonstration des compétences interprofessionnelles en communication et dans la qualité des soins 	<p>An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes (2012)</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	MODE D'ORGANISATION	PROCESSUS	RÉSULTAT	MESURE
Patient/client	Des plans de soins interprofessionnels de qualité sont mis en place	<p>Surveillance continue des effets des processus et des décisions de l'équipe interprofessionnelle sur les patients/clients, de l'attribution des ressources et de la qualité</p> <p>Les processus par lesquels les patients/clients ont la possibilité d'exprimer des rétroactions sur les soins leur sont expliqués et sont accessibles</p>	<p>Satisfaction des patients à l'égard de l'équipe de soins interprofessionnels</p> <p>Rétroaction documentée des patients sur les soins</p> <p>Nombre de problèmes non résolus relatifs aux soins des patients</p>	<p>Questionnaire sur la satisfaction à l'égard des soins infirmiers (Eriksen, 2005)</p> <p>Durée du séjour du patient</p> <p>Taux de réadmission</p>
Finances			<p>Économies relatives au recrutement et au maintien en poste</p> <p>Économies relatives aux heures de maladie</p> <p>Économies relatives aux heures supplémentaires</p>	

Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision). Le processus sera réalisé tous les cinq ans suivant la dernière série de révisions.

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision). Le processus sera réalisé tous les cinq ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période entre l'élaboration et la révision, le personnel du programme de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario sur les milieux de travail sains surveillera régulièrement les nouvelles revues systématiques et les études dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel du projet peut recommander de procéder plus tôt que prévu au plan de révision. Une consultation auprès d'une équipe d'élaboration de lignes directrices, formée de membres du groupe d'origine et d'autres spécialistes du domaine, précède la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de cinq ans.
4. Six mois avant l'échéance de révision de cinq ans, le personnel du projet commencera à planifier le processus de révision en :
 - a) invitant des spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés;
 - b) compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des milieux de mise en œuvre;
 - c) compilant la documentation pertinente;
 - d) établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La version révisée de la ligne directrice sera transmise selon les modes de fonctionnement et les processus établis.

Références

Abu-Rish, E., S. Kim, L. Choe, L. Varpio, E. Malik, A.A. White et coll. (2012). Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature Review. *Journal of Interprofessional Care*, 26 (6), 444-451.

Agrément de la formation interprofessionnel en sciences de la santé (AFISS) Principles and practices for integrating interprofessional education into the accreditation standards for six health professions in Canada 2011

Adamson, K. (2011). *Interprofessional empathy in an acute healthcare setting*. Ph. D. Wilfrid Laurier University.

Aksoy, D. Y., A. Gurlek, Y. Cetinkaya, A. Oznur, A. Yazici, M. Ozgur, F. et coll. (2004). Change in the amputation profile in diabetic foot in a tertiary reference center: Efficacy of team working. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes*. 112 (9) (p. 526-530), 2004. Date de publication : octobre 2004.,(9), Oct.

Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American journal of health promotion*, 15(5), 296-320. Tiré de : M.P. O'Donnell.

Almas, S. H. et H. Barr, (2008). Common curricula in Norway: Differential implementation and differential outcomes in undergraduate health and social care education. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), 650-657. Tiré de : Informa UK Ltd UK.

Amason, A. C. (1996). Distinguishing the Effects of Functional and Dysfunctional Conflict on Strategic Decision making: Resolving a Paradox for Top Management Teams. *The Academy of Management Journal*, 39(1), 123-148. Tiré de : <http://www.jstor.org/stable/256633>. Tiré de : Academy of Management.

Anderson, E., N. Manek et A. Davidson, (2006). Evaluation of a model for maximizing interprofessional education in an acute hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 182-194. Tiré de : <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/67863557?accountid=14771>

Banez, C., S. Tully, L. Amaral, D. Kwan, A. Kung, K. Mak et coll. (2008). Development, implementation, and evaluation of an interprofessional falls prevention program for older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56 (8) (p. 1549-1555), 2008. Date de publication : août 2008.,(8), août. DOI :<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01790.x>

Barker, K. K. et I. Oandasan. (2005). Interprofessional care review with medical residents: lessons learned, tensions aired--a pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 207-214.

Bishop, S.R. (2004). Nurses and conflict: Workplace experiences. (mémoire de maîtrise). Université de Victoria, Canada. Tiré d'une base de mémoires et de thèses. (Publication n° AAT MR02074). Tiré de : http://dspace.library.uvic.ca:8080/bitstream/handle/1828/669/bishop_2004.pdf?sequence=1

Blegen, M. A. et T. Vaughn. (1998). A multisite study of nurse staffing and patient/client occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196-203. Tiré de : <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/236929115?accountid=14771>. Tiré de : Anthony J. Jannetti, Inc.

Bolduc, N. et P. Grand'Maison. (2007). Towards unity for health: Lessons for health development in Canada. *Education for Health*, 20(2), 1-12.

Brennan, M. E., P. Butow, M. Marven, A. J. Spillane et F. M. Boyle. (2011). Survivorship care after breast cancer treatment – Experiences and preferences of Australian women. *Breast*. 20 (3) (p. 271-277), 2011. Date de publication : juin 2011.,(3), juin. DOI :<http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2010.12.006>

Brodbeck, F. C., R. Kerschreiter, A. Mojzisch, D. Frey et S. Schulz-Hardt. (2002). The dissemination of critical, unshared information in decision making groups: the effects of pre-discussion dissent. *European Journal of Social Psychology*, 32(1), 35-56. Tiré de : <http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.74>. Tiré de : John Wiley & Sons, Ltd.

Canadian Health Services Research Foundation, 2006. *Job Satisfaction and Retention of Nursing Staff: The Impact of Nurse Management Leadership*. Tiré de : http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/gagnon_1_3_25_e.pdf

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Tiré de : http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210r.pdf

College and Association of Registered Nurses of Alberta (2006). Entry to practice competencies for the registered nurses profession. Consulté le 30 juin 2008, tiré de : http://www.nurses.ab.ca/Carna_Admin/Uploads/Entry_to_Practice%20Competencies.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2006). *Therapeutic nurse-client relationship*, mise à jour 2006. Toronto : College of Nurses. Tiré de : <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/publications-list/list-of-all-publications/>

College of Registered Nurses of British Columbia (2006b). Competencies in the context of entry level registered nurse practice in British Columbia. Vancouver : auteur (Pub. n° 375 1). Tiré de : http://www.nurses.ab.ca/Carna_Admin/Uploads/2013_Entry_to_Practice_Competencies.pdf

Caplan, G. A., A. J. Williams, B. Daly et K. Abraham. (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 Geriatrics Society*, 52(9), 1417-1423.

Cashman, S., P. Reidy, K. Cody et C. Lemay. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health-care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), 183-196.

Cho, S. H., S. Ketefian, V. H. Barkauskas et D. G. Smith (2003). The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. *Nursing Research*, 52(2). Tiré de : http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/2003/03000/The_Effects_of_Nurse_Staffing_on_Adverse_Events.3.aspx

Chreim, S., A. Langley, M. Comeau-Vallee, J. L. Huq et T. Reay. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, 9(2), 201-228.

Cohen, S. G. et D. E. Bailey. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(3), 239-290. DOI : Organizational Behavior [3660]]

Council of the Federation Secretariat (2013). De l'innovation à l'action : premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. Ottawa, Ontario. Tiré de : <http://www.conseildelafederation.ca/en/featured-publications/75-council-of-the-federation-to-meet-in-victoria>

Crow, J. et L. Smith. (2003). Using co-teaching as a means of facilitating interprofessional collaboration in health and social care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 45-55.

CCurran & Orchard, 2007; Tiré de : http://www.cihc.ca/files/publications/CIHC_IPE-LitReview_May07.pdf

Currie, I. (2011). Government Policies to Encourage University-Business Research Collaboration in Canada: Lessons from the US, the UK and Australia CSLS Research Report 2011.

- Curtis, J.R. (2008). Caring for patients/clients with critical illness and their families: The value of the integrated clinical team. *Respiratory Care*, 53(4), 480-487.
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, R. L. San Martin et M. D. Beaulieu. (2005a). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. [mise à jour] [71 refs]. *Journal of Interprofessional Care*, 19, Suppl-31.
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, R. L. San Martin et M. D. Beaulieu. (2005b). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (SUPPL, 1)(p. 116-131), mai. DOI : <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., L. Goulet, J. F. Labadie, L. S. Martin-Rodriguez, R. Pineault. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 21 (8), 1-14.
- D'Amour, D. et I. Oandasan. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (SUPPL, 1)(p. 8-20), mai.
- De Dreu, C. K. W. et E. Van de Vliert. (1997). *Using conflict in organizations*. Londres: Sage.
- De Dreu, C.K.W., K. W. Carsten et L. R. Weingart. (2003). *Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction*. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 741-749.
- De Dreu, C.K.W., L. R. Weingart. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis. *Journal of applied psychology*, 88 ((4), 741-749. DOI : 10.1037/0021-9010.88.4.741
- Deneckere, S., M. Euwema, C. Lodewijckx, M. Panella, T. Mutsvari, W. Sermeus et coll. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 51, 99-107.
- Donahue, K.E., J. R. Halladay, A. Wise, K. Reiter, S. Y. Lee, K. Ward, M. Mitchell, B. Qagish. (2013). Facilitators of transforming primary care: A look under the hood at practice leadership. *Annals of family medicine*, 11(Suppl 1), S27-33.
- Doran, D., M. Koh, A. Dick, L. Heys, C. VanWirchen, O. Yim. (2012). *Leading practices and programs for developing leadership among health care professionals at the point-of-care. Rapport final présenté au MSSLD. Tiré de : Nursing Health Services Research Unit: http://www.nhsru.com/wp-content/uploads/FINAL-for-Website_No-Appendix_Developing-Leadership-at-the-Point-of-care-Report_March2012.pdf*
- Dugan, J., E. Lauer, Z. Bouquot, B. K. Dutro, M. Smith et G. Widmeyer. (1996). Stressful nurses: the effect on patient/client outcomes. *Journal of nursing care quality*, 10(3), 46-58.
- Dunleavy, J., J. Shamian et D. Thomson. (2003). Workplace pressures. Handcuffed by cutbacks. *The Canadian nurse*, 99(3), 23-26. Tiré de : <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/73196398?accountid=14771>
- Edwards, M., M. Davies et A. Edwards. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision making in healthcare consultations: a meta-synthesis of the literature. *Patient/client Education and Counseling*, 75(1), 37-52.

- Edwards, N. et E. Di Ruggiero. (2011). Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6), 43-49. Tiré de : SAGE Publications Inc.
- Eisenhardt, K. M. et C. B. Schoonhoven. (1990). Organizational Growth: Linking Founding Team, Strategy, Environment, and Growth Among U.S. Semiconductor Ventures, 1978-1988. *Administrative Science Quarterly*, 35(3), 504-529. Tiré de : SAGE Publications Inc.
- Estabrooks, C. A., W. K. Midodzi, G. G. Cummings, K. L. Ricker et P. Giovannetti. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing research*, 54(2), 74-84.
- Freyer, D. R., A. Kuperberg, D. J. Sterken, S. L. Pastyrnak, D. Hudson et T. Richards. (2006). Multidisciplinary Care of the Dying Adolescent. [Références]. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, (3), 693-715. DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2006.02.003>
- Gouvernement de l'Ontario, 2010. Working Together for the Health of Ontario. Tiré de : http://www.caho-hospitals.com/wp-content/uploads/2011/06/CAHO_2010-2011_Annual_Report.pdf
- Greenfield, D. (2007). The enactment of dynamic leadership. *Leadership in Health Services*, 20(3), 159-168. DOI : 10.1108/17511870710764014
- Grinspun, D. (2000). Putting patients/clients first: the role of nursing caring. *Hospital Quarterly*, 3(4), 22.
- Grinspun, D. (2002). A flexible nursing workforce: realities and fallouts. *Hospital Quarterly*, 6(1), 79.
- Grinspun, D. (2007). Healthy workplaces: the case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *Healthcare Papers*, 7(1), 85. Tiré de : LONGWOODS.
- Gulmans, J., M. M. R. Vollenbroek-Hutten, J. E. W. C. Van Gemert-Pijnen et W. H. Van Harten. (2009). Evaluating patient/client care communication in integrated care settings: Application of a mixed method approach in cerebral palsy programs. *International Journal for Quality in Health Care*. 21 (1) (pp 58-65), 2009. Date de publication : 2009.,(1), 2009. DOI : <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn053>
- Gum, L. F., D. Prideaux, L. Sweet et J. Greenhill. (2012). From the nurses' station to the health team hub: how can design promote interprofessional collaboration? *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 21-27.
- Hammick, M., D. Freeth, I. Koppel, S. Reeves et H. Barr. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735-751. Tiré de : Informa UK Ltd UK.
- Harrison, M. B., I. D. Graham, B. Fervers et J. v. d. Hoek. (2013). *Adapting knowledge to local context, in Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (édit. S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. DOI : 10.1002/9781118413555.ch10
- Hayashi, T., H. Shinozaki, T. Makino, H. Ogawara, Y. Asakawa, K. Iwasaki et coll. (2012). Changes in attitudes toward interprofessional health care teams and education in the first- and third-year undergraduate students. *Journal of Interprofessional Care*, 26(2), 100-107.
- Health Force Ontario, 2007. *Interprofessional Care: A Blueprint for Action*. Tiré de : <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-en.pdf>
- Health Force Ontario, 2010. *Interprofessional Care Strategic Implementation Committee Final Report*. <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/ipc-final-report-may-2010-en.pdf>

Henneman, E. (1995). Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 22, numéro 2, p. 359–363, août 1995.

Henneman, E. A., J. L. Lee et J. I. Cohen. (1995). Collaboration – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (1): 103-109.

Hills, M., J. Mullett et S. Carroll. (2007). Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary care. *Pan American Journal of Public Health*, 21(2/3).

Hudson, B. (2006). Integrated team working: you can get it if you really want it: part I. *Journal of Integrated Care*, 14(1), 13-21. Tiré de : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009119274&site=ehost-live;Publisher URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2479&accno=2009119274>

Hudson, B. (2002). Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 7-17. Tiré de : Informa UK Ltd UK.

Humphreys, G. et T. Pountney. (2006). The development and implementation of an integrated care pathway for 24-hour postural management: a study of the views of staff and carers. *Physiotherapy*, 92 (4) (p. 233-239), 2006. Date de publication : déc. 2006.,(4), déc. DOI :<http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2006.06.002>

Islam, G. et M. J. Zyphur. (2005). Power, Voice, and Hierarchy: Exploring the Antecedents of Speaking Up in Groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 9(2), 93. Tiré de : Educational Publishing Foundation.

Janss, R., S. Rispens, M. Segers et K. Jehn. (2012). What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. *Medical Education*, 46(9), 838-849.

Jehn, K. A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative science quarterly*, 256-282. Tiré de : JSTOR.

Jehn, K. A., C. Chadwick et S.M. Thatcher. (1997). To agree or not to agree: The effects of value congruence, individual demographic dissimilarity, and conflict on workgroup outcomes. *International Journal of Conflict Management*, 8(4), 287-305. Tiré de : MCB UP Ltd.

Jehn, K. A. et E. A. Mannix. (2001). The Dynamic Nature of Conflict: A Longitudinal Study of Intragroup Conflict and Group Performance. *Academy of management journal*, 44(2), 238-251. Tiré de : Academy of Management.

Jehn, K. A., G. B. Northcraft et M. A. Neale. (1999). Why differences make a difference: A field study of diversity, conflict and performance in workgroups. *Administrative science quarterly*, 44(4), 741-763. Tiré de : Sage Publications.

Jones, K. (2010). Integrated care pilot programme: Ensuring people with dementia receive joined up care. *Nursing Times*, 106(10), 12-14.

Kenaszchuk, C., K. Wilkins, S. Reeves, M. Zwarenstein et A. Russell. (2010). Nurse-physician relations and quality of nursing care: findings from a national survey of nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 120-136.

Kilner, E. et L. A. Sheppard. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. [mise à jour] [33 réfs]. *International emergency nursing*, 18(3), 127-137.

King, A. E., M. Conrad, R. A. Ahmed. (2013). Improving collaboration among medical, nursing and respiratory therapy students through interprofessional simulation. *Journal of Interprofessional Care*, 27 (3), 269-271.

- King, N. et A. Ross. (2004). Professional identities and interprofessional relations: evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care*, 38(2), 51-72. Tiré de : Taylor & Francis.
- Kocolowski, M. D. (2010). Shared Leadership: Is It Time for a Change?. *Emerging Leadership Journeys*, 3(1), 22-32.
- Kovner, C. et P. J. Gergen. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321. Tiré de : Wiley Online Library.
- Lau, D. T., J. Masin-Peters, C. Berdes et M. Ong. (2010). Perceived barriers that impede provider relations and medication delivery: hospice providers' experiences in nursing homes and private homes. *Journal of Palliative Medicine*, 13(3), 305-310.
- Lhussier, M., S. M. Carr et J. Wilcockson. (2007). The evaluation of an end-of-life integrated care pathway. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(2), 74-81.
- Lundstrom, T., G. Pugliese, J. Bartley, J. Cox et C. Guither. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American journal of infection control*, 30(2), 93-106. Tiré de : <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/71579961?accountid=14771>
- Makowsky, M.J, T. J. Schindel, M. Rosenthal, K. Campbell, R. T. Tsuyuki, H. M. Madill. (2009). Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: a qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of Interprofessional Care* 2009;23(2):169-184.
- Marshall, D., D. Howell, K. Brazil, M. Howard et A. Taniguchi. (2008). Enhancing family physician capacity to deliver quality palliative home care: An end-of-life, shared-care model. *Canadian Family Physician*.54 (12) (pp 1703+1703.e1-1703.e7), 2008. Date de publication : décembre 2008., (12), décembre.
- Martinussen, M., F. Adolfsen, C. Lauritzen et A. M. Richardsen. (2012). Improving interprofessional collaboration in a community setting: Relationships with burnout, engagement and service quality. *Journal of Interprofessional Care*, 26(3), 219-225
- Masso, M. et A. Owen. (2009). Linkage, coordination and integration: Evidence from rural palliative care. *Australian Journal of Rural Health*.17 (5) (p. 263-267), 2009. Date de publication : octobre 2009.,(5), octobre.
- McDonald, J., G. P. Davies et M. F. Harris. (2009). Interorganisational and interprofessional partnership approaches to achieve more coordinated and integrated primary and community health services: The Australian experience. *Australian Journal of Primary Health*.15 (4) (p. 262-269), 2009. Date de publication : 2009.,(4), 2009.
- McDonald, J., R. Jayasuriya et M. F. Harris. (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research*, 12(1), 63. Tiré de : BioMed Central Ltd.
- Université McMaster, 2012. PIER Project – A Process Oriented Approach to Enhancing Interprofessional Education and Collaborative Relationship Centered Care, Baptiste S., C. Risdon, P. Solomon, C. Tompkins. Tiré de : http://piper.mcmaster.ca/funding_fhs_project4.html
- McPherson, C., A. Kothari et S. Sibbald. (2010). Quality Improvement in Primary Health Care in Ontario: An Environmental Scan and Capacity Map. Rapport final préparé par Quality Improvement in Primary Healthcare Project et Primary Health Care System Program Type de réf. : générique
- McPherson, C. (2008). Child health networks: a case study of network development, evolution and sustainability.

McPherson, C. *Child health networks: A case study of network development, evolution and sustainability*. (n° AAINR65860, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, , 6670. Tiré de : <http://search.proquest.com/docview/873850823?accountid=14771>. (prod.academic_MSTAR_873850823; 2011-99100-596).

McPherson, C. M. et E. A. McGibbon. (2010). Addressing the determinants of child mental health: Intersectionality as a guide to primary health care renewal. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 42(3), 50-64. Tiré de : McGill School of Nursing.

Mental Health Commission of Canada. (2009). Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada. Tiré de : <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/241/toward-recovery-and-well-being>

Mulkins, A. L., J. Eng et M. J. Verhoef. (2005). Working towards a model of integrative health care: Critical elements for an effective team. *Complementary Therapies in Medicine*. 13 (2) (p. 115-122), 2005. Date de publication : juin 2005.,(2), juin. DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2005.04.002>

Murchie, P., N. C. Campbell, L. D. Ritchie et J. Thain. (2005). Running nurse-led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: Qualitative study of health professionals' perspectives. *British Journal of General Practice*. 55 (516) (p. 522-528), 2005. Date de publication : juillet 2005.,(516), juillet.

Murnighan, J. K. et D. E. Conlon. (1991). *The dynamics of intense work groups: A study of British string quartets*. *Administrative Science Quarterly*, 36, 165-186.

Muzio, L. (2003). The Romanow Report: Medicare needs RNs to nurse it back to health. *SRNA Newsbulletin*, 5(1), 1. Tiré de : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2003090076&site=ehost-live>; adresse URL de l'éditeur : www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2180&accno=2003090076

Naylor, C.-J., R. D. Griffiths et R. S. Fernandez. (2004). Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve patient outcomes? A systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 28 (4) (p. 251-258), 2004. Date de publication : juillet 2004.,(4), juillet.

Needleman, J. et P. Buerhaus. (2003). Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-277. Tiré de : ISQHC.

Needleman, J., P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart et K. Zelevinsky. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. Tiré de : Mass Medical Soc.

Nevin, A. I., J. S. Thousand et R. A. Villa. (2009). Collaborative teaching for teacher educators_ÇöWhat does the research say? *Teaching and Teacher Education*, 25(4), 569-574. Tiré de : Elsevier.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2005). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Fredericton : Auteur. Consulté le 3 juillet 2008, tiré de : http://www.nanb.nb.ca/downloads/NANB%20Standards%20of%20Practice%20for%20Registered%20Nurses%202012_E.pdf

Oandasan, I., G.R. Baker, K. Barker, C. Bosco, D. D'Amour, L. Jones, S. Kimpton, L. Lemieux-Charles, L. Nasmith, L. San Martin Rodriguez, J. Tepper et D. Way. 2006. *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation.

Oandasan, I. et S. Reeves. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(51), 39-48. Tiré de : Informa UK Ltd UK.

Oandasan, I. F., L. Luong et A. Wojtak. (2004). Family physicians and home care agencies--valuing each other's roles in primary care. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 7(4), 49.

Orchard, C. A., V. Curran et S. Kabene. (2009). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*, 10. Tiré de : <http://www.med-ed-online.org>

Orchard, C.A., V. Curran et S. Kabene. (2005). Creating a culture of interdisciplinary collaborative professional practice *Medical Education Online* [série en ligne] 2005;10:11. Tiré de : <http://www.med-ed-online.org>

Person, S. D., J. J. Allison, C. I. Kiefe, M. T. Weaver, O. D. Williams, R. M. Centor et coll. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical care*, 42(1), 4-12. Tiré de : LWW.

Peterson, W. E., J. M. Medves, B. L. Davies et I. D. Graham. (2007). Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada: easier said than done. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC*, 29(11), 880-886.

Pinnock, H., G. Huby, A. Tierney, S. Hamilton, A. Powell, T. Kielmann et coll. (2009). Is multidisciplinary teamwork the key? A qualitative study of the development of respiratory services in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(9), 378-390.

Prades, J. et J. M. Borrás. (2011). Multidisciplinary cancer care in Spain, or when the function creates the organ: qualitative interview study. *BMC Public Health*, 11, 141.

Quaschnig, K., M. Korner et M. Wirtz. (2013). Analyzing the effects of shared decision making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 167-175.

Quinlan, E. et S. Robertson. (2013). The communicative power of nurse practitioners in multidisciplinary primary healthcare teams. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(2), 91-102.

Rantz, M., M. Zwygart-Stauffacher, M. Flesner, L. Hicks, D. Mehr, T. Russell et coll. (2013). The Influence of Teams to Sustain Quality Improvement in Nursing Homes that Need Improvement. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(1), 48-52.

Raymond, A. F., T. T. Simon, C. C. Steven et C. T. James. (2000). What goes around comes around: The impact of personal conflict style on work conflict and stress. *International Journal of Conflict Management*, 11(1), 32-55. Tiré de : [ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=What+goes+around+comes+around%3A+The+impact+of+personal+conflict+style+on+work+conflict+and+stress&rft.jtitle=International+Journal+of+Conflict+Management&rft.au=Raymond+A+Friedman&rft.au=Simon+T+Tidd&rft.au=Steven+C+Currall&rft.au=James+C+Tsai&rft.date=2000&rft.pub=Emerald+Group+Publishing%2C+Limited&rft.issn=1044-4068&rft.volume=11&rft.issue=1&rft.spage=32&rft.externalDocID=59716617](http://search.proquest.com/docview/10444068?docid=59716617). Tiré de : Emerald Group Publishing, Limited.

Reeves, P. M. et T. C. Reeves. (2008). Design considerations for online learning in health and social work education. *Learning in Health & Social Care*, 7(1), 46-58. Tiré de : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009779096&site=ehost-live>

Reeves, S., M. Zwarenstein, J. Goldman, H. Barr, D. Freeth, I. Koppel et coll. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230-241. Tiré de : Informa UK Ltd London, UK.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams: Healthy work environments best practice guidelines*. Tiré de : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/collaborative-practice-among-nursing-teams-guideline>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2007a. *Developing and sustaining effective staffing and workload practices: Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Tiré de : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/developing-and-sustaining-effective-staffing-and-workload-practices>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2007b. *Embracing Cultural Diversity in Health Care Developing Cultural Competence: Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Tiré de : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Embracing_Cultural_Diversity_in_Health_Care_-_Developing_Cultural_Competence.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2007c. *Professionalism in Nursing: Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Tiré de : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Professionalism_in_Nursing.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], (2009). *Preventing and Managing Violence in the Workplace: Healthy work environments best practice guidelines*. Tiré de : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/preventing-and-managing-violence-workplace>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], (2012a). *La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Tiré de : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Managing-conflict-healthcare-teams_hwe_bpg.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2012b). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario [AIIAO], 2013. Développement et maintien du leadership infirmier (deuxième édition) : *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Tiré de : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/developing-and-sustaining-nursing-leadership>

Sasichay-Akkadechanunt, T., C. C. Scalzi et A. F. Jawad. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485. Tiré de : LWW.

Seenandan-Sookdeo, K. A., I. (2012). The influence of power in the Canadian healthcare system. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 26(2), 107-112.

Sennour, Y., S. R. Counsell, J. Jones et M. Weiner. (2009). Development and implementation of a proactive geriatrics consultation model in collaboration with hospitalists. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2139-2145.

Shaw, A., S. de Lusignan et G. Rowlands. (2005). Do primary care professionals work as a team: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 396-405. Tiré de : Informa UK Ltd UK.

Shindul-Rothschild, J., D. Berry et E. Long-Middleton. (1996). Where have all the nurses gone?: Final results of our patient care survey. *AJN The American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39. Tiré de : LWW.

Simons, T. L. et R. S. Peterson. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: The pivotal role of intragroup trust. *Journal of applied psychology*, 85(1), 102-111. Tiré de : APA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION.

Solomon, P., D. Marshall, A. Boyle, S. Burns, L. M. Casimiro, P. Hall et coll. (2011). Establishing face and content validity of the McMaster-Ottawa team observed structured clinical encounter (TOSCE). *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 302-304. Tiré de : Informa Healthcare London.

Sovie, M. D. et A. F. Jawad. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600. Tiré de : LWW.

St. Joseph's Health Centre, 2009 *A Roadmap for Co-Creating Models of Interprofessional Care* Tiré de : <http://www.stjoe.on.ca/education/pdf/roadmap.pdf>

Straus, S., J. Tetroe, I. D. Graham, M. Zwarenstein et O. Bhattacharyya. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. Dans : S. Straus, J. Tetroe et I.D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care* (pp.151-159). Oxford, R.-U. : Wiley-Blackwell

The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration, 2008; Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. <http://www.cihc.ca/>

Thylefors, I. (2012). All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 505-512.

Tjosvold, D. (1998). Cooperative and competitive goal approach to conflict: Accomplishments and challenges. *Applied Psychology*, 47(3), 285-313. Tiré de : Wiley Online Library.

Tourangeau, A. E., P. Giovannetti, J. V. Tu et M. Wood. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33(4), 71-88. Tiré de : <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/71662574?accountid=14771>

University Health Network [UHN], 2012. *Interprofessional Education for Internationally Educated Nurses: A Resource to Support Group Clinical Placement Program Planning, Implementation, and Evaluation*. Tiré de : <http://coned.georgebrown.ca/section/nurs/IPE-IEN-Toolkit.pdf>

University of British Columbia, 2012. *British Columbia interprofessional model for simulation-based education in health care: a network of simulation sites*. Tiré de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878583>

Yang, K. P. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-158. Tiré de : LWW.

Annexe A : Glossaire

Agrément : Action d'accréditer ou état de ce qui est accrédité, y compris l'octroi de l'agrément à un établissement d'enseignement par un comité de révision officiel lorsque l'établissement répond à toutes les exigences spécifiques.

Cercle des soins : On entend par « cercle des soins » les personnes et les activités qui sont liées aux soins et aux traitements que reçoit une personne. Sont donc compris les dispensateurs de soins de santé qui fournissent des soins et des services pour le bien-être thérapeutique principal d'un patient ainsi que les activités liées à ces soins et services, comme les analyses de laboratoire et la consultation de cas entre professionnels de santé. Tiré de : <http://www.ic.gc.ca/eic/site/ecic-ceac.nsf/eng/gv00223.html>

Pratique collaborative : Une entreprise commune ou un projet collectif qui assure la volonté de participer. Cette relation implique une planification et une prise de décision partagées fondées sur les connaissances et l'expertise, et non sur le rôle et le titre.

Relation/pratique collaborative : Elle se définit comme une entreprise commune ou un projet collectif qui assure la volonté de participer. Cette relation implique une planification et une prise de décision partagées fondées sur les connaissances et l'expertise, et non sur le rôle et le titre (Henneman, Lee & Cohen, 1995).

Compétence : La qualité ou la capacité d'une infirmière autorisée à intégrer et à appliquer les connaissances, les capacités, les jugements et les qualités personnelles nécessaires pour exercer sa profession de façon sécuritaire et respectueuse de l'éthique dans un rôle et un contexte de pratique donnés. Les qualités personnelles comprennent, sans toutefois s'y limiter, l'attitude, les valeurs et les croyances (CARNA, 2006; NANB, 2005).

Compétences : Énoncés des connaissances, habiletés, capacités, attitudes et jugements nécessaires pour qu'une personne puisse exercer sa profession d'infirmier de façon sécuritaire dans un champ d'application ou dans un rôle ou un contexte de pratique donné (CRNBC, 2006b).

Études corrélationnelles : Études qui déterminent les relations entre les variables. Trois types de résultats sont possibles : aucune relation, corrélation positive ou corrélation négative.

Revue critique : Article spécialisé fondé sur un examen de la documentation sur un enjeu ou un sujet particulier, dans lequel l'auteur présente également ses arguments et opinions.

Données probantes : Les données probantes sont des renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une question. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats découlant d'une recherche de haute qualité effectuée conformément à une méthodologie appropriée constituent les données probantes les plus exactes. La recherche étant souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres types de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche ou tiennent lieu de recherche. La base probante d'une décision se retrouve dans les nombreuses formes de données probantes combinées pour équilibrer la rigueur et l'opportunité tout en privilégiant la première par rapport à la deuxième (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Opinion d'experts : Point de vue d'un groupe d'experts fondé sur les connaissances et l'expérience et qui a fait l'objet d'un consensus.

Soignants : Fournisseurs de soins de santé réglementés ou non, préposés aux services de soutien à la personne, personnes soignantes, bénévoles et familles qui fournissent des services de soins de santé au niveau de l'organisme, de la pratique et de la collectivité.

Équipe de soins de santé : Dans le domaine des soins de santé, les types d'équipes les plus courants sont les équipes de gestion et les équipes de prestation de soins, sur lesquelles portent les présentes lignes directrices. On peut classer ces équipes en fonction des caractéristiques suivantes : la population de patients (comme les équipes gériatriques), le type de maladie (comme les équipes responsables des ACV) ou le cadre de prestation des soins (comme les soins de base, les hôpitaux et les soins de longue durée), (FCRSS, 2006).

Milieu de travail sain : Milieu qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient et le rendement organisationnel.

Lignes directrices des pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains : Énoncés préparés systématiquement et basés sur les meilleures données probantes disponibles venant appuyer la prise de décision au sujet des modes de fonctionnement et des processus permettant d'établir un milieu de travail sain (Fields et Lohr, 1990).

Études d'intégration : Le processus d'intégration se compose des éléments suivants : (1 formulation du problème; (2 collecte de données ou examen de la documentation; (3 évaluation des données; (4 analyse des données et (5 interprétation et présentation des résultats. Tiré de : http://www.findarticles.com/p/articles/mi_ga4117/is_200503/ai_n13476203

Interprofessionnel : Équipes composées de différents professionnels qui travaillent ensemble pour atteindre un objectif commun et pour partager la prise de décision afin d'atteindre cet objectif. L'objectif dans les soins de santé est de travailler à un effort commun avec des personnes et leurs familles pour accroître les résultats et les valeurs. Une équipe interprofessionnelle comprend généralement un(e) ou plusieurs médecins, infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, préposés aux services de soutien à la personne et bénévoles. Des professionnels dans d'autres disciplines peuvent également faire partie de l'équipe, lorsque les ressources le permettent, au besoin (Ferris et coll., 2002).

Soins interprofessionnels : Prestation de services de santé complets assurée au patient par de multiples professionnels qui travaillent en collaboration afin d'offrir des soins de qualité dans un établissement et entre plusieurs établissements.

Formation interprofessionnelle : Processus par lequel deux ou plusieurs professionnels de la santé apprennent les uns avec les autres et les uns des autres au cours de leur cheminement professionnel permanent en vue d'améliorer la collaboration, la pratique et la qualité des soins axés sur les patients (Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2002).

Infirmières : Comprend les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

Méta-analyses : Technique statistique consistant à réunir les résultats de plusieurs études indépendantes afin d'obtenir des estimations plus précises (par rapport aux estimations découlant des études individuelles) des effets d'une intervention ou d'un phénomène observable relatif aux soins de santé (Clark et Oxen, 1999).

Patients/clients : Désigne la personne qui reçoit des services infirmiers. Il peut s'agir de personnes (membres de la famille, tuteurs, soignants suppléants), de familles, de groupes, de populations ou de collectivités entières. Dans le domaine de l'éducation, le patient peut être un élève ou un étudiant; dans le domaine administratif, le patient peut être un employé; en recherche, il peut s'agir d'un participant à l'étude (OIIO, 2002; Registered Nurses Association of Nova Scotia, 2003).

Recherche qualitative : Méthode de collecte et d'analyse de données d'observation et non quantitatives. La recherche qualitative utilise plusieurs méthodes pour obtenir des données d'observation ou interroger des participants afin de comprendre leur point de vue et leurs expériences.

Examen méthodique : Utilisation d'une démarche scientifique rigoureuse pour examiner toutes les données et les preuves relatives à une question. (National Health and Medical Research Council, 1998). Les examens méthodiques définissent les endroits où les effets des soins de santé sont constants, où les résultats de recherche peuvent être appliqués à différentes populations et à divers milieux de santé, et où les différences entre les traitements et les effets varient d'une façon considérable. L'utilisation de méthodes explicites et systématiques dans les examens limite les biais (erreurs systématiques) et réduit l'incidence des impondérables, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels on peut tirer des conclusions et prendre des décisions (Clarke et Oxen, 1999).

Conflit de tâche : Des conflits dans le processus d'assignation des tâches surviennent lorsque vient le temps de déterminer la façon d'accomplir les tâches, les personnes responsables de leur accomplissement et la façon dont elles doivent être déléguées (Jehn et Mannix, 2001).

Équipe : Un nombre de personnes associées dans le but d'accomplir un travail ou une activité. (D'après le dictionnaire en ligne Merriam Webster. Tiré de : <http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary>)

Travail d'équipe : Le travail effectué par un groupe de personnes qui possèdent une expertise individuelle, qui sont responsables de prendre des décisions individuelles, qui ont un objectif commun et qui se rencontrent en vue de communiquer, de partager et de consolider les connaissances de chacun pour ensuite établir des plans, prendre de nouvelles décisions et entreprendre de nouvelles actions (Brill, 1976).

Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a pris l'engagement de s'assurer que ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sont élaborées à l'aide des meilleures données probantes disponibles. Les présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient/client, l'organisme et le système de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario* (2013) constituent le point culminant du travail du groupe d'experts de l'AIIAO pour l'intégration des données probantes les plus importantes et actuelles pour veiller à la validité, à la pertinence et à la sécurité des recommandations et des preuves à l'appui

Le groupe d'experts est composé de professionnels des soins de santé ayant de l'expérience dans la pratique, la recherche, les politiques, la formation et l'administration dans divers champs d'application. Le groupe a reçu l'appui d'un comité consultatif composé de membres de la direction du domaine des soins de santé en provenance de milieux hospitaliers, du gouvernement provincial et d'organismes sans but lucratif

Un examen systématique des données était fondé sur l'objectif et le champ d'application des lignes directrices et appuyé par les trois questions cliniques. Cet examen a permis de recueillir des documents et des lignes directrices pertinentes publiés entre 2002 et 2013. Les questions de recherche suivantes ont été élaborées afin d'orienter l'examen de la documentation :

De quelle façon les soins interprofessionnels dans les organisations et les systèmes peuvent-ils optimiser la satisfaction des patients/clients et les résultats sur la santé?

De quelle façon les soins de santé dans les organisations et les systèmes peuvent-ils mener à la satisfaction des fournisseurs, au fonctionnement efficace de l'équipe et à l'intégration des soins?

De quelle façon les soins de santé dans les organisations et les systèmes peuvent-ils mener à des résultats efficaces pour l'organisation et le système?



Annexe C : Processus de revue systématique/ stratégie de recherche

Stratégie de recherche :

Un bibliothécaire du University Health Network [Réseau universitaire de santé] (UHN) a effectué une recherche documentaire exhaustive de septembre à novembre 2011 dans les bases de données électroniques relatives à la santé suivantes : Embase, PsychInfo, Medline, Cochrane (SR), Cochrane (CCRCT), et CINAHL IP.

Les revues systématiques de langue anglaise, les lignes directrices et les études primaires ont été incluses si elles relevaient du champ d'application des questions cliniques et si elles avaient été publiées entre 2002 et 2011. Il n'y avait aucune préférence quant au modèle de recherche; les études primaires qualitatives et quantitatives ont toutes deux été incluses. Une recherche supplémentaire a été menée de septembre à octobre 2013 pour inclure les études publiées jusqu'en septembre 2013.

Critères d'inclusion :

- Résumés en anglais;
- Articles en français
- Documentation publiée entre 5 et 11 ans
- Documentation grise
- Études internationales
- Documentation portant sur les affaires

Critères d'exclusion :

- Articles portant sur des programmes d'enseignement interprofessionnels
- Documents dans d'autres langues, à moins que le résumé ne soit en anglais et en français
- Études de plus de 11 ans
- Documentation grise de plus de 5 ans

Les mots-clés suivants ont fait l'objet des recherches :

- Interdisciplinaire
- Multidisciplinaire
- Interprofessionnel
- Équipe
- Travail d'équipe
- Leadership
- Équipes virtuelles
- Facilitateur pour la collaboration interprofessionnelle
- Obstacles/défis à la collaboration interprofessionnelle

- Collaboration interorganisations
- Compétences fondamentales de la collaboration interprofessionnelle
- Facteurs externes de la collaboration interprofessionnelle
- Relations entre les professionnels
- Modes d'interaction de la collaboration interprofessionnelle
- Leadership partagé de la collaboration interprofessionnelle
- Facilitateur du système pour la collaboration interprofessionnelle
- Organismes de réglementation pour la collaboration interprofessionnelle
- Paradigmes sociaux et collaboration interprofessionnelle Pouvoirs et soins interprofessionnels
- Hiérarchie et collaboration interprofessionnelle
- Communication et collaboration interprofessionnelle
- Limites de l'équipe et collaboration interprofessionnelle
- Articles de Zwarenstein
- Articles d'Ivy Oandasan
- CPIS
- Sécurité des patients et collaboration interprofessionnelle
- Erreur médicale
- Disparité en matière de santé
- Équipes de soins de santé diverses
- Cercle des soins
- Documentation d'assurance de la qualité
- Problèmes liés au contexte et travail d'équipe
- Efficacité de l'équipe
- Modèle de soutien aux pairs

Deux assistantes en recherche (infirmières préparées pour la maîtrise) ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Le gestionnaire du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario qui a travaillé avec le groupe d'experts a réglé les différends.

Un sommaire final des conclusions obtenues a par la suite été créé. Les tableaux de données complets et les résumés ont été remis à tous les membres du groupe. En janvier 2013, le groupe d'experts de l'AIIAO s'est réuni pour passer en revue les conclusions, atteindre un consensus sur les recommandations des lignes directrices et pour discuter des données probantes.

Résultats de recherche :

Un total de 6 128 résumés ont été indépendamment examinés pour être inclus ou exclus par deux infirmières préparées pour la maîtrise pour les trois questions : question 1 (2 389 résumés), question 2 (477 résumés), et question 3 (3 262 résumés). Aucune ligne directrice pertinente n'a pu être tirée à ce sujet et donc, ces résumés n'ont pas été retenus. À la fin de la revue indépendante, 472 articles ont été inclus pour examen complet du texte. De ces 472 articles, 248 ont par la suite été éliminés. Les 224 articles restants ont été examinés de façon indépendante pour vérifier la qualité méthodologique et extraire les données. Suite à cette revue de la qualité, 88 articles complets ont été exclus. Les 138 études restantes ont été incluses. Compte tenu de la diversité des modèles de recherche dans les articles inclus, une grande variété d'instruments ont été utilisés pour évaluer la qualité méthodologique, comme prescrit par l'AIIAO (voir la Figure 4).

Figure 4. Instruments utilisés pour évaluer la qualité méthodologique

Les ressources suivantes ont été utilisées pour procéder à l'appréciation critique des articles examinés :

■ Études qualitatives

Critical Appraisal Skills Programme (CASP): « 10 questions to help you make sense of qualitative research » (Public Health Resource Unit, Angleterre, 2006)

■ Études quantitatives

Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (Effective Public Health Project, 2009)

■ Examens méthodiques :

Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) (Shea et coll., 2007)

Les articles ont par la suite été classés par catégorie selon leur pertinence par rapport aux questions à l'étude. Les évaluateurs ont discuté des thèmes pertinents abordés dans la documentation. Un sommaire des preuves a été fourni au groupe responsable de l'élaboration des lignes directrices en vue d'obtenir leurs commentaires et leurs révisions, au besoin. Le rapport final représente donc l'apogée de ce travail, ainsi que les conclusions communes des évaluateurs et du groupe responsable de l'élaboration des lignes directrices.

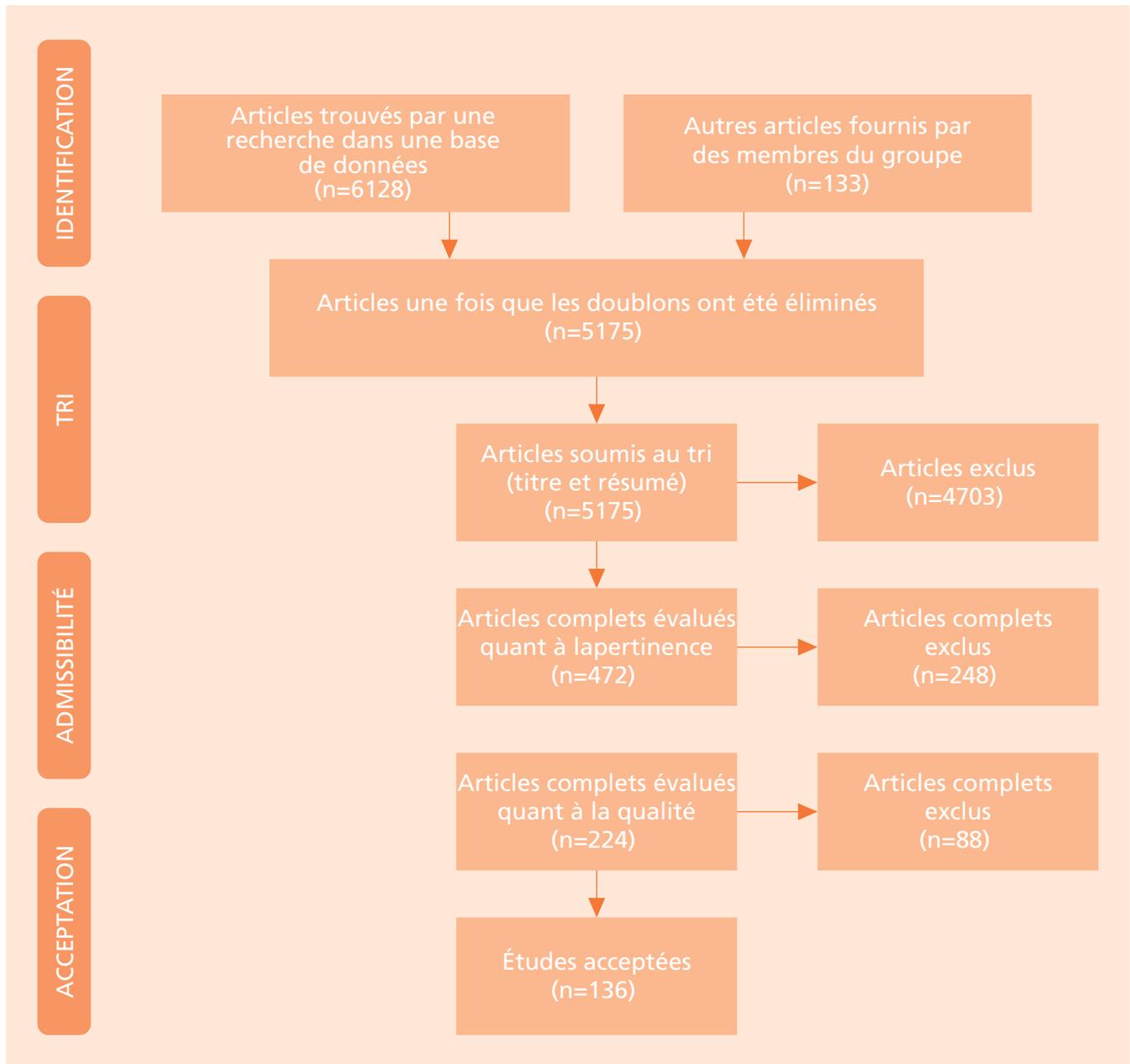
Résultats :

Un examen des données extraites pour chacune des trois questions à l'étude a permis de tirer cinq thèmes généraux : (1 les modèles efficaces pour les soins interprofessionnels; (2 les interventions servant à améliorer les soins interprofessionnels; (3 les outils pour améliorer les soins interprofessionnels; (4 les facilitateurs pour les soins interprofessionnels et (5 les obstacles aux soins interprofessionnels.

Organigramme du processus de revue d'article

L'organigramme du processus d'examen des lignes directrices et articles qui suit a été adapté de celui de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535

Une bibliographie complète de tous les articles examinés en vue de l'inclusion est disponible à l'adresse



Annexe D : Facilitateurs et obstacles aux soins interprofessionnels

CATÉGORIE DE FACTEURS	FACILITATEURS	OBSTACLES
INTERPERSONNELS	<ul style="list-style-type: none"> ■ MRespect mutuel¹⁻⁴¹⁻⁴ ■ Engagement commun à l'amélioration des soins¹ ■ Personnalité des membres de l'équipe^{2, 5} ■ Compréhension des rôles/précision des rôles^{2, 3, 5-9} ■ Perception de la qualité des soins aux patients/clients¹⁰ ■ Perceptions des relations de collaboration¹¹ ■ Relations entre les infirmières et les médecins^{12, 13} ■ Communication entre les infirmières et les médecins¹³ ■ Travail d'équipe¹⁴ ■ Caractéristiques des thérapeutes^{2, 15} ■ Caractéristiques de la collaboration¹⁵ ■ Communication^{4, 14, 16-19} ■ Reconnaissance des rôles¹⁴ ■ Développement professionnel et personnel^{3, 14} ■ Leadership^{20, 21} ■ Connaissances de base communes ■ Confiance entre praticiens^{2, 3} ■ Relations de pouvoir équitables^{22, 23} ■ Sentiment d'appartenance²² ■ Éthique professionnelle¹⁷ ■ Terminologie utilisée inclusive/partagée⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rivalité interdisciplinaire^{24, 25} ■ Manque de respect mutuel²⁶ ■ Incompréhension des rôles mutuels²⁵ ■ Manque d'expérience dans les soins interprofessionnels²⁵ ■ Mauvaises relations avec les fournisseurs^{27, 28} ■ Conflit de rôles^{4, 7, 29} ■ Défaillances de communication^{9, 27, 30, 31} ■ Relations entre les infirmières et les médecins^{11, 26, 32} ■ Relations de pouvoir inéquitables^{22, 31, 33} ■ Violations des limites professionnelles^{4, 33} ■ Problèmes d'identité^{4, 4, 23} ■ Approches différentes vis-à-vis des soins de santé aux patients/clients^{9, 31, 33} ■ Différences en ce qui a trait à la terminologie professionnelle^{9, 34} ■ Manque perçu de soutien organisationnel³³ ■ Stéréotypes de groupe²⁶ ■ Obstacles comportementaux²⁷

CATÉGORIE DE FACTEURS	FACILITATEURS	OBSTACLES
ORGANISATIONNELS	<p><u>Interventions/processus/structures</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rondes d'équipe interdisciplinaires quotidiennes^{18, 35-39} ■ Rondes d'équipe interdisciplinaires hebdomadaires⁴⁰ ■ Rondes d'équipe interdisciplinaires⁴¹ ■ Groupes/projets d'action interdisciplinaires^{23, 42, 42-44} ■ Conférences de cas interdisciplinaires^{43, 45} ■ Réunions d'équipe interdisciplinaires quotidiennes⁴⁶ ■ Réunions d'équipe multidisciplinaires hebdomadaires^{5, 47} ■ Réunions d'équipe multidisciplinaires mensuelles¹⁸ ■ Temps alloué pour les réunions d'équipe^{13, 48} ■ Examen/discussion de la documentation des patients/clients⁹ ■ Facteurs favorables externes¹⁸ ■ Formation multidisciplinaire⁴⁹⁻⁵³ ■ Formation interprofessionnelle⁵⁴ ■ Facilitation multidisciplinaire⁵⁰ ■ Équipes pour l'amélioration du rendement multidisciplinaire^{49, 50, 55} ■ Équipes pour l'amélioration de la qualité interdisciplinaire^{8, 56-59} ■ Examens des complications interdisciplinaires⁴⁶ ■ Formation de champions locaux⁶⁰ ■ Rondes multidisciplinaires sur la morbidité et la mortalité/examen des décès^{61, 62} ■ Restructuration des processus multidisciplinaires⁶³ ■ Autoévaluations⁶² ■ Réunions préparatoires d'équipe avant intervention⁶⁴⁻⁶⁶ ■ Voies de communication claires¹ ■ Utilisation de l'information de qualité et rétroactive⁶⁷ 	<p><u>Interventions/processus/structures</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Barème tarifaire²⁴ ■ Problèmes de responsabilité²⁴ ■ Structures organisationnelles et pratiques^{3, 6, 27} ■ Culture organisationnelle^{19, 71} ■ Hiérarchie imprécise²⁷ ■ Degré d'implication des thérapeutes dans les processus de présentation et d'évaluation¹⁵ ■ Différentes passerelles pour les mêmes profils de patients²⁹ ■ Rôle du conseil d'administration de l'hôpital²⁹ ■ Soins dirigés par les médecins²² ■ Conflits d'horaires et de rôles³¹ ■ Création d'agencements qui font obstacle aux interactions³¹ ■ Manque de temps pour la constitution d'équipes³¹ ■ Surcharge de responsabilités²⁷ ■ Absentéisme³¹ ■ Règlements contraignants³¹ ■ Autorité (désaccord par rapport à la prise de décision)⁶⁸ ■ Manque de formation dans les soins interprofessionnels²⁵

CATÉGORIE DE FACTEURS	FACILITATEURS	OBSTACLES
<p>ORGANISATIONNELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Caractéristiques de la pratique (organisation matérielle, mêmes heures de travail)^{2, 5} ■ Caractéristiques de l'environnement^{4, 15} ■ Processus de présentation¹⁵ ■ Politiques générales de l'entreprise¹⁵ ■ Temps^{4, 68} ■ Structure organisationnelle de soutien⁵ ■ Leadership institutionnel⁶⁹ ■ Clarté de la mission⁷⁰ ■ Structures de soutien/flexibles²² ■ Culture du travail d'équipe⁷¹⁻⁷³ ■ Formation à la communication^{69, 74} ■ Formation à la constitution d'équipe^{48, 75-79} ■ Soins axés sur le client^{17, 22} ■ Consolidation de relations existantes²³ ■ Création d'occasions de contact formel et informel^{5, 23, 47} ■ Prise de décision fondée sur des données probantes¹⁷ ■ Intégration de professionnels paramédicaux dans les équipes de soins de santé^{2, 3} ■ Systèmes de gestion intégrés⁸⁰ ■ Autorité (convenue pour le leadership et la prise de décision)⁶⁸ ■ Formation (valeurs et objectifs partagés)⁶⁸ ■ Besoins des patients/clients⁶⁸ ■ Connaissances⁶⁸ ■ Ressources⁶⁸ <p>OUTILS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Formulaire des rondes quotidiennes⁷⁴ ■ Cheminements cliniques/intégrés^{81, 81-92} 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation⁶⁸ ■ Besoins des patients⁶⁸ ■ Connaissances⁶⁸ ■ Ressources⁶⁸ ■ Temps⁶⁸ <p>OUTILS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contraintes de temps⁸⁵ ■ Défis face à l'apprentissage des cheminements cliniques intégrés⁸⁶ ■ Cheminements cliniques qui ne constituent pas un dossier de soins multiprofessionnel¹⁰⁴ ■ Variabilité dans le développement et l'utilisation des protocoles et des lignes directrices cliniques²⁹ ■ Politique en matière de santé²⁹

CATÉGORIE DE FACTEURS	FACILITATEURS	OBSTACLES
<p>ORGANISATIONNELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lignes directrices/protocoles de pratique interdisciplinaire^{5, 6, 21, 55, 92-94} ■ Systèmes de renseignements cliniques communs⁴⁷ ■ Dossiers de patients communs⁵ ■ Outils de données informatisées⁹⁵ ■ Outil de planification des sorties multidisciplinaire⁹⁶ ■ Outil de communication SBAR⁹⁷ ■ Plans de soins de survie sur mesure⁹⁸ ■ Modèles de documents⁹⁹ ■ Lignes directrices sur la consultation et la collaboration¹ ■ Normes organisationnelles sur les comportements⁹⁷ ■ Listes de vérification interdisciplinaires élaborées par l'équipe^{44, 100} ■ Outils de vérification multidisciplinaire¹⁰¹ ■ Dossiers normalisés des ordonnances et des médicaments^{55, 94, 102} ■ Outils de communication efficaces^{5, 37, 47} ■ Politiques générales de l'entreprise¹⁵ ■ Registres d'administration électroniques des médicaments¹⁰³ ■ Modèles d'ordonnances informatisés⁵⁸ ■ Trousse de vérification multidisciplinaire¹⁰¹ 	

CATÉGORIE DE FACTEURS	FACILITATEURS	OBSTACLES
SYSTÉMIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Variables sociales et points de renseignements¹⁵ ■ Indemnisation satisfaisante⁵ ■ Politique en matière de santé²⁹ ■ Renforcement des partenariats entre les établissements d'enseignement supérieur et les établissements de soins de santé et de services sociaux¹⁴ ■ Accès¹⁷ ■ Leadership national solide²⁴ ■ Formation interdisciplinaire²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dispositions de financement instables¹⁰⁵ ■ Modèles de financement qui dissuadent la collaboration²⁵ ■ Circonstances politiques¹⁵ ■ Politiques gouvernementales incohérentes²⁵ ■ Planification limitée des ressources humaines en santé²⁵ ■ Lois et règlements qui font obstacle au champ d'application des professions¹⁰⁶ ■ Sous-utilisation des ressources humaines en santé¹⁰⁶ ■ Cadres de réglementation/ législatifs qui créent un cloisonnement administratif²⁵ ■ Conflits de gouvernance/ organisationnels³¹

Références de l'Annexe D

- (1) Hutchison, M.S., L. Ennis, J. Shaw-Battista et coll. Great minds don't think alike: collaborative maternity care at San Francisco General Hospital. *Obstetrics & Gynecology* 2011;118(3):678-682.
- (2) Garner, M.J., M. Birmingham, P. Aker et coll. Developing integrative primary healthcare delivery: adding a chiropractor to the team. *Explore: The Journal of Science & Healing* 2008;4(1):18-24.
- (3) Makowsky, M.J., T.J. Schindel, M. Rosenthal, K. Campbell, R.T. Tsuyuki, H.M. Madill. Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: a qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of Interprofessional Care* 2009;23(2):169-184.
- (4) Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 2009;23(1):41-51.
- (5) Mulkins, A.L., J. Eng, M.J. Verhoef. Working towards a model of integrative health care: critical elements for an effective team. *Complementary Therapies in Medicine* 2005;13(2):115-122.
- (6) Gulmans, J., M.M. Vollenbroek-Hutten, J.E. Van Gemert-Pijnen, W.H. Van Harten. Evaluating patient care communication in integrated care settings: application of a mixed method approach in cerebral palsy programs. *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21(1):58-65.
- (7) Carpenter, J., J. Schneider, T. Brandon, D. Wooff. Working in multidisciplinary community mental health teams: The impact on social workers and health professionals of integrated mental health care. *British Journal of Social Work* 2003;33:1081-1103.
- (8) McCahill, L.E., J.W. Ahern, L.A. Gruppi et coll. Enhancing compliance with Medicare guidelines for surgical infection prevention: experience with a cross-disciplinary quality improvement team. *Archives of Surgery* 2007;142(4):355-361.
- (9) Sheehan D., L. Robertson, T. Ormond. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care* 2007;21(1):17-30.
- (10) Chang W. Y., J. C. Ma, H. T. Chiu, K. C. Lin, P. H. Lee. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(9):1946-1955.
- (11) Reeves S., J. Goldman, B. Sawatzky-Girling, A. Burton. Knowledge transfer & exchange in interprofessional education: Synthesizing the evidence to foster evidence-based decision making. *Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé* 2008; Tiré de : URL: http://www.cihc.ca/files/publications/The_Evidence_For_IPE_July2008.pdf
- (12) Estabrooks C. A., W. K. Midodzi, G. G. Cummings, K. L. Ricker, P. Giovannetti. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research* 2005;54(2):74-84.
- (13) Schmidt I. K., B. L. Svarstad. Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine* 2002;54:1767-1777.
- (14) Howarth M., K. Holland, M. J. Grant. Education needs for integrated care: a literature review. [mise à jour] [58 réfs]. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56(2):144-156.

- (15) Todahl J. L., D. Linville, T. E. Smith, M. F. Barnes, J. K. Miller. A qualitative study of collaborative health care in a primary care setting. *Families, Systems & Health* 2006;24(1):45-64.
- (16) Davenport D. L., W. G. Henderson, C. L. Mosca, S. F. Khuri, R. M. Mentzer, Jr. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *Journal of the American College of Surgeons* 2007;205(6):778-784.
- (17) Association des infirmières et infirmiers du Canada. CNA position statement: Interprofessional collaboration. http://www2.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS117_Interprofessional_Collaboration_2011_e.pdf. 2011. Type de réf. : Source en ligne
- (18) Zwarenstein M., J. Goldman, S. Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. [mise à jour] [97 réfs][Update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000072; PMID: 10796485]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD000072, 2009 2009;(3):CD000072.
- (19) The Joint Commission. Sentinel event alert: Preventing infant death and injury during delivery. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_30.PDF Publication du 30 juillet 2004. 2004. Type de réf : Source en ligne
- (20) Greenfield D. The enactment of dynamic leadership. *Leadership in Health Services* 2007;20(3):159-168.
- (21) Tippet A. W. Reducing the incidence of pressure ulcers in nursing home residents: a prospective 6-year evaluation. *Ostomy Wound Management* 2009;55(11):52-58.
- (22) Hills M., J. Mullett, S. Carroll. Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary care. *Pan American Journal of Public Health* 2007;21(2/3).
- (23) King N., A. Ross. Professional identities and interprofessional relations: evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care* 2003;38(2):51-72.
- (24) Peterson W.E., J. M. Medves, B. L. Davies, I. D. Graham. Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada: easier said than done. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC* 2007;29(11):880-886.
- (25) Canadian Health Services Research Foundation. Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/teamwork-synthesis-report_e.pdf. 2006. Type de réf. : Source en ligne
- (26) Miller K. L., S. Reeves, M. Zwarenstein, J. D. Beales, C. Kenaszchuk, L. G. Conn. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 2008;64(4):332-343.
- (27) Lau D. T., J. Masin-Peters, C. Berdes, M. Ong. Perceived barriers that impede provider relations and medication delivery: hospice providers' experiences in nursing homes and private homes. *Journal of Palliative Medicine* 2010;13(3):305-310.
- (28) Kornelsen J., V. S. Dahinten, E. Carty. On the road to collaboration: nurses and newly regulated midwives in British Columbia, Canada. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2003;48(2):126-132.
- (29) Prades J., J. M. Borrás. JM. Multidisciplinary cancer care in Spain, or when the function creates the organ: qualitative interview study. *BMC Public Health* 2011;11:141.

- (30) Lingard L., S. Espin, S. Whyte et coll. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care* 2004;13(5):330-334.
- (31) Delva D., M. Jamieson, M. Lemieux. Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care* 2008;22(6):598-611.
- (32) Kenaszchuk C., K. Wilkins, S. Reeves, M. Zwarenstein, A. Russell. Nurse-physician relations and quality of nursing care: findings from a national survey of nurses. *Canadian Journal of Nursing Research* 2010;42(2):120-136.
- (33) Kvarnstrom S. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 2008;22(2):191-203.
- (34) Norris S. L., P. J. Nichols, C. J. Caspersen et coll. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. [mise à jour] [155 réfs]. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;22(4:Suppl):Suppl-38.
- (35) Durbin C. Team model: Advocating for the optimal method of care delivery in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2006;34(3 Suppl):S12-S17.
- (36) Palmer R. M., S. R. Counsell, S. C. Landefeld. Acute care for elder units: Practical considerations. *Disease Management and Health Outcomes* 2003;11(8):507-517.
- (37) Timmel J., P. S. Kent, C. G. Holzmueller, L. Paine, R. D. Schulick, P. J. Pronovost. Impact of the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety* 2010;36(6):252-260.
- (38) Rikli J., P. Hegwood, A. Atwater et coll. Implementation and case-study results of potentially better practices for staffing in neonatal intensive care units. *Pediatrics* 2006;118:Suppl-6.
- (39) O'Leary K. J., C. Haviley, M. E. Slade, H. M. Shah, J. Lee, M. V. Williams. Impact of structured interdisciplinary rounds on teamwork on a hospital unit. *Journal of Hospital Medicine* 2011;6:88-93.
- (40) Jordan-Marsh M., J. Hubbard, R. Watson, R. H. R. Deon, P. Miller, O. Mohan. The social ecology of changing pain management: do I have to cry? *Journal of Pediatric Nursing* 2004;19(3):193-203.
- (41) Banez C., S. Tully, L. Amaral et coll. Development, implementation, and evaluation of an Interprofessional Falls Prevention Program for older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008;56(8):1549-1555.
- (42) Nelson D. P., G. Polst. An interdisciplinary team approach to evidence-based improvement in family-centered care. *Critical Care Nursing Quarterly* 2008;31(2):110-118.
- (43) Crotty M., J. Halbert, D. Rowett et coll. An outreach geriatric medication advisory service in residential aged care: a randomised controlled trial of case conferencing. *Age & Ageing* 2004;33(6):612-617.
- (44) Wall R. J., E. W. Ely, T. A. Elasy et coll. Using real time process measurements to reduce catheter related bloodstream infections in the intensive care unit. *Quality & Safety in Health Care* 2005;14(4):295-302.
- (45) Borneman T., M. Koczywas, M. Cristea, K. Reckamp, V. Sun, B. Ferrell. An interdisciplinary care approach for integration of palliative care in lung cancer. *Clinical Lung Cancer* 2008;9(6):352-360.
- (46) Reicks P., M. Thorson, E. Irwin, M. C. Byrnes. Reducing complications in trauma patients: use of a standardized quality improvement approach. *Journal of Trauma Nursing* 2010;17(4):185-190.

- (47) Masso M., A. Owen. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Australian Journal of Rural Health* 2009;17(5):263-267.
- (48) Cashman S., P. Reidy, K. Cody, C. Lemay. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care* 2004;18(2):183-196.
- (49) Becker K., S. Semrow. Standardizing the care of detox patients to achieve quality outcomes. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2006;44(3):33-38.
- (50) Sipila R, Ketola E, Tala T, Kumpusalo E. Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – the Helsinki Prevention Programme (HPP). *Journal of Interprofessional Care* 2008;22(1):31-44.
- (51) Birkmann J. C., J. S. Sperduto, R. C. Smith, K. J. Gill. A collaborative rehabilitation approach to the improvement of inpatients treatment for persons with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2006;29(3):157-165.
- (52) Vass M, Avlund K, Siersma V, Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people--the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Family Practice* 2009;26:56-64.
- (53) Straub S. D. Implementing best practice safety initiatives to diminish patients harm in a hospital-based family birth center. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2010;10(3):151-156.
- (54) Le Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé de Professions Santé Ontario. Implementing interprofessional care in Ontario. <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolycymakersResearchers/ipc-final-report-may-2010-en.pdf>. 2010. Type de réf. : Source en ligne
- (55) Baltic T, Schlosser E, Bedell MK. Neutropenic fever: one institution's quality improvement project to decrease time from patients arrival to initiation of antibiotic therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2002;6(6):337-340.
- (56) Sauberan J. B., L. M. Dean, J. Fiedelak, J. A. Abraham. Origins of and solutions for neonatal medication-dispensing errors. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2010;67(1):49-57.
- (57) Huang W. C., S. R. Wann, S. L. Lin et coll. Catheter-associated urinary tract infections in intensive care units can be reduced by prompting physicians to remove unnecessary catheters. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2004;25(11):974-978.
- (58) Peshek S. C., K. Cubera, L. Gleespen. The use of interactive computerized order sets to improve outcomes. *Quality Management in Health Care* 2010;19(3):239-247.
- (59) Hoffman S. B., G. Powell-Cope, L. MacClellan, K. Bero. BedSAFE. A bed safety project for frail older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2003;29(11):34-42.
- (60) Curtis J. R. Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. [mise à jour] [33 réfs]. *Respiratory Care* 2008;53(4):480-487.
- (61) Zimmerman R., S. Pierson, R. McLean et coll. Aiming for zero preventable deaths: Using death review to improve care & reduce harm. *Healthcare Quarterly* 2010;13:81-87.
- (62) Kirschenbaum L., S. Kurtz, M. Astiz. Improved clinical outcomes combining house staff self-assessment with an audit-based quality improvement program. *Journal of General Internal Medicine* 2010;25(10):1078-1082.
- (63) Harders M., M. A. Malangoni, S. Weight, T. Sidhu. Improving operating room efficiency through process redesign. *Surgery* 2014;140(4):509-514.

- (64) Henrickson S. E., R. K. Wadhera, A. W. Elbardissi, D. A. Wiegmann, T. M. Sundt, III. Development and pilot evaluation of a preoperative briefing protocol for cardiovascular surgery. *Journal of the American College of Surgeons* 2009;208(6):1115-1123.
- (65) Einav Y., D. Gopher, I. Kara et coll. Preoperative briefing in the operating room: shared cognition, teamwork, and patients safety. *Chest* 2010;137(2):443-449.
- (66) Nundy S., A. Mukherjee, J. B. Sexton et coll. Impact of preoperative briefings on operating room delays: a preliminary report. *Archives of Surgery* 2008;143(11):1068-1072.
- (67) Strasser D. C., J. A. Falconer, J. S. Herrin, S. E. Bowen, A. B. Stevens, J. Uomoto. Team functioning and patients outcomes in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2005;86(3):403-409.
- (68) Hawryluck L. A., S. L. Espin, K. C. Garwood, C. A. Evans, L. A. Lingard. Pulling together and pushing apart: tides of tension in the ICU team. *Academic Medicine* 2002;77(10:Suppl):Suppl-6.
- (69) Cima R. R., A. Kollengode, A. S. Storsveen et coll. A multidisciplinary team approach to retained foreign objects. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety* 2009;35(3):123-132.
- (70) Thunberg K. A., L. R. Hallberg. The need for organizational development in pain clinics: a case study. *Disability & Rehabilitation* 2002;24(14):755-762.
- (71) Bosch M., R. Dijkstra, M. Wensing, T. van der Weijden, R. Grol. Organizational culture, team climate and diabetes care in small office-based practices. *BMC Health Services Research* 2008;8:180.
- (72) Mohr D. C., J. F. Burgess, Jr, G. J. Young. The influence of teamwork culture on physician and nurse resignation rates in hospitals. *Health Services Management Research* 2008;21(1):23-31.
- (73) Brewer B. B. Relationships among teams, culture, safety, and cost outcomes. *Western Journal of Nursing Research* 2006;28(6):641-653.
- (74) Puntillo K. A., J. L. McAdam. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine* 2006;34(Suppl):S332-S340.
- (75) Ostermann T., M. Bertram, A. Bussing. A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation. *BMC Complementary & Alternative Medicine* 2010;10:10.
- (76) Davoli G. W., L. J. Fine. Stacking the deck for success in interprofessional collaboration. *Health Promotion Practice* 2004;5(3):266-270.
- (77) Kilgore R. V., R. W. Langford. Defragmenting care: testing an intervention to increase the effectiveness of interdisciplinary health care teams. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2010;22(2):271-278.
- (78) Kozhimannil T., R. C. Prielipp. Safety in the operating room: team approach saves lives. *Seminars in Thoracic & Cardiovascular Surgery* 2010;22(4):267-268.
- (79) Morey J. C., R. Simon, G. D. Jay et coll. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research* 2002;37(6):1553-1581.

- (80) Reilly S., D. Challis, A. Burns, J. Hughes. Does integration really make a difference? A comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;18(10):887-893.
- (81) Rotter T., L. Kinsman, E. James et coll. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. [mise à jour] [302 réfs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD006632, 2010 2010;(3):CD006632.
- (82) Khowaja K. Utilization of King's interacting systems framework and theory of goal attainment with new multidisciplinary model: clinical pathway. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2006;24(2):44-50.
- (83) Humphreys G., T. Pountney. The development and implementation of an integrated care pathway for 24-hour postural management: A study of the views of staff and carers. *Physiotherapy* 2006;92:233-239.
- (84) Miller L. M., K. P. Nugent. Surgical integrated care pathway development Compliance and staff satisfaction. *Journal of Integrated Pathways* 2003;7:36-46.
- (85) Atwal A., K. Caldwell. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16(4):360-367.
- (86) Lhussier M., S. M. Carr, J. Wilcockson. The evaluation of an end-of-life integrated care pathway. *International Journal of Palliative Nursing* 2007;13(2):74-81.
- (87) Gibbon B., C. Watkins, D. Barer et coll. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(1):105-111.
- (88) Sulch D., A. Evans, A. Melbourn, L. Kalra. Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? A randomized controlled trial. *Age & Ageing* 2002;31(3):175-179.
- (89) Sulch D., A. Melbourn, I. Perez, L. Kalra. Integrated care pathways and quality of life on a stroke rehabilitation unit. *Stroke* 2002;33(6):1600-1604.
- (90) Broder M. S., S. Bovone. Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy. *Journal of Reproductive Medicine* 2002;47(12):999-1003.
- (91) Burns S. M., S. Earven, C. Fisher et coll. Implementation of an institutional program to improve clinical and financial outcomes of mechanically ventilated patients: one-year outcomes and lessons learned. *Critical Care Medicine* 2003;31(12):2752-2763.
- (92) Hassan N., L. Turner-Stokes, K. Pierce, F. Clegg. A completed audit cycle and integrated care pathway for the management of depression following brain injury in a rehabilitation setting. *Clinical Rehabilitation* 2002;16(5):534-540.
- (93) Jimmy L. W., T. Barkham, C. Q. Ming et coll. Reduction in length of hospitalisation for microbial keratitis patients: a prospective study. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2009;22(7):701-708.
- (94) Halm E. A., C. Horowitz, A. Silver et coll. Limited impact of a multicenter intervention to improve the quality and efficiency of pneumonia care. *Chest* 2004;126(1):100-107.
- (95) Meyer E., A. Lees, D. Humphris, N. A. D. Connell. Opportunities and barriers to successful learning transfer: Impact of critical care skills training. *Journal of Advanced Nursing* 2009;60(3):308-316.

- (96) Gaal B. J., S. Blatz, J. Dix, B. Jennings. The long road home: Discharge planning utilizing the discharge train. *Advances in Neonatal Care* 2008;8(1):42-55.
- (97) Benner A. B. Physician and nurse relationships, a key to patient safety. *Journal of the Kentucky Medical Association* 2007;105(4):165-169.
- (98) Brennan M. E., P. Butow, M. Marven, A. J. Spillane, F. M. Boyle. Survivorship care after breast cancer treatment--Experiences and preferences of Australian women. *The Breast* 2011;20:271-277.
- (99) Cabello C. C. A collaborative approach to integrating outpatient and inpatient transplantation services. *Outcomes Management* 2002;6(2):67-72.
- (100) Romagnuolo J., W. W. Flemons, L. Perkins et coll. Post-endoscopy checklist reduces length of stay for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *International Journal for Quality in Health Care* 2005;17(3):249-254.
- (101) Qvist P., L. Rasmussen, B. Bonnevie, T. Gjørup. Repeated measurements of generic indicators: a Danish national program to benchmark and improve quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16(2):141-148.
- (102) Coombes I. D., D. A. Stowasser, C. Reid, C. A. Mitchell. Impact of a standard medication chart on prescribing errors: a before-and-after audit. *Quality & Safety in Health Care* 2009;18(6):478-485.
- (103) Paoletti R. D., T. M. Suess, M. G. Lesko et coll. Using bar-code technology & medication observation methodology for safer medication administration. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2007;64:536-543.
- (104) Douglas P. An evaluation study to assess the consistency of criteria for an integrated care pathway for total hip replacement. *Nursing Times Research* 2002;7:129-137.
- (105) Walker S. A description of the establishment of a new child and adolescent mental health service in the United Kingdom. *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2010;22(1):35-39.
- (106) Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé de Professions Santé Ontario. Interprofessional care: A blueprint for action in Ontario. <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-en.pdf>. 2007. Type de réf. : Source en ligne

Annexe E : exemple de charte d'équipe

Exemple de charte d'équipe

Membres de l'équipe des soins interprofessionnels

Ils offrent des conseils d'expert à l'équipe chirurgicale à l'aide d'une approche interdisciplinaire.

1. DESCRIPTIONS DES POSTES :

- **Président** : Supervise les opérations du programme Responsable du fonctionnement de l'équipe Veille au respect des délais établis Prend les décisions en situation de crise
- **Animateur** : Poste en rotation Crée l'ordre du jour Organise les réunions Expose les enjeux immédiats en vue de la discussion et anime les réunions Oriente les discussions Veille à ce que les réunions commencent à l'heure
- **Responsable de la collecte des données** : Tâche bénévole Prise du procès-verbal
- **Personne-ressource** : Coordonne la recherche pour mesurer les résultats, informe quant à la collecte et à l'analyse des données, apporte son aide avec les graphiques et les modèles, au besoin

2. DÉFINITION DU RÔLE

Le rôle des infirmières autorisées au sein de l'équipe de soins est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est des rôles et responsabilités des infirmières :

- Offrir des soins de qualité en développant l'expertise des infirmières en matière de gestion des patients/clients qui subissent une chirurgie;
- Utiliser les données probantes et les outils existants en lien avec les soins interprofessionnels;
- Élaborer des études de prévalence;
- Diffuser les conclusions des recherches et les intégrer dans la pratique et faciliter le changement en faisant la promotion des pratiques exemplaires en soins infirmiers en lien avec les interventions chirurgicales;
- Former et responsabiliser le personnel infirmier;
- Participer aux projets de recherche;
- Coopérer avec les membres de l'équipe au besoin.

Le rôle du travailleur social au sein de l'équipe de soins est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est du :

- soutien à la famille, aux patients/clients et au cercle de soins en obtenant les services et les ressources nécessaires pour optimiser la santé des patients/clients.

Le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe de soins chirurgicaux est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est :

- du recours aux modalités;
- des appareils et accessoires fonctionnels;
- des thérapies complémentaires (comme les recommandations sur le choix des chaussures);
- de la promotion de l'indépendance fonctionnelle, notamment des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Le rôle du physiothérapeute au sein de l'équipe de soins chirurgicaux est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est :

- des recommandations sur le positionnement des patients/clients (en particulier pour la promotion de la guérison et de la prévention des lésions cutanées et des contractures articulaires);
- de l'amélioration de la mobilité du patient/client dans son lit et à l'extérieur.

Le rôle du médecin au sein de l'équipe de soins chirurgicaux est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est :

- de la gestion des soins postopératoires;
- de l'assistance à la formation de l'équipe pour optimiser les soins postopératoires.

Le rôle des diététiciens au sein de l'équipe de soins chirurgicaux est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est :

- de l'expertise en nutrition clinique;
- de fournir une intervention convenable à l'aide de la documentation et des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes;
- de déterminer les bons apports en protéines, en calories et en micronutriments en fonction des besoins individuels;
- de coopérer avec l'équipe des diététiciens autorisés pour collaborer aux pratiques exemplaires.

Le rôle du chercheur/évaluateur au sein de l'équipe de soins chirurgicaux est de fournir des conseils d'expert pour ce qui est :

- de faciliter une pratique de soins chirurgicaux interprofessionnels efficace grâce à l'examen des conclusions des recherches actuelles et de déterminer les lacunes des futures recherches afin d'améliorer la qualité des soins aux patients/clients;
- de contribuer au développement d'une analyse du milieu de travail afin de déterminer quels soutiens et quelles ressources sont nécessaires, tant à l'interne qu'à l'externe, pour assurer l'efficacité de la communauté de pratique interprofessionnelle;
- de guider le suivi et le contrôle des données d'évaluation pour l'initiative des soins interprofessionnels et de superviser la création d'un modèle logique de programme;
- d'élaborer un plan de viabilité pour veiller à la continuité des communautés de pratique interprofessionnelles.

Travailler ensemble :

- Communication ouverte
- Confiance et engagement
- Expertise
- Responsabilité dans le transfert et l'application des connaissances
- Dynamisme

- Transparence
- Respect des différentes opinions
- Médiation et compromis au besoin
- Assistance aux réunions avec un ordre du jour ciblé et avec ponctualité
- Partage et travail pour un plan directeur commun
- Transmission de l'information à l'équipe
- Établissement des échéanciers adoptés par consensus

Soutien administratif :

- Engagement à fournir les ressources
- Objectif prioritaire/opérationnel
- Représentation dans les comités

3. COMMUNICATIONS RENFORCÉES :

- Qui prend les décisions
 - a. Minimum requis pour la prise de décision : 50 % des membres
 - b. En cas d'impasse : la décision revient à un expert en la matière
- Respecter les échéances – responsabilité du leader
- Décisions du conseil de direction
 - a. En situation difficile, le rôle du président ou du délégué est de fournir un commandement de situation.
 - b. En cas d'infraction au code de conduite, le président prend une décision en fonction de la rétroaction de l'équipe.
- Fréquence des communications
 - Réunions d'équipe tous les mois
 - Communications par courriel entre les réunions envoyées au besoin
 - Transparence (documents publiés pour un public général)

4. VALEURS FONDAMENTALES (consultez le modèle des lignes directrices des pratiques exemplaires pour les soins interprofessionnels de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario)

5. ATTENTES/INCIDENCE DE L'ÉQUIPE

RÉSULTATS SOUHAITÉS – déterminer des indicateurs clairs en utilisant comme guide les lignes directrices des pratiques exemplaires pour les soins interprofessionnels de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

6. RÉOLUTION DES CONFLITS – utiliser les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario pour gérer les conflits

7. AUTHENTICITÉ (sincère envers soi et les autres)

8. FORMATION (consultez le plan des soins chirurgicaux)

Évaluation (consultez le modèle logique du programme et les lignes directrices des pratiques exemplaires pour les soins interprofessionnels de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario)

Annexe F : Autoévaluation du cadre des compétences en matière d'interprofessionnalisme

[Adaptation du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (2010) du CPIS (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé) et du modèle conceptuel pour la création et le maintien de soins de santé interprofessionnels de l'AllAO (2013).]

Outil d'autoévaluation du cadre des compétences en matière d'interprofessionnalisme

Le modèle conceptuel pour la création et le maintien de soins de santé interprofessionnels de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario établit les compétences nécessaires pour assurer une collaboration interprofessionnelle efficace. Six domaines de compétence englobent les connaissances, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui, ensemble, forgent les jugements qui sont essentiels à la pratique interprofessionnelle collaborative. Ces domaines sont les suivants :

- Expertise en matière de soins
- Partage des pouvoirs
- Leadership collaboratif
- Optimisation de la profession, des rôles et du champ d'application
- Prise de décision partagée
- Fonctionnement efficace du groupe

Ces six domaines sont entourés d'un cercle externe d'avantages escomptés pour l'équipe des soins de santé et l'organisme : un milieu de travail sain bénéficiant **d'une qualité améliorée et d'une meilleure sécurité**. Les domaines sont appuyés par une **communication de qualité** ainsi que par les trois éléments fondamentaux du modèle pour des milieux de travail sains :

- Politiques, physiques et organisationnels
- Professionnels
- Cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

Ce questionnaire d'autoévaluation vous permet de découvrir vos forces dans la pratique collaborative ainsi que les secteurs que vous souhaiteriez améliorer. Veuillez indiquer à quel niveau se situe chacun des indicateurs suivants.

PAR EXEMPLE :COMPÉTENCE	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Indicateur n° 1				✓	
Indicateur n° 2			✓		

1. Expertise en matière de soins

Les soins interprofessionnels nécessitent la collaboration entre les professionnels des soins de santé et les patients, leurs familles et cercles de soins afin de cerner l'expertise de chacun et d'en tirer parti. Pour appuyer la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens peuvent :

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Soutenir la participation des patients/clients, de leurs familles ou des représentants de leur collectivité en tant que partenaires à part entière du personnel de soins de santé.					
Partager de l'information avec les patients/clients (ou avec leur famille et la collectivité) de manière respectueuse et de façon compréhensible pour engager la discussion et accroître la participation dans la prise de décision.					
Veiller à ce que les patients/clients, les membres de la famille et les autres personnes impliquées dans les soins ou les services reçoivent la formation et le soutien adéquats.					
Écouter les besoins exprimés par toutes les parties respectivement pour élaborer et dispenser les soins ou les services.					
Mener une évaluation interprofessionnelle collaborative afin de déterminer l'expertise requise pour ensuite l'individualiser pour chaque patient/client.					
Coordonner les efforts afin de trouver le meilleur expert pour le patient/client.					

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Les patients/clients sont les participants à part entière de leurs propres soins.					
Inclure des contributions spécifiques et des connaissances collectives qui correspondent à la complexité des besoins du patient/client.					

2. Partage des pouvoirs

La volonté de partager les pouvoirs est un engagement servant à créer des relations équilibrées par l'intermédiaire de pratiques démocratiques de leadership, de prise de décision, d'autorité et de responsabilité. Pour appuyer la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens peuvent :

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Exploiter les occasions où tous les membres de l'équipe peuvent apporter leur contribution.					
Créer des relations où le pouvoir est équilibré.					
Établir un environnement sécuritaire où chacun peut exprimer ses opinions.					
Prendre en compte les points de vue de tous les fournisseurs de soins.					

3. Leadership collaboratif

Le leadership collaboratif (aussi appelé leadership réciproque ou partagé) constitue une approche axée sur les gens et les relations fondée sur l'hypothèse que les réponses doivent être trouvées collectivement (en équipe). Pour soutenir la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens déterminent ensemble qui conduira le groupe dans une situation donnée en appuyant :

INDICATEUR	JAMAIS	RARE- MENT	PARFOIS	PRESQUE- TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Le travail en collaboration pour obtenir des résultats efficaces pour les patients/clients.					
Des relations de travail interdépendantes avancées parmi tous les participants.					
L'intégration de processus d'équipe efficaces.					
L'intégration de la prise de décision efficace.					
L'établissement d'un climat pour promouvoir la pratique collaborative parmi tous les participants.					
La création conjointe d'un climat pour un leadership partagé et une pratique collaborative.					
L'application de principes de prise de décision en collaboration.					
L'intégration de principes pour l'amélioration continue de la qualité des processus de travail et des résultats.					
Les principes de responsabilisation commune tenant compte à la fois des pouvoirs et de la hiérarchie.					
L'utilisation de structures et de processus pour faire progresser les soins exemplaires.					

4. Optimisation de la profession, des rôles et du champ d'application

Des soins interprofessionnels exemplaires permettent à tous les membres de l'équipe d'exercer pleinement leurs compétences et de tirer parti des synergies qui peuvent se créer entre les professionnels qui travaillent ensemble. Pour appuyer la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens peuvent :

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Décrire leur rôle et celui des autres.					
Reconnaître et respecter la diversité des autres rôles, responsabilités et compétences en soins de santé et en services sociaux.					
Assumer leurs propres rôles de façon respectueuse sur le plan de la culture.					
Communiquer les rôles, les connaissances, les compétences et les attitudes à adopter en utilisant un langage approprié.					
Prendre en compte les rôles des autres lors de la détermination de leurs propres rôles professionnels et interprofessionnels.					
Utiliser les compétences et les connaissances des autres de manière efficace grâce à la consultation.					
Intégrer les compétences/rôles de manière harmonieuse dans les modèles de prestation de services.					
Démontrer l'application des connaissances de leur propre profession/rôle/champ d'application.					
Explorer et intégrer les rôles des autres.					

5. Prise de décision partagée

Le partage du processus décisionnel offre à tous les membres de l'équipe, y compris aux patients, la possibilité de partager leurs connaissances et leur expertise pour atteindre ensemble un objectif optimal. Pour appuyer la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens peuvent :

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Reconnaître et respecter les connaissances et l'expertise des autres membres de l'équipe, sans égard pour la profession ou la position officielle.					
Être disposé à accepter la responsabilité de la prise de décision.					

6. Fonctionnement efficace du groupe

Un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe améliore la qualité des soins prodigués aux patients, veille à la sécurité des patients et, par le fait même, diminue les problèmes relatifs à la charge de travail qui occasionnent un surmenage chez les professionnels. Pour appuyer la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens peuvent :

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Comprendre le processus de formation d'une équipe.					
Élaborer un ensemble de principes pour travailler en collaboration de manière à respecter les valeurs éthiques des membres.					
Faciliter efficacement les discussions et les interactions entre les membres de l'équipe.					
Participer au processus décisionnel en collaboration et respecter la participation de tous les membres de l'équipe.					

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Réfléchir, régulièrement, au fonctionnement de l'équipe des apprenants/praticiens et des patients/clients/familles.					
Établir et maintenir des relations de travail efficaces et saines avec les apprenants/praticiens, les patients/clients et les familles, peu importe si une équipe formelle existe ou non.					
Respecter la déontologie de l'équipe, notamment la confidentialité, l'attribution des ressources et le professionnalisme.					
Collaborer et coopérer avec les autres pour formuler, mettre en œuvre et évaluer les soins.					
Évaluer et mettre en pratique les processus de groupe et réfléchir à leur efficacité.					

7. Communication de qualité

La communication de qualité – ouverture, honnêteté, respect des opinions des autres et aptitudes de communication efficaces – fait partie de tous les domaines de la pratique interprofessionnelle. Pour appuyer la pratique interprofessionnelle, les apprenants/praticiens peuvent :

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Établir des principes de communication pour l'équipe de travail.					
Écouter activement les autres membres de l'équipe, y compris les patients/clients/familles.					

INDICATEUR	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	PRESQUE-TOUJOURS	NE S'APPLIQUE PAS
Communiquer pour assurer la compréhension mutuelle des décisions en matière de soins.					
Développer des relations de confiance avec les patients/clients/familles et les autres membres de l'équipe.					
Utiliser les technologies de l'information et des communications de manière efficace afin d'améliorer les soins interprofessionnels axés sur le patient/client et la collectivité.					
Rester clairs, concentrés, transparents et respectueux.					
Gérer les conflits de manière constructive.					
Maintenir et améliorer les relations.					

Examinez vos résultats et réfléchissez à la note que vous vous donnez. Les points où vous avez répondu « rarement » et « jamais » dans les domaines abordés peuvent être des secteurs que vous pourriez vouloir améliorer. Maintenant que vous avez terminé votre autoévaluation, nous vous recommandons de discuter des résultats avec votre mentor ou avec un collègue de confiance au sein de votre équipe.

Annexe G : Description de la Trousse

On ne peut mettre en œuvre avec succès des lignes directrices sur les pratiques exemplaires qu'en présence d'une planification et de ressources adéquates, ainsi que d'une facilitation d'activité et d'un soutien appropriés à l'échelle de l'organisme et de l'administration. À cet égard, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, grâce à un groupe d'infirmières et d'infirmiers, de chercheuses et de chercheurs, ainsi que de gestionnaires, a élaboré la *Trousse d'outils : mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (2012b). La *Trousse* se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. Nous recommandons l'utilisation de la *Trousse* pour diriger la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains dans les organisations de soins de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux activités de facilitation lors de la mise en œuvre des lignes directrices. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est important de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus précisément, la *Trousse* examine certaines étapes importantes de mise en œuvre d'une ligne directrice, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (AIIAO 2012b; Straus et coll., 2009)

1. Détermination du problème : détermination, examen et sélection des connaissances (lignes directrices des pratiques exemplaires).
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances;
 - Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions.
4. Surveillance de l'utilisation des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'utilisation des connaissances.

Il s'agit d'une entreprise complexe que de mettre en œuvre des lignes directrices dans la pratique de manière à donner lieu à des modifications de la pratique et à une incidence clinique positive. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Il est possible de télécharger la *Trousse* à l'adresse <http://rnao.ca/bpg>.

Annexe H : Déclarations de la Charte

Attentes du patient/client

En tant que patient vivant en Ontario, je m'attends à ce que mes soins de santé soient offerts par divers soignants qui me respectent moi ainsi que mes choix de soins de santé. Ces soignants se renseignent sur mes antécédents médicaux, sont prêts à collaborer avec moi dans tous les contextes médicaux et à conjuguer leurs connaissances et compétences pour m'aider à atteindre mes objectifs en matière de santé.

Engagements du soignant

En tant que soignant exerçant en Ontario et adhérant à la vision établie pour la CISS [collaboration interprofessionnelle en soins de santé] :

1. Je chercherai à connaître les antécédents des personnes dont je prends soin, à respecter et à comprendre leurs besoins et à travailler avec elles pour établir un plan de soins tenant compte de leurs choix.
2. Je connaîtrai bien mon rôle et me renseignerai sur le rôle et le savoir-faire des autres soignants et fournisseurs de soins.
3. J'informerai les autres membres de l'équipe de soignants des soins que je prodigue à mes patients.
4. Je poserai des questions, je communiquerai pour être bien compris, je solliciterai le point de vue des autres et je les écouterai avec attention afin de proposer des options de soins.
5. Je prêterai une attention particulière aux conséquences de mes comportements et de mes attitudes sur les soins interprofessionnels et à la façon dont je prône activement une culture de collaboration.
6. Je reconnaitrai les limites de mes connaissances et continuerai d'apprendre auprès des autres pour favoriser une meilleure intégration des soins fondée sur les meilleures idées envisageables.

Engagements des dirigeants

À titre de dirigeants du système de santé et afin de répondre aux attentes des patients et de permettre aux soignants de l'Ontario de respecter leurs engagements :

1. Nous harmoniserons notre terminologie, nos méthodes, nos structures et nos ressources pour encourager une culture de CISS.
2. Nous trouverons des façons de collaborer à l'intérieur des secteurs et entre les secteurs pour assurer la bonne intégration de la CISS à la pratique, à la formation, aux politiques et à la recherche.
3. Nous évaluerons nos initiatives de CISS pour savoir ce qui est en voie d'être réalisé.
4. Nous améliorerons constamment la CISS à l'échelle du système de santé en misant sur la détermination, la promotion et l'instauration de pratiques qui pourront faire une différence sur le plan des soins aux patients.

Rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, 2010

<http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolymakersResearchers/ipc-final-report-may-2010-en.pdf>

Endorsements

ONTARIO ASSOCIATION
OF SOCIAL WORKERS
The Voice of Social Work in Ontario



Le 17 décembre 2013

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ontario)
M5H 1L3

Madame Grinspun,

L'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario (ATTSO), l'organisme porte-parole des travailleurs sociaux de l'Ontario, est ravie d'appuyer la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains de l'AIIAO intitulée *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patient, organizational, and systems outcomes*. En se fondant sur les données probantes et en mettant l'accent sur l'amélioration des soins de santé interprofessionnels, cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires améliorera considérablement les résultats, tant pour les clients que pour tous les membres de l'équipe interprofessionnelle.

Nous sommes très heureux de constater la présence de trois représentants du travail social au sein du groupe d'experts, Scott Graney, Patti McGillicuddy et Hazel Sebastian, et sommes donc ravis d'avoir pu participer à la création de ce document novateur. La ligne directrice est directement liée à notre mandat, qui consiste à prendre la parole pour l'amélioration des politiques et programmes sociaux touchant directement les clients et la pratique du travail social. Grâce aux recommandations touchant à la pratique seul et en équipe, aux organisations et au système, nos membres et notre association pourront arriver à créer une culture d'interprofessionnalisme au sein de notre système de santé.

Les travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario se sont engagés à améliorer la santé de leurs clients/patients et à mettre sur pied le meilleur système de soins de santé, et nous sommes d'avis que la ligne directrice *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patient, organizational, and system outcomes* nous aidera à y parvenir.

Meilleures salutations,

Kate Power
Présidente
ATTSO



Le 10 janvier 2014

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Madame Grinspun,

Au nom du conseil d'administration de l'Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT), j'ai le plaisir de vous écrire aujourd'hui pour vous annoncer que notre société appuie la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains fondée sur les données probantes de l'AIIAO intitulée *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patient, organizational, and system outcomes*.

L'OSOT est l'association professionnelle de plus de 3800 ergothérapeutes en Ontario. Nous faisons la promotion de l'ergothérapie dans l'espoir de lui permettre de participer à titre de profession importante aux équipes de soins de santé tout au long du continuum des soins, au sein du système de santé ontarien. Les ergothérapeutes travaillent avec des clients qui, en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'une invalidité, ne sont pas en mesure de faire ce qu'ils doivent et veulent faire. Leur travail et leur contribution à la santé de la population de l'Ontario sont susceptibles de prendre encore plus d'importance dans le contexte de soins interprofessionnels efficaces. Par conséquent, la ligne directrice de l'AIIAO est directement liée à notre mandat consistant à travailler en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins de santé afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les clients. Nous avons été ravis que le point de vue de l'ergothérapie ait été pris en compte dans le processus de création de la ligne directrice de par la participation de Bonny Jung au groupe d'experts.

Le processus rigoureux auquel l'AIIAO a recours pour la rédaction de lignes directrices a donné lieu à un ensemble de recommandations fondées sur les données probantes touchant à la pratique seul et en équipe, aux organisations et au système qui favoriseront un travail d'équipe sain entre toutes les professions. Les ergothérapeutes de l'Ontario se sont engagés à améliorer la santé de leurs clients/patients et à mettre sur pied le meilleur système de soins de santé. Cette ligne directrice nous sera d'une grande aide et guidera nos membres pour leur permettre de continuer à contribuer de façon positive au travail d'équipe interprofessionnel.

Cordialement,

Christie Brenchley
Directrice exécutive

iaBPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

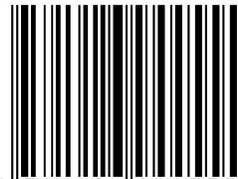
Lignes directrices des pratiques exemplaires

JUILLET 2014

Développement et maintiendes soins de santé interprofessionnels :

optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le systèmes

ISBN 978-1-926944-55-5



9 781926 944555

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario

**SPINE IS IN
A SEPARATE FILE**