

LE NIVEAU DE COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS DEUX
CONTEXTES D'OFFRE DE SOINS DE COURTE DURÉE

Par

ANNE AUCLAIR

Mémoire présenté au programme de Maîtrise en administration

En vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences

FACULTÉ D'ADMINISTRATION

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le 25 août 2009



Library and Archives
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-61472-3
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-61472-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

RÉSUMÉ

Dans un contexte changeant, le secteur de la santé est soumis à des pressions énormes et de nombreuses solutions sont proposées afin d'améliorer les services offerts et la qualité des soins. Depuis quelques années, la Direction du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a adopté un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles orienté davantage vers la pratique de collaboration interdisciplinaire. Par contre, peu d'informations ont été recueillies au sujet de cette pratique jusqu'à maintenant.

Dans la littérature, l'importance d'opter pour l'approche en collaboration entre les différentes disciplines est reconnue. Cette approche est encore difficilement mise en pratique à cause de multiples obstacles. D'autre part, les études mesurant le niveau de collaboration interdisciplinaire sont peu nombreuses et les auteurs affirment que ce concept est ardu à mesurer. De plus, la collaboration interdisciplinaire est un concept de manière générale plus étudié dans le contexte de soins de longue durée que dans celui de courte durée.

La présente étude vise à décrire le niveau de collaboration interdisciplinaire perçu dans deux contextes d'offre de soins de courte durée et d'identifier l'influence du contexte d'offre de soins et des facteurs suivants : le rôle professionnel, les caractéristiques organisationnelles, les relations interpersonnelles, l'historique personnel de la collaboration sur la collaboration interdisciplinaire. Pour ce faire, le modèle et l'instrument de mesure de la collaboration interdisciplinaire développé par Bronstein (2003) ont été adaptés au contexte de l'étude. Nous avons également ajouté une variable modératrice au modèle qui permet de distinguer deux types de contextes d'offre de soins de courte durée (Villeneuve, 2005). Nous avons procédé à une enquête par le biais d'un questionnaire. Au total, 86 questionnaires ont été distribués à des professionnels oeuvrant au sein d'équipes soignantes et 63 ont complété le questionnaire ce qui correspond à un taux de réponse de 73 %.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que l'outil de mesure montre certaines faiblesses concernant la validité et qu'il devrait être révisé pour une future utilisation. Toutefois, les résultats démontrent que la perception du niveau de collaboration interdisciplinaire dans les deux contextes d'offre de soins est relativement élevée. Les résultats ressortent également que les principaux facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire sont sensiblement similaires dans les deux contextes. Cette recherche contribue à améliorer la compréhension de la collaboration interdisciplinaire dans deux contextes de soins spécifiques au CHUS.

REMERCIEMENTS

À Monsieur Mario Roy et à Madame Madeleine Audet, directeurs de mémoire qui ont dirigé ce projet de recherche avec rigueur. Je tiens à leur exprimer ma gratitude ainsi que ma reconnaissance pour leur enseignement et leur soutien. Je les remercie également de m'avoir transmis leur passion pour la recherche. À Madame Jennifer Bélanger, directrice de mémoire qui m'a supervisé avec intérêt en ce qui a trait au volet quantitatif de cette recherche. Je la remercie d'avoir enrichi ce projet par ces précieux commentaires.

À la Chaire d'étude en organisation du travail pour son soutien financier ainsi que le personnel du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour leur accueil chaleureux et leur participation dans ce projet de recherche.

À ma famille ainsi que Pier B. Lortie, collègue à la maîtrise, pour leur grande écoute, leur encouragement constant et leurs judicieux conseils tout au long de ce projet.

Brossard, le 29 juin 2009.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	9
INTRODUCTION	10
CHAPITRE I : CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	14
1.1 Collaboration interdisciplinaire dans le secteur de la santé.....	15
1.1.1 Patient.....	16
1.1.2 Professionnel de la santé.....	17
1.1.3 Établissement de santé.....	18
1.1.4 Instance gouvernementale.....	19
1.2 Milieu étudié : le CHUS.....	20
1.2.1 Regroupement des clientèles.....	21
1.3 Synthèse.....	22
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS	24
2.1 Concept de collaboration interdisciplinaire.....	25
2.1.1 Définition de collaboration.....	25
2.1.2 Distinction des concepts : multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire.....	28
2.1.3 Avantages de la collaboration interdisciplinaire.....	31
2.2 Facteurs et modèles de collaboration interdisciplinaire.....	34
2.2.1 Facteurs de collaboration interdisciplinaire.....	34

2.2.1.1 Facteurs interpersonnels.....	34
2.2.1.2 Facteurs organisationnels.....	36
2.2.1.3 Facteurs liés au rôle professionnel.....	39
2.2.2 Modèles de collaboration interdisciplinaire.....	43
2.2.2.1 Modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003).....	45
2.3 Synthèse.....	51
2.3.1 Question de recherche.....	54
CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	55
3.1 Objectifs de la recherche.....	55
3.2 Hypothèses de recherche.....	57
3.3 Méthodologie de recherche.....	58
3.3.1 Paradigme de recherche : positivisme.....	58
3.3.2 Recherche appliquée.....	59
3.3.3 Recherche quantitative.....	60
3.3.4 Méthode de recherche : enquête par questionnaire.....	60
3.4 Instrument de mesure.....	61
3.4.1 Présentation de l'instrument de mesure original.....	61
3.4.2 Présentation de l'instrument de mesure adapté.....	63
3.5 Technique d'échantillonnage.....	71
3.5.1 Échantillon.....	72
3.6 Collecte de données.....	74
3.7 Analyse des données.....	76

3.7.1 Volet quantitatif.....	76
3.7.2 Volet qualitatif.....	76
3.8 Considérations éthiques.....	77
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	78
4.1 Résultats des données quantitatives.....	79
4.1.1 Description des composantes de la collaboration interdisciplinaire.....	79
4.1.2 Description du profil des répondants.....	80
4.1.3 Analyse du profil des répondants.....	81
4.1.4 Analyse des facteurs de collaboration interdisciplinaire.....	84
4.1.5 Analyse des hypothèses de recherche.....	91
4.2 Résultats des données qualitatives.....	95
4.2.1 Analyse des résultats du contexte d'offre de soins de type A....	96
4.2.2 Analyse des résultats du contexte d'offre de soins de type B...103	
4.2.3 Comparaison des résultats entre les deux contextes d'offre de soins.....	111
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	116
5.1 Limites de l'étude.....	116
5.2 Contributions théoriques et pratiques.....	118
5.3 Avenues de recherches futures.....	121
CONCLUSION.....	123
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	125
Annexe A – Questionnaire.....	136
Annexe B – Analyses statistiques.....	145

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des concepts qui qualifient les équipes soignantes.....	30
Tableau 2	Avantages de la collaboration interdisciplinaire.....	32
Tableau 3	Facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire.....	42
Tableau 4	Composantes de la collaboration interdisciplinaire du modèle exposées dans le modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003)	48
Tableau 5	Lien entre les facteurs de collaboration interdisciplinaire du modèle et ceux tirés de la littérature.....	50
Tableau 6	Caractéristiques des deux types de contexte d'offre de soins selon Villeneuve (2005).....	53
Tableau 7	Modèle de collaboration interdisciplinaire dans les soins de courte durée.....	54
Tableau 8	Nombre d'énoncés selon les composantes de la collaboration interdisciplinaire.....	64
Tableau 9	Nombre d'énoncés selon les facteurs de la collaboration interdisciplinaire.....	65
Tableau 10	Alphas de Cronbach pour les composantes de la collaboration interdisciplinaire.....	68
Tableau 11	Matrice des corrélations des composantes.....	69
Tableau 12	Lien entre les composantes et l'échelle.....	70
Tableau 13	Alpha de Cronbach de l'instrument de mesure.....	70
Tableau 14	Répartition des professionnels selon le contexte d'offre de soins de type A : soins intensifs.....	73
Tableau 15	Répartition des professionnels selon le contexte d'offre de soins de type B : médecine spécialisée.....	74

Tableau 16	Perception des facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire selon les professionnels de l'unité des soins intensifs.....	98
Tableau 17	Perception des facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire selon les professionnels de l'unité de médecine spécialisée.....	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003).....	46
----------	---	----

INTRODUCTION

Le secteur de la santé a subi de nombreux changements au cours des dernières décennies. Un des défis consiste à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et en continuité aux patients (MSSS, 2000). Par conséquent, les professionnels de la santé peuvent difficilement continuer à travailler de manière indépendante les uns par rapport aux autres, c'est-à-dire selon leur champ d'expertise spécifique. Ils sont appelés à travailler en collaboration interdisciplinaire afin de mieux répondre aux besoins de la population (Rice, 2000). Cette approche nécessite certaines modifications du rôle du professionnel, de l'établissement de santé, de l'instance gouvernementale ainsi que du patient (FCRSS, 2006).

La collaboration interdisciplinaire n'est pas un sujet nouvellement traité dans la littérature. Les écrits concernant la collaboration interdisciplinaire sont nombreux. Les auteurs mentionnent l'importance d'opter pour l'approche en collaboration entre les différentes disciplines (Baggs et Schmitt, 1997; Coeling et Cukr, 2000; Jones, 1994). Cependant, cette approche est encore difficilement mise en pratique selon maintes auteurs (FCRSS, 2006; K pelli, 1995)   cause de multiples obstacles tels que le manque de volonté, de confiance et de respect mutuels, d'objectifs de travail clairement définis et cohérents avec les différentes perspectives professionnelles, de temps et d'espace physique en commun ainsi que de compréhension des différentes perceptions liées à la profession (Baggs et Schmitt, 1997; Hall, 2005 ; Liedtka, Whitten et Sorrells-Jones, 1998). D'autre part, les études mesurant le niveau de collaboration interdisciplinaire

sont peu nombreuses (Dougherty et Larson, 2005; Heinemann et Zeiss, 2002) et les auteurs affirment que ce concept est ardu à mesurer (Rice, 2000). Ces constats nous amènent à étudier le niveau de collaboration interdisciplinaire et les facteurs qui influencent cette pratique.

Le CHUS est un milieu propice pour cette étude. Cette organisation a établi un nouveau mode de gestion des soins et de services de santé, depuis quelques années, orienté vers une collaboration interdisciplinaire entre les professionnels et peu d'informations ont été recueillies au sujet de cette approche jusqu'à maintenant (CHUS, 2007). Plus précisément, nous nous sommes intéressés aux professionnels œuvrant dans les soins de courte durée compte tenu du petit nombre d'études réalisées à ce sujet. Ainsi, cette recherche a pour objectifs de mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire perçu dans deux contextes d'offre de soins de courte durée et d'identifier l'influence du contexte d'offre de soins et des facteurs suivants : le rôle professionnel, les caractéristiques organisationnelles, les relations interpersonnelles, l'historique personnel de la collaboration sur la collaboration interdisciplinaire. Le présent mémoire comporte cinq chapitres.

Le premier chapitre porte sur le contexte général de l'étude. Plus particulièrement, un portrait général sur la collaboration interdisciplinaire dans le secteur de la santé ainsi que sur le contexte organisationnel dans lequel prend forme cette étude a été tracé.

Le deuxième chapitre expose la recension des écrits sur les cinq thèmes principaux

suivants : la définition du concept de collaboration interdisciplinaire, la clarification des concepts qui qualifient les équipes soignantes, les avantages qui ont suscité l'émergence de la pratique de collaboration interdisciplinaire, les facteurs qui influencent la collaboration interdisciplinaire ainsi que les modèles de collaboration interdisciplinaire qui ont été développés dans le secteur des services de soins de santé. Enfin, la synthèse de ce chapitre présente le cadre conceptuel et énonce la question de recherche.

Considérant le contexte général de l'étude et l'état de la littérature, nous avons opté pour une recherche à prédominance quantitative. Cette étude consiste à reproduire une étude déjà existante menée par Bronstein (2002) dans le domaine des soins de longue durée tout en adaptant l'instrument de mesure aux soins de courte durée. Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire auprès de 63 professionnels œuvrant dans deux contextes d'offre de soins. Le troisième chapitre concerne le cadre méthodologique de la recherche. Ce chapitre traite des objectifs, des hypothèses et de la méthodologie de recherche, de la validité et de la fiabilité de l'instrument de mesure ainsi que des considérations éthiques.

Le quatrième chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus selon deux volets : les données quantitatives et qualitatives. Le premier volet comporte une analyse descriptive des composantes de la collaboration interdisciplinaire et du profil des répondants. Ensuite, les analyses statistiques liées aux variables du profil des répondants, aux facteurs de collaboration interdisciplinaire et aux hypothèses de recherche seront exposées. Le deuxième volet explique en détail les résultats obtenus

à la question portant sur les facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire selon le contexte d'offre de soins.

Cette étude expose des résultats sur le niveau de collaboration interdisciplinaire qui a été rarement quantifié. Les résultats permettent aux gestionnaires du CHUS d'obtenir une meilleure compréhension du niveau de collaboration interdisciplinaire et des facteurs influençant la pratique de collaboration interdisciplinaire en fonction du contexte d'offre de soins. Le cinquième chapitre porte sur la discussion des résultats. Ce chapitre traite des limites de la recherche, des contributions théoriques et pratiques de la recherche ainsi que des avenues de recherches futures.

CHAPITRE I

CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

Dans un contexte changeant, le secteur de la santé au Québec est soumis à d'énormes pressions telles que la rareté des ressources, les compressions budgétaires, le développement technologique en matière d'équipements et de médicaments, l'avancement de l'expertise professionnelle, la pénurie de main-d'œuvre et le vieillissement de la population (MSSS, 2000; ICIS, 2001). De nombreuses solutions sont proposées afin d'améliorer l'offre de services et la qualité des soins. Parmi les différentes approches préconisées, les modes d'organisation du travail axés sur la collaboration interdisciplinaire sont de plus en plus reconnus comme étant une réponse aux nouvelles réalités du secteur de la santé (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin-Rodriguez, et Beaulieu, 2005; Rice, 2000).

1.1 Collaboration interdisciplinaire dans le secteur de la santé

Dans les années 70, la pratique de collaboration interdisciplinaire a émergé dans le secteur de la santé (Mitchell et Crittenden, 2000). Puis, à la fin des années 80, l'approche en collaboration interdisciplinaire est plus préconisée afin d'offrir des soins de meilleure qualité. Actuellement, la collaboration interdisciplinaire est au cœur des discussions puisqu'elle est considérée comme une pratique incontournable dans la prestation des services de soins (OPQ, 2001). La collaboration interdisciplinaire peut exister entre des professionnels à différents niveaux : d'un établissement à un autre, d'un même établissement mais reliés à des services différents, d'un établissement au sein d'une même unité et d'un établissement au sein d'une même équipe soignante (Fortier, 2004). Inspiré de la classification des avantages du travail interdisciplinaire selon les acteurs en cause tirée du document « Les équipes interdisciplinaires en oncologie » (MSSS, 2005), les quatre principaux acteurs concernés par la pratique de collaboration interdisciplinaire sont : le patient, le professionnel de la santé, l'établissement de santé, l'instance gouvernementale. C'est à partir de ces groupes d'acteurs que s'explique essentiellement la nécessité d'opter pour une approche en collaboration interdisciplinaire. Ceux-ci seront présentés brièvement dans la prochaine section.

1.1.1 Patient

Les patients sont plus exigeants et mieux informés concernant les soins et les services de santé (OPQ, 2001a). Ils connaissent plus amplement leurs droits, ils réclament l'information à leur sujet et ils désirent être impliqués dans les décisions concernant leur santé (Santé Canada, 2002 ; MSSS, 2000). Les patients ont également des besoins de santé de plus en plus complexes et diversifiés (Bronstein, 1999). Ils requièrent des soins qui nécessitent une collaboration interdisciplinaire puisque leurs problèmes de santé chevauchent les frontières professionnelles (Rice, 2000). Les patients déplorent la fragmentation et la confusion du système de santé. Ils se plaignent, par exemple, de devoir eux-mêmes établir des liens entre les différents professionnels qui leur prodiguent les soins de santé. Ils ont une responsabilité concernant leur santé, tel que mentionné dans le rapport du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000, p.38) : « Le citoyen doit *s'approprier* sa santé, en collaboration avec les professionnels de la santé ».

Selon les auteurs du rapport publié par Santé Canada (2007), l'adoption de nouveaux modes d'organisation du travail est requise pour répondre aux besoins des patients qui évoluent. La pratique de collaboration interdisciplinaire a l'avantage de centrer l'intervention sur le patient afin d'optimiser la prestation des soins et de répondre aux attentes du patient. Cette pratique met l'accent sur la participation du patient ainsi que sur les valeurs et les objectifs du patient, de la famille et de la population. L'approche en collaboration interdisciplinaire devrait permettre

l'amélioration de la satisfaction du patient, de la santé de la population et des soins offerts aux patients.

1.1.2 Professionnel de la santé

Les professionnels de la santé ont des expertises et des connaissances spécifiques qui évoluent ainsi que des champs de pratique qui s'élargissent au courant des années (MSSS, 2000; Santé Canada, 2006). Ces changements liés aux rôles professionnels modifient la manière de prodiguer les services de soins. Traditionnellement, chaque professionnel de la santé a sa propre perspective du plan de soins pour le patient (Abbott, 1988). Toutefois, la situation requiert souvent les expertises de l'ensemble des professionnels compte tenu des problèmes de santé multiples et complexes (Rice, 2000). Une simple juxtaposition des interventions n'offre pas les mêmes résultats que l'interaction entre les professionnels de différentes disciplines (OPQ, 2001). À cet effet, les problèmes rencontrés sont notamment le fractionnement selon les domaines d'intervention et de pratiques professionnelles ainsi que la duplication des services et des soins (Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger, 2003).

La collaboration interdisciplinaire constitue une solution puisqu'elle intègre les différentes approches dans le but d'atteindre des soins de qualité optimale (Käppeli, 1995). Cette pratique permet une compréhension plus complète et plus intégrée de l'état et des besoins du patient ainsi qu'une intervention faite de manière concertée et complémentaire (OPQ, 2001 ; MSSS, 2000). Elle favorise la participation active des

professionnels de la santé et le respect des contributions de chacun (Santé Canada, 2007). Par contre, les pratiques professionnelles actuelles vont à l'encontre de l'approche en collaboration interdisciplinaire (MSSS, 2000). Principalement, les professionnels ont de la difficulté à collaborer puisqu'ils dispensent les soins sur une base individuelle ayant un niveau d'indépendance élevé. Un changement d'approche de la part des professionnels s'impose afin de réaliser une collaboration interdisciplinaire.

1.1.3 Établissement de santé

Les établissements de santé au Québec font face à des défis majeurs, tout en évoluant dans un environnement instable (MSSS, 2000). Chaque établissement de santé détient une autonomie juridique, budgétaire et de gestion. Au sein de l'établissement, les services de santé fonctionnent de manière indépendante, basés sur une approche hiérarchique et bureaucratique. Ce contexte des établissements de santé affecte principalement l'accessibilité, la continuité, l'intégration et la coordination des services et des soins (Glouberman et Mintzberg, 2002).

Les établissements doivent toutefois obtenir un niveau élevé de performance (MSSS, 2000). Pour s'adapter à cette nouvelle réalité et atteindre les objectifs liés aux services et soins de santé, certains changements doivent être apportés, particulièrement à propos des modes d'organisation du travail. La collaboration interdisciplinaire s'avère une alternative intéressante qui est appliquée essentiellement dans les secteurs de la santé où les besoins sont complexes et où les disciplines sont en interaction notamment

dans les soins palliatifs, les soins de santé mentale, les soins intensifs et les services de réhabilitation (Satin, 1994). Cette pratique de collaboration est propre à chaque contexte de soins de santé. Cependant, la structure des organisations de la santé actuelle soutient encore le travail en « silos » entre les services et les professionnels. Des changements devront être apportés pour rendre optimale la pratique de collaboration interdisciplinaire.

1.1.4 Instance gouvernementale

Au Québec, certaines mesures politiques ont été prises jusqu'à ce jour afin d'améliorer le fonctionnement du système de la santé (Santé Canada, 2003; Conseil canadien de la santé, 2006). Plusieurs réformes relatives à l'ensemble des secteurs de soins ont été réalisées depuis les dernières décennies. Ces réformes accordent une grande priorité à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à la coordination des services et des soins.

Parmi les actions entreprises, des formations liées à une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient ont été initiées par la Stratégie pancanadienne des ressources humaines en santé, en 2003 (Santé Canada, 2006). Leur objectif principal était d'inciter les professionnels de la santé à collaborer entre eux afin d'améliorer la satisfaction du patient ainsi que celle du professionnel et ultimement les soins dispensés aux patients. Une seconde initiative a été réalisée dans tous les secteurs de soins, dans le but également de stimuler la pratique de collaboration entre les professionnels (Santé

Canada, 2004). Une autre mesure prise en 2002 par le gouvernement québécois a été d'adopter la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* pour moderniser les pratiques professionnelles (OPQ, 2003). Ceci permet d'offrir un contexte qui favorise l'élargissement de l'offre des services professionnels, l'assouplissement du cadre législatif, la mise en place d'un encadrement professionnel axé sur le travail en interdisciplinarité et l'élimination des contraintes nuisant à l'utilisation des compétences. Malgré les actions amorcées, des modifications devraient être apportées au sujet de la formation et de la pratique professionnelles pour qu'elles soient cohérentes avec les tendances telle l'approche en collaboration interdisciplinaire (MSSS, 2000).

1.2 Milieu étudié : le CHUS

Dans le cadre de cette étude, le milieu étudié est le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke situé au Québec, dans la région de l'Estrie. Il constitue un partenaire de premier plan pour le réseau de la santé et des services sociaux de cette région. Suite à la fusion des soins de courte durée des établissements de Sherbrooke en 1995, le CHUS offre des soins et des services au CHUS - Hôpital Fleurimont et au CHUS - Hôtel-Dieu. Cet établissement est le quatrième plus grand centre hospitalier au Québec et il regroupe près de 5 000 employés (CHUS, 2006).

Le CHUS fait face à de nombreux défis et il doit s'adapter à des contraintes telles que les restrictions budgétaires, la pénurie de professionnels de la santé, l'avancement

technologique et le vieillissement de la population. Parmi les priorités de cet établissement de santé, l'intérêt accordé au patient constitue un élément central. D'ailleurs, une des préoccupations reflétées dans le leitmotiv du CHUS, *Servir la vie*, est d' « assurer que le bon patient se retrouve au bon endroit, avec le bon intervenant, au bon moment et dans les meilleures conditions possibles » (CHUS, 2006, p.i).

1.2.1 Regroupement des clientèles

Le CHUS a pour mission notamment d'être à l'avant-garde de l'innovation. En 2000, ce centre hospitalier a pris la décision d'effectuer un *virage clientèle* qui nécessite la mobilisation de l'ensemble des ressources (Audet, 2006). Plus spécifiquement, le CHUS a procédé au changement d'une culture « d'établissement » à une culture « réseau », en implantant un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles (CHUS, 2006). Ce dernier place le client au centre des priorités dans la prestation des services afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins des patients et de gérer de manière plus efficace les ressources humaines (Audet, 2006). L'objectif principal du mode de gestion par regroupements des clientèles est :

«... d'assurer l'intégration et la continuité des soins et services dispensés au patient et à sa famille, grâce à une collaboration et un engagement accru des professionnels dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, de même qu'une meilleure coordination et un continuum des services avec les différents partenaires du réseau de la santé. Les programmes-clientèles doivent également permettre de concrétiser une gestion fondée sur les résultats et l'amélioration continue de la qualité. » (CHUS, 2007)

Ce mode de gestion des soins et services est cohérent avec les principes directeurs du CHUS visant la clientèle, les ressources humaines et la qualité, tout en répondant aux exigences du système de la santé (CHUS, 2006). Le CHUS possède 11 programmes-clientèles qui intègrent les équipes de soins et les professionnels des différents secteurs vers une approche interdisciplinaire (CHUS, 2007). Dans le plan stratégique 2006-2010 du CHUS (CHUS, 2006), des actions sont mises de l'avant pour favoriser les programmes-clientèles. Le premier axe de développement du CHUS est de situer le patient et la santé de la population au centre des prises de décision et des actions. Une des orientations est d'assurer des soins et services d'excellente qualité. Pour ce faire, les objectifs liés à la pratique de collaboration sont notamment 1) de transformer les modèles de soins et services en collaboration avec le personnel et les médecins, dans une perspective d'interdisciplinarité, 2) de partager les connaissances et les expertises des membres des différentes équipes de soins et services à l'intérieur des réseaux et 3) de soutenir activement les activités de promotion de la santé, en collaboration avec les partenaires. Le CHUS valorise alors la collaboration interdisciplinaire et ce, plus spécifiquement suite à l'adoption du mode de gestion par regroupements des clientèles qui requiert, pour les équipes soignantes, de développer plus en profondeur la collaboration interdisciplinaire.

1.3 Synthèse

La situation actuelle dans le secteur de la santé reflète des changements démographiques, économiques et technologiques considérables qui favorisent

l'émergence de nouveaux modes d'organisation du travail telle l'approche en collaboration interdisciplinaire. Cette dernière correspond au changement d'une structure hiérarchique, bureaucratique et centralisée à une structure souple et aplatie et elle implique des pratiques professionnelles en interdépendance plutôt qu'en « silo » (MSSS, 2000). L'approche en collaboration interdisciplinaire nécessite un changement profond et des efforts de la part de l'ensemble des acteurs afin de créer l'environnement propice. Ceci explique principalement la difficulté à exécuter ce virage.

Malgré les obstacles rencontrés lors de la réalisation de la collaboration, celle-ci est reconnue pour ces avantages considérables dans le système de la santé. Ainsi, le CHUS s'intéresse à comprendre plus amplement les pratiques de collaboration interdisciplinaire des équipes soignantes au sein de son établissement de santé sur lesquelles il possède jusqu'à ce jour peu d'informations. Toutefois, la collaboration interdisciplinaire demeure un concept difficile à mesurer. Il est donc intéressant de connaître jusqu'à quel point les professionnels des différentes disciplines collaborent entre eux. Il importe de déterminer le niveau de collaboration interdisciplinaire existant au sein des équipes soignantes. Il s'avère également important pour l'organisation de mieux comprendre les facteurs qui influencent la pratique de collaboration interdisciplinaire. Dans le chapitre suivant, nous allons dresser un portrait de la littérature existante sur la collaboration interdisciplinaire dans le secteur de la santé afin d'appuyer la pertinence du sujet de cette étude.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Cette étude vise principalement à identifier le niveau de collaboration interdisciplinaire au sein des équipes soignantes. Nous étudierons d'abord le concept de collaboration interdisciplinaire en définissant le concept de collaboration et en clarifiant les concepts qui qualifient les équipes soignantes. Nous aborderons ensuite les avantages qui justifient l'émergence de la pratique de collaboration interdisciplinaire. Nous identifierons les facteurs qui influencent le niveau de collaboration interdisciplinaire. Puis, nous traiterons des modèles de collaboration interdisciplinaire qui ont été développés dans le secteur des services de soins de santé. Nous terminerons ce chapitre avec une brève synthèse incluant la présentation du cadre conceptuel ainsi que de la question et des objectifs de la recherche.

2.1 Concept de collaboration interdisciplinaire

Depuis quelques décennies, le concept de collaboration interdisciplinaire est de plus en plus étudié dans le secteur des services de soins de santé. Comme ce secteur a pour défi de s'adapter au contexte démographique, social et économique en constant changement, la collaboration interdisciplinaire représente un mode d'organisation du travail qui assure principalement une plus grande flexibilité. Traditionnellement, les professionnels prodiguent les soins selon leur propre discipline de manière autonome. Cependant, l'état du patient nécessite plus souvent la collaboration de plusieurs professionnels au sein d'une équipe soignante (Yeager, 2005). Pour les fins de cette étude, le concept d'équipe soignante peut se définir comme une entité non permanente composée de professionnels de différentes disciplines qui sont mis à contribution en fonction des besoins du patient.

2.1.1 Définition de collaboration

Dans la littérature au sujet des équipes soignantes, le concept de collaboration est fréquemment évoqué. Toutefois, ce concept est souvent défini et employé de différentes manières (Henneman, Lee et Cohen, 1995). Plusieurs concepts apparentés sont également utilisés pour désigner la collaboration notamment ceux de la coopération et de la coordination (Graham et Barter, 1999). Face à cette lacune, il s'avère important de clarifier le concept de collaboration.

D'un point de vue étymologique, le concept de collaboration provient du latin qui signifie « travailler ensemble » (Henneman *et al.*, 1995). Pour définir la collaboration, il est essentiel de faire référence à la notion de processus (Coluccio et Maguire, 1983). Mintzberg, Jorgensen, Dougherty et Westley (1996, p.70) soulignent le caractère polymorphe du processus de collaboration de la façon suivante :

« Collaborations are complicated relationships that can be nuanced, intense, glorious, illicit, imbalanced, unrecognized, unrecognizable, titillating, and tiresome. The nature of a particular collaboration depends on the task and the goal, the parties involved, and its evolution over time, to name a few impinging factors. Collaboration cannot be treated as a hardened structure, a « done deal » in theory or in practice. It is a process, not an event. »¹

La collaboration est un processus dynamique, flexible et en constante évolution (Santé Canada, 2004). La collaboration se définit comme un ensemble de relations et d'interactions humaines qui varie dans le temps (D'Amour, 1997). Selon les auteurs du rapport publié par Santé Canada (2004), le concept de collaboration comprend quatre dimensions : le partenariat, le pouvoir, le partage et l'interdépendance.

La première dimension de la collaboration est liée à un *partenariat*. Le partenariat

¹ Les relations de collaboration sont compliquées puisqu'elles peuvent être variées, intenses, remarquables, illégitimes, changeantes, non reconnues, méconnaissables, stimulantes et pénibles. La nature d'une collaboration est influencée par des facteurs tels que les tâches ainsi que les objectifs visés, les parties concernées et c'est une évolution au fil du temps. La collaboration ne peut pas être considérée, comme une structure qui est constante et une « affaire réglée », au plan théorique ou dans la pratique. C'est un processus et non pas un événement. (Traduction libre)

se crée entre au moins deux professionnels qui poursuivent un objectif commun (Baggs et Schmitt, 1988). Collucio et Maguire (1983) soulignent que, pour réaliser un partenariat, chaque professionnel doit reconnaître et respecter les qualités et les compétences spécifiques à chacun.

La deuxième dimension de la collaboration concerne la notion de *pouvoir*. Pour concrétiser la collaboration, le pouvoir entre les professionnels est réparti en fonction de la connaissance et de l'expertise plutôt que du rôle et du titre des professionnels (Henneman *et al.*, 1995). La collaboration se développe à partir d'une relation de type non hiérarchique.

La troisième dimension de la collaboration a trait au *partage*. Les professionnels partagent des valeurs, des responsabilités, des prises de décision et des buts communs (Henneman *et al.*, 1995).

La dernière dimension de la collaboration implique la notion d'*interdépendance*. Pour développer la collaboration, les professionnels doivent renoncer à un niveau d'autonomie professionnelle pour créer un sentiment d'interdépendance entre les professionnels (Evans, 1994). L'interdépendance suppose que le professionnel possède un niveau élevé d'assurance envers sa profession et de coopération envers les autres membres de l'équipe (Weiss et Davis, 1985).

Ces quatre dimensions permettent de mieux comprendre le processus de la

collaboration. Dans la prochaine section, la distinction entre certains concepts employés pour qualifier les équipes soignantes sera présentée, ce qui permettra par la suite de définir le concept de collaboration interdisciplinaire.

2.1.2 Distinction des concepts : multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire

Plusieurs concepts sont employés pour désigner les équipes soignantes. À la lumière d'une consultation de 2 200 résumés d'articles et d'une analyse de 224 articles sur les équipes soignantes dans les services de santé et les services sociaux, Schofield et Amodeo (1999) constatent que les concepts employés pour décrire les équipes soignantes sont rarement définis et sont souvent utilisés de façon interchangeable. Parmi ces concepts employés pour caractériser les équipes soignantes, nous avons retenu les plus couramment employés pour décrire diverses formes que peuvent prendre les équipes : multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire.

L'équipe *multidisciplinaire* constitue une simple juxtaposition de disciplines sans qu'il ait d'interaction entre les professionnels (Voyer, 2000). Cette relation implique que les rôles sont définis en fonction des clivages professionnels traditionnels (D'Amour, 1997). Chaque professionnel prend des décisions qui concernent son champ d'expertise de manière indépendante (Schofield et Amodeo, 1999). Les résultats de l'équipe multidisciplinaire se résument à la somme des contributions de chaque professionnel (Dussault, 1990).

L'équipe *interdisciplinaire* implique un certain niveau d'interaction entre les disciplines (Satin, 1994). Les rôles des professionnels sont définis par leur contribution individuelle en fonction des besoins du patient (D'Amour, 1997). Les professionnels participent à la prise de décision par consensus. Le processus de décision est basé sur la complémentarité et l'intégration de l'ensemble des connaissances des intervenants (Fortin, 2000). L'équipe interdisciplinaire reconnaît que les compétences et les rôles de chacun se chevauchent (AIIC, 2004). Les résultats sont considérés comme étant ceux de l'équipe et non ceux d'une discipline spécifique (Voyer, 2000).

L'équipe *transdisciplinaire* implique un niveau élevé d'interaction qui est essentiel entre les disciplines (Voyer, 2000). Les rôles des professionnels sont flous et entièrement partagés par l'ensemble des participants (Hall et Weaver, 2001). Cette relation implique que chacun intervient dans divers champs d'expertise sans pouvoir identifier les compétences respectives à chaque discipline (Ruddy et Rhee, 2005). La prise de décision s'effectue à partir d'une seule unité de connaissances qui intègre complètement l'ensemble des expertises (Voyer, 2000).

Le tableau suivant résume les caractéristiques correspondant au trois concepts qui qualifient les équipes soignantes.

Tableau 1
Caractéristiques des concepts qui qualifient les équipes soignantes

Caractéristiques	Équipe multidisciplinaire	Équipe interdisciplinaire	Équipe transdisciplinaire
Interaction entre les professionnels	peu d'interaction	interaction régulière	interaction élevée
Frontières interprofessionnelles	clivages professionnels traditionnels	définies en collaboration selon les besoins du patient	floues
Prise de décision dans l'équipe	-par profession -peu d'intégration des expertises	-par consensus -intégration des expertises	intégration poussée des expertises

Parmi les trois concepts définis, celui de l'équipe interdisciplinaire est le plus approprié pour caractériser le niveau d'interaction visé entre les professions des équipes soignantes de l'établissement étudié. Ce niveau d'interaction est intéressant puisqu'il suppose que les professionnels préservent tout de même une certaine autonomie pour prendre les décisions qui relèvent de leur champ d'expertise (Satin, 1994).

Pour les fins de cette étude, nous avons retenu la définition de collaboration interdisciplinaire qui est proposée par Bruner (1991, p.299) et reprise par Bronstein (2003) : « An interpersonal process leading to attainment of specific goals that are not

achievable by one team member alone. »²

2.1.3 Avantages de la collaboration interdisciplinaire

Dans la littérature, la collaboration interdisciplinaire est reconnue puisque cette pratique comporte de nombreux avantages concernant le processus et les résultats de la prestation des soins. Tirés de la classification des équipes interdisciplinaires de Schofield et Amodeo (1999), les avantages de la collaboration interdisciplinaire peuvent être regroupés en trois catégories : l'organisation, le professionnel et le patient (Tableau 2).

² Un processus interpersonnel menant à l'accomplissement de buts spécifiques qui ne sont pas réalisables par un seul membre de l'équipe. (Traduction libre)

Tableau 2
Avantages de la collaboration interdisciplinaire

Catégories	Avantages
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qualité des services et soins (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson et Johnson, 1992) ➤ Accessibilité des soins (Hutchens, 1994) ➤ Diminution des coûts (Baggs et Schmitt, 1997)
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfaction au travail : <ul style="list-style-type: none"> ▪ prise de décision (Baggs et Ryan, 1990; Baggs <i>et al.</i>, 1992) ▪ bien-être (Baggs et Schmitt, 1997)
Patient	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfaction du patient (Baggs et Ryan, 1990)

Dans un rapport rédigé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS, 2006), on souligne qu'une collaboration efficace mène à un travail en équipe efficace. La consultation des conclusions des études concernant le travail en équipe permet de mieux comprendre la collaboration interdisciplinaire. Suite à une recension d'écrits sur les équipes de travail dans les services de santé, on constate que peu d'études précisent le milieu, la nature du travail et le cadre organisationnel des équipes de travail. De ce fait, peu de conclusions peuvent être avancées concernant l'impact de l'efficacité des soins médicaux et du fonctionnement du travail en équipe sur l'organisation, le professionnel et le patient.

Malgré les avantages de la collaboration interdisciplinaire énoncés précédemment, ceux-ci sont toutefois encore peu démontrés (Rice, 2000). Les résultats de la recension des écrits de Schmitt (2001) mettent en évidence les principales raisons pour lesquelles les avantages d'un travail en équipe sont peu démontrés. Cela s'explique par un manque de clarté au niveau de la définition de la collaboration interdisciplinaire et une difficulté à mesurer l'efficacité des équipes et l'impact du travail interdisciplinaire sur le patient.

La pratique de collaboration interdisciplinaire est en émergence dans le secteur de la santé. Elle vise à répondre principalement à la complexité grandissante des problèmes des patients (D'Amour *et al.*, 2005). Dans la littérature, les bases théoriques qui soutiennent la collaboration interdisciplinaire demeurent variées et peu nuancées. Bien que la pratique de collaboration interdisciplinaire apporte plusieurs avantages, celle-ci n'est pas évidente à réaliser puisqu'elle est influencée par plusieurs facteurs présentés dans la prochaine section. Les modèles qui permettent une meilleure compréhension du processus et de la structure de la collaboration interdisciplinaire seront également traités.

2.2 Facteurs et modèles de collaboration interdisciplinaire

2.2.1 Facteurs de collaboration interdisciplinaire

Une majorité d'études sur la collaboration interdisciplinaire se sont intéressées à identifier les facteurs qui facilitent ou nuisent à la pratique de collaboration interdisciplinaire (Rice, 2000). Ces études ne présentent souvent pas les facteurs ayant le plus d'impact sur la collaboration (FCRSS, 2006). Les facteurs recensés s'appuient plus fréquemment sur une approche conceptuelle qui constitue une base théorique pour mieux comprendre la relation de collaboration plutôt que sur des données empiriques (Santé Canada, 2004). Inspirés de la classification des facteurs de collaboration du rapport publié par Santé Canada (2004), les principaux facteurs qui influencent la collaboration interdisciplinaire se divisent en trois catégories : les facteurs interpersonnels, les facteurs organisationnels et les facteurs liés au rôle professionnel. Ces facteurs seront présentés brièvement dans la prochaine section.

2.2.1.1 Facteurs interpersonnels

Les facteurs interpersonnels correspondent aux caractéristiques individuelles des professionnels. Parmi les facteurs interpersonnels qui ont été étudiés, les plus essentiels à la réalisation de la collaboration interdisciplinaire sont la volonté de collaborer, le respect et la confiance mutuels ainsi que les habiletés communicationnelles.

La *volonté de collaborer* réfère à la détermination et l'ouverture du professionnel à prendre part à la relation de collaboration (Baggs et Schmitt, 1997). Cette volonté dépend notamment de la formation reçue, des expériences similaires vécues et de la maturité de chaque professionnel (Henneman *et al.*, 1995).

Le *respect* et la *confiance* sont à la base de la relation de collaboration (Baggs et Schmitt, 1997). Le respect consiste à reconnaître les connaissances et les perspectives professionnelles ainsi qu'à réfléchir aux différents points de vues des professionnels impliqués. La confiance dans une relation de collaboration efficace implique que le professionnel ait suffisamment confiance en ses compétences et celles des autres pour interagir avec ceux-ci. La confiance se construit à l'aide de temps, d'efforts, de patience et d'expériences positives dans des situations semblables (Henneman *et al.*, 1995).

Les *habiletés communicationnelles* du professionnel sont essentielles afin de concrétiser la pratique de collaboration (Baggs et Schmitt, 1997). La communication est un moyen de faire valoir sa propre contribution ainsi que d'établir une relation d'échange et de négociation avec les autres professionnels (Henneman, 1995; Mariano, 1989).

Bref, la volonté de collaborer, le respect et la confiance mutuels ainsi que les habiletés communicationnelles de chaque professionnel constituent des facteurs clés de la collaboration. Même si les professionnels influencent de façon majeure le type de collaboration, l'organisation dans laquelle prend forme la collaboration a également une

influence.

2.2.1.2 Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels sont associés à la structure et aux processus mis en place à l'intérieur de l'organisation. L'établissement de la santé a un rôle essentiel à jouer pour assurer la pratique de collaboration interdisciplinaire puisque cette dernière ne se développe pas uniquement par les professionnels au sein de l'équipe (D'Amour et Oandasan, 2005). Les principaux facteurs organisationnels qui affectent la relation de collaboration interdisciplinaire sont la structure et la culture organisationnelle, le soutien organisationnel, les mécanismes de communication et de coordination, les ressources de l'équipe et le contexte d'offre de soins.

La *structure organisationnelle* est un premier facteur à considérer qui influence la collaboration interdisciplinaire. Traditionnellement, les établissements de la santé sont caractérisés par une structure hiérarchique (Henneman *et al.*, 1995). Il est nécessaire de transformer cette structure organisationnelle pour réaliser et soutenir la pratique de collaboration. Une structure flexible permet aux professionnels de développer des méthodes de travail adéquates aux différents cas (Molyneux, 2001).

La *culture organisationnelle* est un second facteur qui importe. Il va de soi que la culture de l'organisation doit également être modifiée. Une culture organisationnelle axée sur l'entraide, l'ouverture à la discussion et à l'apprentissage ainsi qu'au

développement des connaissances favorise la collaboration interdisciplinaire (Silén-Lipponen, Turunen et Tossavainen, 2002). Cette transformation de la structure et de la culture organisationnelle est difficile à réaliser, puisqu'elle nécessite un changement profond tant au niveau des modes d'organisation du travail, des valeurs, des attitudes, que des rôles et des pratiques.

Le *soutien organisationnel* est un autre facteur important. Il s'agit pour l'organisation d'établir un cadre de travail propice pour faciliter la collaboration entre les professionnels (Evans, 1994). Les facteurs qui ont une influence marquée sur la relation de collaboration interdisciplinaire sont la définition des rôles et des responsabilités ainsi que la définition d'objectifs de travail réalistes et cohérents avec les différentes perspectives professionnelles (Bronstein, 2003, Liedtka *et al.*, 1998). Le soutien organisationnel consiste également à sélectionner des leaders qui transmettent la vision liée à la collaboration, qui motivent et qui créent l'engagement des professionnels à l'égard de l'organisation et des objectifs (Stichler, 1995 ; Tschannen, 2004).

Les *mécanismes de communication et de coordination* sont un autre facteur non négligeable. Ces mécanismes permettent d'établir des liens entre ces différents professionnels pour qu'ils puissent planifier les plans de soins, échanger de l'information et prendre des décisions à l'égard des patients (Molyneux, 2001). Les mécanismes qui facilitent la collaboration sont notamment des protocoles de travail, des règles internes et des réunions interdisciplinaires (Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002). La communication doit être une valeur intégrée dans la structure, la culture et la gestion

organisationnelle.

Les ressources de l'équipe sont un autre facteur qui importe. Plus précisément, les ressources les plus pertinentes pour développer la collaboration sont l'espace physique et le temps disponible en commun, ce qui implique nécessairement un investissement financier de la part de l'organisation (Baggs et Schmitt, 1997; Mariano, 1989).

Le contexte d'offre de soins est un dernier facteur ayant une influence sur la collaboration. Plus particulièrement, la nature de la tâche définit l'équipe de travail de sorte que sa constitution et son fonctionnement varient selon le type de patient et la complexité des soins (FCRSS, 2006). La nécessité de collaborer est plus élevée dans un contexte d'offre de soins qui requiert des soins complexes et l'intervention de plusieurs professionnels de la santé. D'ailleurs, une étude menée par Baggs *et al.* (1992) met en évidence que l'intensité de la pratique de collaboration interdisciplinaire est plus élevée lorsque la prise de décisions concernant une situation est complexe, c'est-à-dire lorsqu'il existe plusieurs alternatives. D'autre part, une étude réalisée par Sicotte *et al.* (2002) conclut que le contexte de soins de longue durée favoriserait plus la collaboration interdisciplinaire compte tenu que le patient a un état de santé stable et de multiples pathologies. De façon générale, la collaboration interdisciplinaire est un concept plus fréquemment étudié dans les soins primaires et les soins de longue durée comparativement aux soins de courte durée. Ces recherches se sont intéressées aux équipes de travail à caractère stable où le temps d'interaction entre les différents professionnels est plutôt long et le type de patient rencontré est souvent semblable

(FCRSS, 2006). En ce qui concerne les recherches dans les soins de courte durée, la relation entre les médecins et les infirmières a été plus fréquemment étudiée, ces groupes de professionnels se situent au centre de l'équipe soignante (Rice, 2000). Bref, certains contextes nécessitent une pratique de collaboration interdisciplinaire plus importante que d'autres. Peu d'études font la comparaison entre différents contextes de soins à l'égard de la collaboration interdisciplinaire (FCRSS, 2006; Schofield et Amodeo, 1999).

En résumé, l'organisation joue un rôle de valorisation, de régulation et de renforcement des relations de collaboration en offrant un milieu de travail propice à la collaboration. Les facteurs organisationnels qui encouragent la relation de collaboration interdisciplinaire sont la structure et la culture organisationnelle, le soutien organisationnel, les mécanismes de communication et de coordination, les ressources de l'équipe et le contexte d'offre de soins. En plus des facteurs organisationnels, d'autres facteurs liés au rôle professionnel affectent également la collaboration interdisciplinaire.

2.2.1.3 Facteurs liés au rôle professionnel

Les facteurs liés au rôle professionnel réfèrent au cadre de l'exercice de la profession, qui sont indépendants de l'organisation. Les principaux facteurs qui influencent la pratique de collaboration interdisciplinaire sont respectivement le système professionnel, le système de formation, le système culturel et le système social.

Le *système professionnel* est un premier facteur à considérer qui influence la collaboration interdisciplinaire. Ce système regroupe les différentes professions qui sont caractérisées par un langage, une perspective professionnelle et une approche de résolution des problèmes spécifiques (Hall et Weaver, 2001; Robertson, 1999). Les professionnels en relation de collaboration sont confrontés à deux logiques qui s'opposent : la logique de la professionnalisation et celle de la collaboration (D'Amour, 1997). La logique de la professionnalisation réfère à l'exercice du pouvoir, de l'autorité, de l'expertise et de la spécialisation, à une approche centrée autour des territoires professionnels et à la présence de frontières étanches entre les professions. La logique de la collaboration quant à elle représente un partage et une intégration des savoirs et des pratiques, une approche centrée sur la clientèle et un partage des zones d'intervention entre les professions. L'efficacité de la collaboration est alors limitée par un professionnel qui s'identifie largement à son rôle professionnel ou encore à l'équipe interdisciplinaire (Abramson, 1990). La pratique de collaboration interdisciplinaire peut également susciter chez le professionnel des conflits, de la confusion ou de la compétition au niveau des rôles et des responsabilités dus aux différences entre les professions (Barr, 1997, Robertson, 1999).

Le *système de formation* est un deuxième facteur qui importe. La formation traditionnelle d'un professionnel dans le secteur de la santé concerne l'enseignement des connaissances spécifiques à sa profession (Ivey *et al.*, 1987). La formation a une influence sur la collaboration interdisciplinaire, étant un levier majeur pour véhiculer les valeurs de celle-ci (D'Amour et Oandasan, 2005). Elle permet une meilleure

compréhension de la pluralité professionnelle qui concerne les responsabilités et les valeurs liées aux différentes professions afin de restreindre l'effet des frontières professionnelles. L'étude menée par Liedtka *et al.* (1998) démontre que le manque de connaissances concernant les valeurs et les perspectives de travail liées aux différentes professions nuit au développement de la collaboration interdisciplinaire.

Le *système culturel* est un troisième facteur à considérer. Ce système représente les valeurs, les croyances, les attitudes et les comportements propres au professionnel (Hall, 2005; Abramson et Mizrahi, 1996). De ce fait, les professionnels de diverses disciplines définissent la collaboration de manière distincte ce qui influence la pratique puisqu'ils perçoivent différemment la collaboration (Baggs et Schmitt, 1997; Liedtka *et al.*, 1998).

Le *système social* est un dernier facteur ayant une influence sur la collaboration. Ce système correspond principalement à la répartition du pouvoir entre les différents professionnels (D'Amour, 1997). La perception d'inégalité entre les professionnels nuit au développement de la collaboration (Robertson, 1999). Les facteurs qui limitent la pratique de collaboration interdisciplinaire sont principalement le maintien de relations traditionnelles de pouvoir, la présence de stéréotypes et la différence de perception en fonction du sexe ainsi que du statut professionnel (Elston et Holloway, 2001; Käppeli, 1995; Robertson, 1999).

De manière générale, peu d'études ont démontré l'influence des facteurs liés au rôle professionnel sur la collaboration, plus particulièrement à l'égard du système culturel et

social (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla, 2005). En résumé, le tableau suivant présente les principaux facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire qui ont été abordés.

Tableau 3
Facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire

Facteurs interpersonnels	volonté de collaborer; respect et confiance mutuels; habiletés communicationnelles.
Facteurs organisationnels	structure et culture organisationnelle; soutien organisationnel; mécanisme de communication et de coordination; ressources de l'équipe; contexte d'offre de soins.
Facteurs liés au rôle professionnel	système professionnel; système de formation; système culturel; système social.

Adaptation de la classification des facteurs de collaboration provenant du rapport publié par Santé Canada (2004)

Parmi ces trois catégories de facteurs, les facteurs interpersonnels ont été plus fréquemment étudiés (San Martin-Rodriguez *et al.*, 2005). Cette catégorie de facteur a une influence majeure sur la pratique de collaboration puisque la décision de collaborer dépend principalement des professionnels (FCRSS, 2006). Peu de recherches se sont intéressées à l'interaction entre les trois catégories de facteurs et l'incidence de ces facteurs sur le secteur de la santé (Santé Canada, 2004). Les écrits se limitent

fréquemment à l'étude de l'équipe en rapport avec la collaboration, sans prendre en considération le contexte organisationnel et le cadre de l'exercice professionnel. Il importe de considérer les facteurs de manière interdépendante afin de connaître précisément l'ensemble des influences sur la pratique de collaboration interdisciplinaire. À la lumière de la description de ces facteurs, il y a maintenant lieu de présenter les modèles qui permettent une meilleure compréhension de la collaboration interdisciplinaire.

2.2.2 Modèles de collaboration interdisciplinaire

Dans le secteur des services de soins de santé, plusieurs modèles sur la collaboration interdisciplinaire ont été proposés. Les auteurs ont développé différentes perspectives de la collaboration (D'Amour *et al.*, 2005). Il existe certains modèles qui présentent la démarche de collaboration en plusieurs étapes (D'Amour *et al.*, 1999; Gitlin *et al.*, 1994; Hayward *et al.*, 2000; Miller, 1997), qui identifient les facteurs menant au succès de la collaboration (Bronstein, 2003; Corser, 1998; Hayward *et al.*, 2000; Sicotte *et al.*, 2002; West, Borril et Unsworth., 1998), qui mesurent le niveau de collaboration (Bronstein, 2003; Sicotte *et al.*, 2002) et qui évaluent l'impact de la collaboration dans le secteur de la santé (Corser, 1998, Miller, 1997; Sicotte *et al.*, 2002; West *et al.*, 1998). La collaboration peut être également conceptualisée sous la forme d'un processus et/ou d'une structure (Santé Canada, 2004). Ces deux approches sont complémentaires puisqu'il importe de comprendre à la fois le processus et la structure qui mènent à la collaboration. Principalement, les modèles se basent sur des théories

explicites, sur des données empiriques et/ou sur une recension d'écrits (D'Amour *et al.*, 2005). Suite à une recension d'écrits portant sur les modèles de la collaboration, on peut établir qu'un modèle bien conceptualisé est fondé sur les critères suivants : 1) sur des données empiriques, 2) une recension d'écrits, 3) sur une théorie explicite et 4) sur l'étude de la collaboration sous forme d'une structure et d'un processus (Santé Canada, 2004).

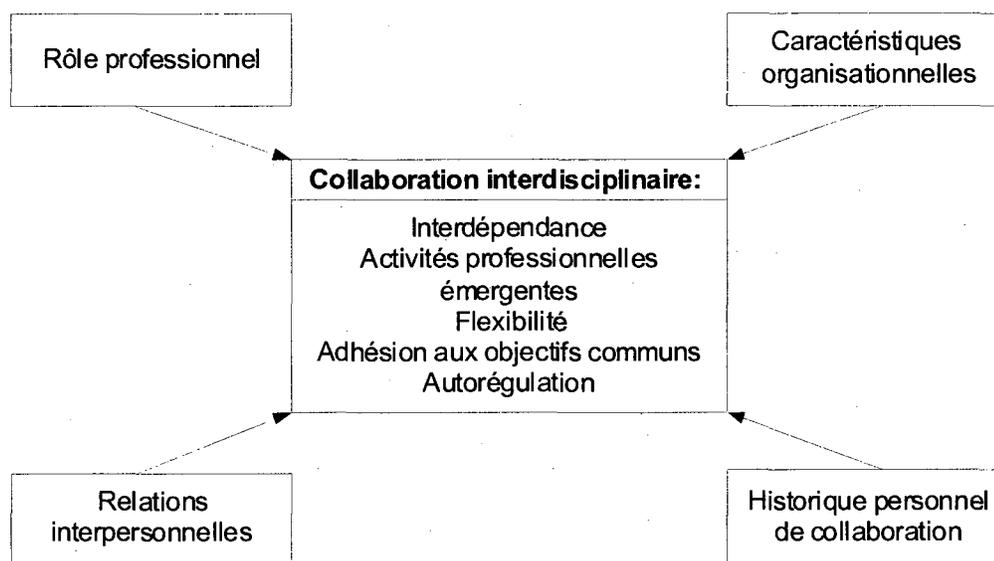
Le CHUS accorde de l'importance à la collaboration interdisciplinaire et s'intéresse à comprendre davantage cette pratique. Il importe de comprendre d'abord la relation de collaboration interdisciplinaire avant d'établir des liens entre la collaboration et les impacts de cette dernière sur le milieu (Sicotte *et al.*, 2002). À cet égard, il est pertinent de savoir si les professionnels parviennent à collaborer avec les autres professionnels en mesurant l'intensité de la collaboration interdisciplinaire et en identifiant les conditions nécessaires à la réalisation de cette dernière. Parmi les différents modèles de collaboration interdisciplinaire recensés, les modèles développés par Sicotte *et al.* (2002) ainsi que par Bronstein (2003) respectent les trois critères de sélection des modèles énoncés précédemment. Le modèle développé par Sicotte *et al.* (2002) définit la collaboration interdisciplinaire uniquement à partir de deux dimensions c'est-à-dire la coordination interdisciplinaire et le partage des activités de soins. Il intègre les quatre dimensions de la collaboration interdisciplinaire ainsi que les facteurs organisationnels et ceux liés au rôle professionnel toutefois sans tenir compte des facteurs interpersonnels tirées de la littérature qui ont été présentées auparavant (Santé Canada, 2004). Ce modèle s'intéresse plus particulièrement à la perception des gestionnaires qui

gèrent les équipes de professionnels plutôt qu'à celle des professionnels. Dans la prochaine section, nous présenterons le modèle de Bronstein (2003) puisqu'il semblait plus susceptible de répondre aux besoins du milieu étudié.

2.2.2.1 Modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003)

Bronstein (2003) a développé le modèle de collaboration interdisciplinaire visant les travailleurs sociaux oeuvrant dans les soins de longue durée. Ce modèle rend compte à la fois de cinq composantes définissant la collaboration interdisciplinaire et de quatre facteurs influençant cette collaboration (Figure 1). Il est basé sur les quatre modèles théoriques suivants : la théorie multidisciplinaire de la collaboration, la théorie de l'intégration des services, la théorie des rôles ainsi que la théorie des systèmes écologiques. Ce modèle a été également développé à partir d'une recension d'écrits théoriques et d'études empiriques dans le secteur des services sociaux.

Figure 1
Modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003)



Le modèle de Bronstein (2003) a l'avantage d'exposer la collaboration à la fois sous forme d'un processus et d'une structure. Il vise d'abord à comprendre la collaboration entre les professionnels dans le but de la maximiser (Bronstein, 1999). Ce modèle a été utilisé pour des études dans les services sociaux afin de mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire et d'identifier les facteurs qui mènent au succès de la collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2002 ; Parker-Olivier *et al.*, 2005). Ces études s'intéressaient uniquement à la perception des travailleurs sociaux sans tenir compte des professionnels des autres disciplines. Ce modèle peut être toutefois appliqué à d'autres professionnels de la santé puisqu'il est basé sur la littérature multidisciplinaire (Bronstein, 2002).

Dans le prochain tableau, nous décrivons les cinq composantes de la collaboration interdisciplinaire situées au centre de ce modèle.

Tableau 4
Composantes de la collaboration interdisciplinaire du modèle exposées dans le modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003)

<p>1.1) L'<i>interdépendance</i> concerne l'interaction entre les professionnels où chacun dépend des autres pour accomplir leur tâche et atteindre leur objectif. Pour ce faire, les professionnels doivent avoir une compréhension claire de leur rôle ainsi que celui des différents professionnels. De même, des facteurs tels que le temps formel et informel passé ensemble, la communication orale et écrite ainsi que le respect de l'opinion et de la contribution d'autrui favorisent l'interdépendance.</p>
<p>1.2) Les <i>activités professionnelles émergentes</i> portent sur des actions, des programmes et des structures qui ne sont pas réalisables par l'unique contribution d'un professionnel. Ainsi, l'expertise de chaque professionnel est optimisée et les services sont basés sur une nouvelle structure et de nouveaux principes.</p>
<p>1.3) La <i>flexibilité</i> se prolonge au-delà de l'interdépendance entre les professionnels et se réfère au chevauchement des rôles. Cela se reflète par l'obtention de compromis profitables par les professionnels, en répondant de façon créative à ce qui est demandé, malgré les désaccords et les changements de rôles.</p>
<p>1.4) L'<i>adhésion aux objectifs communs</i> consiste à un partage des responsabilités, à une vision commune et à une définition ainsi qu'à une réalisation des objectifs par les professionnels. Cela vise une approche centrée sur le client par laquelle les professionnels de différentes disciplines, le patient et la famille participent activement au plan de soins. Pour adhérer aux objectifs communs, chaque professionnel doit prendre sa part de responsabilité dans la réussite ainsi que dans l'échec et d'être en mesure d'apporter une critique constructive lors de désaccords envers les collègues et les patients.</p>
<p>1.5) L'<i>autorégulation</i> concerne l'attention portée par les professionnels au processus de travail en commun. Cela consiste pour les professionnels à donner une rétroaction du processus ainsi que des relations de travail dans le but de renforcer l'efficacité et les relations de collaboration.</p>

Dans le prochain tableau, nous pouvons établir un lien entre les facteurs de collaboration interdisciplinaire situés aux quatre extrémités du modèle et les facteurs de collaboration interdisciplinaire de la recension des écrits détaillés précédemment (Santé Canada, 2004).

Tableau 5
Lien entre les facteurs de collaboration interdisciplinaire du modèle et ceux tirés de la littérature

Facteurs de collaboration interdisciplinaire exposés dans le modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003)	Facteurs de collaboration interdisciplinaire tirés de la littérature (Santé Canada, 2004)
1) <i>Le rôle professionnel</i> concerne l'identification à la pratique professionnelle et celle à l'organisation. Les professionnels sont sensibilisés tant aux valeurs liées à leur perspective professionnelle respective que celles liées à la vision organisationnelle.	Facteurs liés au rôle professionnel
2) <i>Les caractéristiques organisationnelles</i> correspondent à la culture et à la structure organisationnelle, à l'horaire de travail, à l'espace physique ainsi qu'à la charge professionnelle.	Facteurs organisationnels
3) <i>Les relations interpersonnelles</i> concernent les caractéristiques propres à chaque professionnel notamment la capacité à comprendre les différentes perspectives ainsi qu'à faire confiance aux autres professionnels et la manière dont le professionnel perçoit les autres comme personne, à l'extérieur du rôle professionnel.	Facteurs interpersonnels
4) <i>L'historique personnel de collaboration</i> est lié aux activités de collaboration interdisciplinaire liées à la formation, à l'attitude liée à la collaboration interdisciplinaire enseignée lors de la formation et les expériences professionnelles rémunérées à ce sujet.	Facteurs liés au rôle professionnel

Ceci nous indique que les concepts du modèle de collaboration interdisciplinaire semblent refléter ceux exposés dans la littérature.

Pour conclure cette deuxième section, les études portant sur la collaboration interdisciplinaire ont identifié un grand nombre de facteurs qui influencent cette pratique. Les trois principales catégories de facteurs sont les facteurs interpersonnels, les facteurs organisationnels et les facteurs liés au rôle professionnel. En ce qui concerne les modèles sur la collaboration interdisciplinaire, plusieurs perspectives ont été présentées soit d'exposer la démarche de collaboration en plusieurs étapes et d'évaluer l'impact de la collaboration dans le secteur de la santé. Le modèle présenté dans cette section expose la collaboration interdisciplinaire sous forme d'un processus ainsi que d'une structure. Il traite également des facteurs influençant cette collaboration selon la perception des professionnels.

2.3 Synthèse

Le CHUS est intéressé à mieux connaître les pratiques de collaboration interdisciplinaire mises de l'avant au sein de son établissement puisque peu d'informations ont été recueillies à ce jour au sujet des pratiques de collaboration interdisciplinaire. Le modèle développé par Bronstein (2003) présente les composantes qui définissent la collaboration interdisciplinaire et les facteurs qui l'influencent d'après la perception des professionnels. Les professionnels devraient être les premiers interrogés afin de connaître plus amplement le processus de la collaboration

interdisciplinaire puisqu'ils sont directement concernés dans cette relation (Bronstein, 1999). Par ailleurs, ce modèle a l'avantage d'inclure les trois principales catégories de facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire tirées de la littérature (Santé Canada, 2004). C'est pourquoi le modèle de Bronstein (2003) sera retenu dans le cadre de cette étude et devrait permettre de mieux comprendre la collaboration interdisciplinaire selon les professionnels du milieu étudié.

Boon, Verhoef, O'Hara et Findlay (2004) mentionnent que le choix d'un modèle d'équipes soignantes devrait tenir compte du type de patient puisque les besoins sont différents. Un modèle est difficilement approprié pour tous les contextes dans le secteur de la santé (Nolte et Tremblay, 2005). Une des études qui a tenu compte de ces caractéristiques a été réalisée par Villeneuve (2005) qui classifie en deux types le contexte d'offre de soins de courte durée (Tableau 6). Ce chercheur circonscrit le contexte d'offre de soins selon quatre dimensions : la nature des soins offerts, l'état du patient, l'instrumentation technologique utilisée ainsi que les procédures de travail et les protocoles de soins.

Tableau 6
Caractéristiques des deux types de contexte d'offre de soins selon Villeneuve (2005)

Dimensions	Contexte d'offre de soins de courte durée	
	Type A	Type B
Nature des soins	complexe	peu complexe
État du patient	faible autonomie	autonomie considérable
Instrumentation technologique	avancée	peu complexe
Procédures de travail et protocoles de soins	imprévus fréquents et temps de réaction rapide	imprévus peu fréquents et temps disponible pour réagir aux imprévus

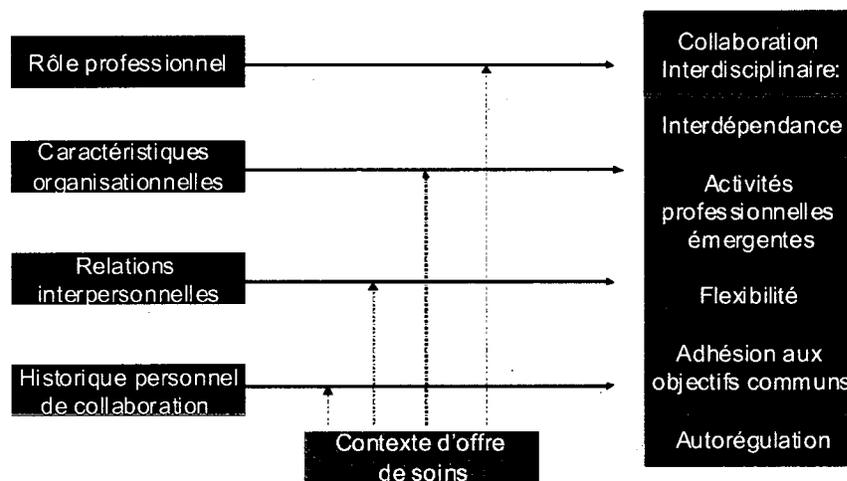
Le type A est associé aux soins intensifs à l'urgence, au bloc opératoire et à l'oncologie et le type B correspond à la médecine, à la gynécologie, à la chirurgie et à l'obstétrique (Villeneuve, 2005). Ces deux types de contextes d'offre de soins ont des caractéristiques distinctes qui sont susceptibles d'avoir une influence sur la pratique de collaboration interdisciplinaire. Seulement quelques écrits sur la collaboration ont établi des comparaisons entre les différents contextes d'offre de soins (FCRSS, 2006; Schofield et Amodeo, 1999).

Dans le cadre de cette étude, le modèle de collaboration interdisciplinaire dans les soins de longue durée (Bronstein, 2003) a été adapté aux soins de courte durée (Tableau

7). Pour ce faire, la présentation du modèle a été modifiée afin d'ajouter une variable modératrice. Cette variable « contexte d'offre de soins » permet de classifier en deux types le contexte d'offre de soins de courte durée tel que défini par Villeneuve (2005).

Tableau 7

Modèle de collaboration interdisciplinaire dans les soins de courte durée



Adaptation du modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein (2003)

2.3.1 Question de recherche

Ce modèle adapté amène à énoncer la question de recherche de la manière suivante :
 Quelle est l'influence du contexte d'offre de soins de courte durée sur le niveau de collaboration interdisciplinaire des équipes soignantes ?

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Après avoir présenté le contexte général de l'étude et la recension des écrits aux chapitres précédents, il est maintenant important d'exposer le cadre méthodologique sur lequel s'appuie cette recherche. Nous exposerons d'abord les objectifs, les hypothèses et la méthodologie de la recherche. Ensuite, nous présenterons l'instrument de mesure, la technique d'échantillonnage et le processus de collecte de données. Enfin, nous décrirons les méthodes utilisées pour analyser les données et nous conclurons avec les considérations éthiques de l'étude.

3.1 Objectifs de la recherche

Cette recherche est issue des considérations du contexte spécifique du CHUS et de

l'état des connaissances sur la collaboration interdisciplinaire. Cette recherche dite descriptive a pour but de décrire un phénomène bien défini initialement, soit le niveau de collaboration interdisciplinaire entre professionnels dans deux contextes d'offre de soins, et d'établir s'il y a un lien entre ce niveau de collaboration interdisciplinaire et les facteurs de collaboration interdisciplinaire (Newman, 2003). Plus précisément, les objectifs de la recherche sont :

1. De comparer le niveau de collaboration interdisciplinaire perçu dans deux contextes d'offre de soins de courte durée;
2. D'identifier l'influence du contexte d'offre de soins et des facteurs tels que le rôle professionnel, les caractéristiques organisationnelles, les relations interpersonnelles ainsi que l'historique personnel de collaboration sur la collaboration interdisciplinaire.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons adapté le modèle et l'instrument de mesure de la collaboration interdisciplinaire développé par Bronstein (2003) au contexte de l'étude. Notre recherche a également pour but de discuter de la pertinence du modèle retenu. Du point de vue organisationnel, cette étude devrait dresser un portrait plus détaillé des pratiques de collaboration interdisciplinaire au sein du CHUS.

3.2 Hypothèses de recherche

Bronstein, l'auteure du modèle de collaboration interdisciplinaire (2003), a formulé quatre hypothèses rattachées aux variables indépendantes du modèle concernant leur influence sur la collaboration interdisciplinaire : le rôle professionnel, les caractéristiques organisationnelles, les relations interpersonnelles et l'historique personnel de collaboration interdisciplinaire. Nous avons uniquement conservé les hypothèses liées aux variables « rôle professionnel » et « relations interpersonnelles ». Les deux autres hypothèses émises par l'auteure ne peuvent pas être vérifiées dû à une conception inappropriée de l'échelle de mesure retenue par l'auteure. Nous avons donc vérifié de manière individuelle les questions rattachées à l'hypothèse « contexte organisationnel » et « historique personnel de collaboration ». À partir des deux autres variables testables, nous avons pu formuler deux nouvelles hypothèses afin de vérifier l'effet modérateur du contexte d'offre de soins sur la relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante. Ces hypothèses s'appuient sur les prémisses d'une étude menée par Baggs *et al.* (1992). Ces chercheurs mettent en évidence que la pratique de collaboration interdisciplinaire est plus importante lorsque la complexité de la situation permet de prendre des décisions à partir de plusieurs alternatives. Pour les fins de notre étude, la complexité de la situation existante dans un contexte d'offre de soins de type A est plus grande que celui de type B. Les hypothèses de recherche sont formulées de la manière suivante :

Hypothèse 1. Plus les professionnels accordent de l'importance à leurs rôles

professionnels et à la vision de l'organisation, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé.

Hypothèse 2. Dans un contexte d'offre de soins de type A, les professionnels qui accordent de l'importance à leurs rôles professionnels et à la vision de l'organisation ont un niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que dans un contexte de type B.

Hypothèse 3. Plus les professionnels accordent de l'importance aux relations interpersonnelles, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé.

Hypothèse 4. Dans un contexte d'offre de soins de type A, les professionnels qui accordent de l'importance aux relations interpersonnelles ont un niveau de collaboration plus élevé que dans un contexte de type B.

3.3 Méthodologie de recherche

3.3.1 Paradigme de recherche : positivisme

Peu d'outils permettent de mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire au sein des équipes soignantes (Heinemann et Zeiss, 2002). Cependant, plusieurs chercheurs soutiennent l'importance d'avoir recours à des instruments de mesure de la collaboration interdisciplinaire afin d'obtenir une meilleure compréhension du sujet (Schmitt, 2001). Or, face à ce constat, la présente recherche vise à mesurer le niveau de

collaboration interdisciplinaire et à identifier les facteurs qui sous-tendent cette collaboration interdisciplinaire dans deux contextes d'offre de soins de courte durée. Cette étude est réalisée à l'aide d'un modèle théorique et d'un instrument de mesure existant dans le but de vérifier des hypothèses. La perspective positiviste est retenue puisque l'objet de la recherche constitue principalement une interrogation des faits (Allard-Poesi et Maréchal, 1999). Les résultats de la recherche consistent à combler les insuffisances dans la littérature afin d'améliorer la connaissance de la structure de la réalité. Par conséquent, la logique de la recherche est déductive puisqu'elle consiste principalement à prédire et à vérifier un phénomène à partir d'hypothèses dans un contexte spécifique (Huot, 1992).

3.3.2 Recherche appliquée

La recherche appliquée s'appuie sur une préoccupation spécifique ou sur un problème à résoudre dans un contexte précis contrairement à la recherche fondamentale qui poursuit la production de nouvelles connaissances générales (Newman, 2003). Ce type de recherche est orienté vers l'action et les résultats sont transférables dans la pratique afin d'être utiles au milieu étudié et d'orienter les décisions futures. Dans la présente recherche, le terrain choisi est le CHUS. Nous nous sommes assurés que les pratiques de collaboration interdisciplinaire au sein des équipes soignantes sont effectivement une des préoccupations de cet établissement de santé.

3.3.3 Recherche quantitative

La méthode quantitative est la plus appropriée puisque notre recherche porte sur le contenu de l'objet étudié, c'est-à-dire que nous voulons prendre une photo à un moment précis au sujet du niveau de collaboration interdisciplinaire et de la relation entre ce niveau collaboration et les facteurs de la collaboration interdisciplinaire dans deux contextes d'offre de soins de courte durée (Grenier et Josserand, 1999). La méthode quantitative est pertinente d'autant plus que notre recherche consiste à répliquer dans un contexte différent un modèle et un instrument de mesure déjà existant. Nous avons également recueillis certaines données qualitatives afin d'enrichir l'analyse des données.

3.3.4 Méthode de recherche : enquête par questionnaire

Pour mener cette étude, la méthode de recherche sélectionnée est l'enquête par le biais d'un questionnaire administré auprès de professionnels oeuvrant dans deux contextes d'offre de soins de courte durée. Un des avantages de cette enquête est que les questionnaires ont été remis en main propre aux répondants où ces derniers pouvaient le compléter à leur convenance durant la journée (Newman, 2003). Cette démarche avait pour fin de rejoindre directement un plus grand nombre possible de professionnels qui ont un horaire très chargé. Cette manière de procéder avait l'avantage également de susciter un taux de réponse élevé, d'avoir un certain contrôle sur l'environnement, de favoriser la rapidité avec laquelle les questionnaires sont retournés et de limiter les coûts

(Newman, 2003). Toutefois, le questionnaire limite le type de questions possibles, le chercheur ne peut pas observer la réaction des répondants et les réponses sont parfois moins spontanées que par entrevue (Selltiz, Wrightsman et Cook, 1977).

3.4 Instrument de mesure

3.4.1 Présentation de l'instrument de mesure original

Nous avons choisi le questionnaire « Index of interdisciplinary collaboration » de Bronstein (2002) basé sur le modèle de collaboration interdisciplinaire. L'instrument de mesure a été construit à partir d'une recension d'écrits théoriques et de travaux empiriques. Il sert à mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire selon la perception des travailleurs sociaux et des professionnels des autres disciplines ainsi qu'à identifier l'influence de quatre facteurs sur cette collaboration interdisciplinaire. Le modèle et l'instrument ont été développés et présentés initialement par Bronstein dans un projet en vue de l'obtention du grade de Docteur (1999). L'instrument de mesure du niveau de collaboration interdisciplinaire a été utilisé à deux reprises auprès de travailleurs sociaux ainsi que de professionnels de diverses disciplines (Bronstein, 2002; Parker-Olivier *et al.*, 2005).

La fiabilité et la validité de l'instrument de mesure original ont été évaluées par l'auteure. La méthode du test-retest a été faite à deux moments différents dans un intervalle de deux semaines auprès de 30 étudiants de la maîtrise de la *Barry University*

School of Social Work afin de vérifier la stabilité de l'instrument de mesure dans le temps. Ensuite, le questionnaire a été administré auprès de 1000 membres de l'association nationale des travailleurs sociaux (NASW) dont le taux de réponse a été de 47 %. L'analyse factorielle a révélé l'existence de 12 facteurs, dont le premier facteur explique 22,7 % de la variance totale. L'analyse factorielle avec rotation *Varimax* a confirmé l'existence de cinq facteurs. Suite à cette analyse, Bronstein a décidé d'éliminer sept énoncés qui ne corrèlent pas suffisamment c'est-à-dire ayant une contribution à la totalité de l'instrument inférieure à 0,30 dans le but d'améliorer la fidélité de l'instrument. De plus, une faiblesse est présente au sujet de la composante « activités professionnelles émergentes » où seulement trois sur six des énoncés corrèlent avec cette composante. Par ailleurs, la consistance interne de l'instrument est excellente, le coefficient d'alpha de Cronbach est égal à 0,92. Ainsi, l'échelle globale utilisée est fidèle ce qui nous indique que l'instrument est pertinent à utiliser. On note une instabilité concernant la consistance interne d'une des cinq composantes de la collaboration interdisciplinaire dont le coefficient d'alpha de Cronbach est inférieur à 0,75. Bronstein suggère de jumeler les composantes « interdépendance » et « flexibilité ». Selon l'auteure, les définitions de ces composantes s'apparentent suffisamment. De plus, la consistance interne globale de l'échelle de mesure est supérieure et le coefficient d'alpha de Cronbach est égal à 0,80. Les coefficients de corrélation entre chacune des cinq composantes de la collaboration interdisciplinaire varient entre 0,471 et 0,680 (Matrice des coefficients de corrélation inter-items). Ces corrélations sont classifiées de modérées à fortes.

Ce questionnaire est intéressant puisqu'il vise à mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire à partir de la perception des différents professionnels qui sont impliqués directement dans la relation de collaboration. Il est caractérisé par une terminologie facile à comprendre et il est d'une longueur relativement courte. Bronstein (2005) souligne que cet outil a le potentiel de pouvoir être utilisé dans d'autres contextes de santé, en adaptant la terminologie.

3.4.2 Présentation de l'instrument de mesure adapté

Le questionnaire adapté au contexte spécifique de l'étude compte 63 questions, divisées principalement en questions à choix multiples (Annexe A). Ce questionnaire contient trois parties. La première partie du questionnaire a été développée en fonction de cette étude afin de recueillir des renseignements sur les répondants tels que la discipline professionnelle, le contexte d'offre de soins, le sexe, l'expérience professionnelle et l'âge.

La seconde partie sert à mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire (variable dépendante) entre les professionnels de la santé. Nous avons conservé les échelles de type Likert en cinq points (1= Fortement en accord, 2= Plutôt en accord, 3=Sans opinion, 4= Plutôt en désaccord, 5= Fortement en désaccord) de la version originale du questionnaire. Les énoncés se répartissent selon les composantes de la collaboration interdisciplinaire (Tableau 8).

Tableau 8
 Nombre d'énoncés selon les composantes de la collaboration interdisciplinaire

Composante de la collaboration interdisciplinaire	Nombre d'énoncés
1.1 Interdépendance	13
1.2 Activités professionnelles émergentes	6
1.3 Flexibilité	5
1.4 Adhésion aux objectifs communs	8
1.5 Autorégulation	9
Total :	42

La troisième partie vise à connaître l'influence de quatre facteurs (variables indépendantes) sur la collaboration interdisciplinaire. Les échelles nominales, ordinales et de ratio qui proviennent également de la version originale ont été conservées. Les énoncés se répartissent selon les facteurs de la collaboration interdisciplinaire (Tableau 9). Nous avons ajouté une variable modératrice « contexte d'offre de soins » au modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein. Nous cherchons à vérifier si le contexte d'offre de soins de courte durée a une influence sur la relation entre les variables indépendantes (rôle professionnel et relations interpersonnelles) et le « niveau de collaboration interdisciplinaire ». Nous avons également ajouté deux questions à l'instrument de mesure. Le premier énoncé est mesuré par une échelle ordinale de type Likert en cinq points : « Le contexte de votre unité de soins spécifique dans lequel vous travaillez quotidiennement favorise la collaboration interdisciplinaire? » et un second énoncé : « Quels sont les facteurs de votre contexte qui favorisent ou qui nuisent à la pratique de collaboration interdisciplinaire ? » qui est mesuré à l'aide d'une réponse à

court développement.

Tableau 9
Nombre d'énoncés selon les facteurs de la collaboration interdisciplinaire

Facteurs de collaboration interdisciplinaire	Nombre d'énoncés
1. Rôle professionnel	2
2. Caractéristiques organisationnelles	4
3. Relations interpersonnelles	4
4. Historique personnel de collaboration interdisciplinaire	4
5. Perception du contexte d'offre de soins	2
Total :	16

Certains termes spécifiques du questionnaire qui étaient propres au contexte des services sociaux ont été adaptés au contexte d'offre de courte durée. Un cadre de référence a été intégré au questionnaire pour définir les concepts suivants « collaboration interdisciplinaire » et « professionnel ». La notion de collaboration interdisciplinaire utilisée a été définie au premier chapitre et celle de professionnel est définie comme suit : « Exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases. » (Abbott, 1988, p. 8)³ Ce cadre de référence a pour but d'éviter un vocabulaire difficile à comprendre afin que les répondants puissent répondre avec un niveau de compréhension commun au questionnaire.

³ Groupe associé à une discipline qui applique des connaissances spécifiques à un cas donné. (Traduction libre)

La fiabilité d'un instrument de mesure signifie que si l'objet d'observation est très stable, la mesure obtenue à plusieurs reprises avec le même instrument ou un instrument similaire donnera des résultats semblables d'une observation à l'autre (Kerlinger et Lee, 2000). Contrairement à la validité, la fiabilité indique seulement si l'instrument mesure quelque chose de précis sans savoir s'il mesure l'objet d'observation. Cette section présente des tests statistiques qui permettent d'évaluer la fiabilité de l'instrument de mesure du niveau de collaboration interdisciplinaire. Nous nous sommes principalement basés sur l'alpha de Cronbach pour nous questionner sur la fiabilité de notre instrument de mesure.

Tout d'abord, la consistance interne des cinq composantes de la collaboration interdisciplinaire a été évaluée à l'aide des coefficients d'alpha de Cronbach qui sont présentés au tableau 10. On suppose un problème par rapport à la traduction de l'énoncé 7 lié à la composante « interdépendance » : « Mes collègues des autres disciplines me réfèrent des patients qu'ils auraient dû orienter vers d'autres professionnels. » Nous croyons que le verbe employé apporte une interprétation péjorative de l'énoncé. Nous avons décidé de retirer l'énoncé 7 de l'analyse des données et en le supprimant, le coefficient de consistance interne s'améliore de façon considérable ($\alpha = 0,676$ à $\alpha = 0,726$). Cet énoncé ne contribuerait pas à l'échelle de la composante « interdépendance ».

Contrairement à la décision de l'auteure de jumeler les composantes

« interdépendance » et « flexibilité », nous avons décidé de jumeler les composantes « adhésion aux objectifs communs » et « activités professionnelles émergentes » puisque les définitions de celles-ci se chevauchent davantage. En se référant à la définition de la composante « activités professionnelles émergentes », on remarque que les énoncés de la composante « adhésion aux objectifs communs » concernent des pratiques liées au processus du plan de soins. Ces pratiques correspondent à une nouvelle structure de travail et sont réalisables seulement par la contribution de plusieurs professionnels. On constate ainsi que ces énoncés sont difficilement associés à une seule de ces composantes, ils reflètent un même concept (Les énoncés se situent à l'annexe A). On retrouve les alphas de Cronbach suite aux modifications apportées à la cinquième colonne du tableau 10 et l'ensemble des alphas de Cronbach généré par SPSS en annexe. On observe que les composantes « activités professionnelles émergentes » et « adhésion aux objectifs communs » jumelées apporte une meilleure consistance interne.

Tableau 10
Alphas de Cronbach pour les composantes de la collaboration interdisciplinaire

Composantes de la collaboration interdisciplinaire	Nombre d'énoncés	Alphas de Cronbach	Modifications apportées	Alphas de Cronbach modifiés
1. Interdépendance	13	0,676	Supprimer énoncé 7	0,726
2. Activités professionnelles émergentes	6	0,504	Jumeler les composantes 2 et 4	0,780
3. Flexibilité	5	0,554	-	0,554
4. Adhésion aux objectifs communs	8	0,754	Jumeler les composantes 2 et 4	0,780
5. Autorégulation	10	0,805	-	0,805

Dans la matrice des corrélations des composantes (Tableau 11), on note que les cinq composantes de la collaboration interdisciplinaire sont corrélées de faible à élevée soit de 0,291 à 0,590. On observe que la corrélation la plus faible se situe entre les composantes « activités professionnelles émergentes » et « interdépendance ». Ce résultat s'explique puisque tel que mentionné précédemment la décision a été prise de jumeler cette première composante « activités professionnelles émergentes » avec « adhésion aux objectifs communs ». Ainsi, la première composante prise de manière individuelle corrèle moins fortement avec la composante « interdépendance ».

Tableau 11
Matrice des corrélations des composantes

Inter-Item Correlation Matrix

	Interdépendance	Activités professionnelles émergentes	Flexibilité	Adhésion aux objectifs communs	Autorégulation
Interdépendance	1,000	,291	,478	,490	,456
Activités professionnelles émergentes	,291	1,000	,395	,525	,520
Flexibilité	,478	,395	1,000	,357	,546
Adhésion aux objectifs communs	,490	,525	,357	1,000	,590
Autorégulation	,456	,520	,546	,590	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Test statistique basé sur les 41 énoncés de la mesure de la collaboration interdisciplinaire

En se référant au tableau suivant, on peut observer que si on supprimait une des composantes du niveau de collaboration interdisciplinaire soit l' « interdépendance », les « activités professionnelles émergentes » et la « flexibilité », le coefficient d'alpha de Cronbach serait seulement supérieur de quelques millièmes de point et l'échelle deviendrait plus fidèle. Nous avons décidé de conserver les composantes du niveau de collaboration interdisciplinaire puisque nous avons pris en considération le coefficient d'alpha de Cronbach de l'instrument de mesure présenté ultérieurement.

Tableau 12
Liens entre les composantes et l'échelle

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Interdépendance	14,8932	2,803	,551	,354	,792
Activités professionnelles émergentes	15,2857	2,591	,567	,361	,784
Flexibilité	15,3050	2,464	,563	,383	,786
Adhésion aux objectifs communs	15,4947	2,271	,637	,471	,763
Autorégulation	15,6033	2,130	,707	,508	,739

Test statistique basé sur les 41 énoncés de la mesure de la collaboration interdisciplinaire

Dans le prochain tableau, on remarque que le coefficient d'alpha de Cronbach des 41 énoncés est égal à 0,894 ce qui signifie une excellente consistance interne de l'échelle de mesure. On peut conclure que l'échelle de mesure est fidèle.

Tableau 13
Alpha de Cronbach de l'instrument de mesure

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,894	,896	41

En résumé, la validité et la fiabilité de la mesure nous permettent de juger de la pertinence d'un instrument de mesure (Contandriopoulos *et al.*, 1990). C'est une étape

importante pour ensuite pouvoir interpréter les résultats obtenus. À la lumière des résultats obtenus dans cette section sur la fiabilité et de ceux obtenus par Bronstein sur la validité de l'instrument de mesure, nous constatons qu'il est suffisamment fiable et valide pour analyser les données recueillies dans la présente étude.

3.5 Technique d'échantillonnage

La population à l'étude est l'ensemble des professionnels travaillant au CHUS dans les deux contextes d'offre de soins de type A et B (Villeneuve, 2005) définis au chapitre précédent. Plus précisément, les professionnels devaient respecter les critères d'inclusion suivants pour faire partie de l'échantillon :

1. Pratiquer leur profession majoritairement dans un des deux contextes ;
2. Travailler durant le quart de travail de jour ;
3. Faire partie d'une équipe interdisciplinaire ;
4. Être volontaire et disponible.

Nous nous intéressons uniquement à la perception des professionnels travaillant de jour pour ne pas confondre avec les différentes réalités selon le quart de travail. De plus, notre choix a été fait en fonction d'établir une comparaison entre deux contextes d'offre de soins au sujet de la collaboration interdisciplinaire et les professionnels travaillant de jour sont plus appelés à collaborer avec les autres disciplines.

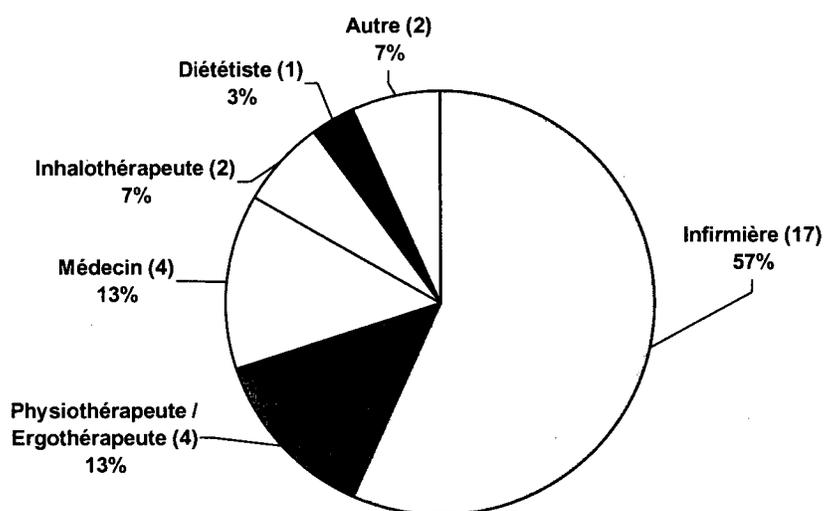
3.5.1 Échantillon

Les unités de soins dans le contexte d'offre de soins de type A et B ont été sélectionnées à l'aide de la technique d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Le choix des unités de soins s'est fait considérant que les deux types d'unité représentent des caractéristiques très différentes. L'unité de soins intensifs (type A) est caractérisé par des patients avec une faible autonomie et qui requièrent des soins complexes tandis que l'unité de médecine spécialisée soit l'unité de neurologie et de néphrologie (type B) est caractérisée par des patients avec une certaine autonomie et qui requièrent des soins peu complexes (Villeneuve, 2005). Les unités de soins sélectionnées sont composées principalement de médecins, de médecins résidents, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'inhalothérapeutes, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de diététistes et de psychologues.

Les professionnels au sein de chaque unité ont été sélectionnés à l'aide de la technique d'échantillonnage du choix raisonné (Royer et Zarlowski, 1999) puisque nous voulons rejoindre chaque discipline professionnelle dans les unités de soins. Cette technique est basée sur la présence des répondants sur les lieux de travail. Ce sont les personnes-ressources oeuvrant dans chaque contexte d'offre de soins qui nous accompagnaient pour nous diriger vers les professionnels. L'échantillon complet a été formé de 30 professionnels des soins intensifs (type A) et de 33 professionnels des soins en médecine spécialisée (type B). Le tableau suivant présente la répartition de

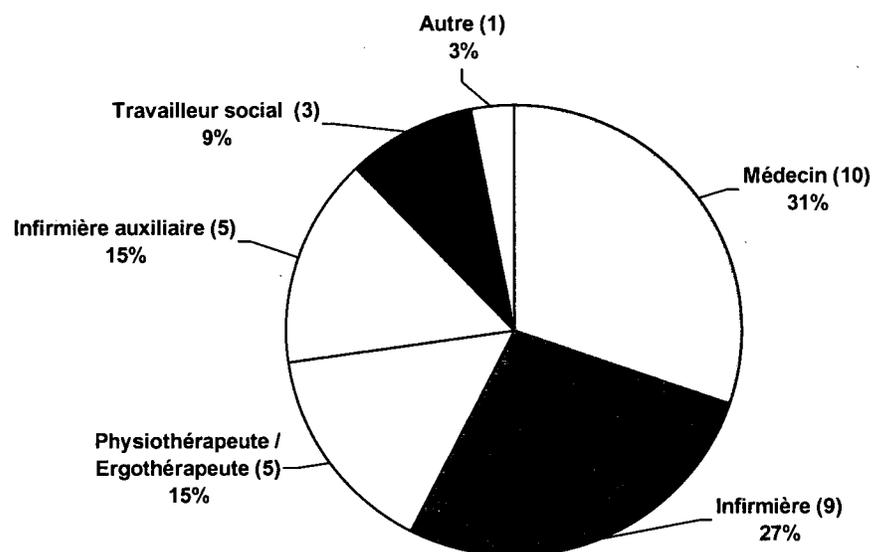
l'échantillon du contexte d'offre de soins de type A.

Tableau 14
Répartition des professionnels selon le contexte d'offre de soins de type A : soins intensifs



Dans l'ensemble, sur 35 questionnaires distribués au sein de l'unité de soins intensifs, 30 questionnaires ont été retournés pour un taux de réponse de 85,71%. Le tableau 15 présente la répartition de l'échantillon du contexte d'offre de soins de type B, la médecine spécialisée.

Tableau 15
Répartition des professionnels selon le contexte d'offre de soins de type B : médecine spécialisée



Dans l'ensemble, sur 51 questionnaires distribués au sein de l'unité de médecine spécialisée, 33 questionnaires ont été retournés pour un taux de réponse de 64,71 %.

3.6 Collecte de données

Tout d'abord, un premier contact a été établi avec de la Directrice du département de la qualité et de l'innovation afin de discuter de la pertinence et du cadre de l'étude. Cette personne-ressource a fait le lien avec deux infirmières-chefs qui provenaient de deux unités de soins distinctes dans le but de leur demander leur accord pour participer à cette étude.

Ensuite, la chercheuse a rencontré individuellement les personnes-ressources, soit les infirmières-chefs, afin de présenter le projet de recherche et le questionnaire. Cette étape comprenait une validation du questionnaire par ces deux professionnels. Ils ont mentionné que le questionnaire était d'une longueur raisonnable pour favoriser le taux de réponse compte tenu de la charge de travail des professionnels de la santé. La rencontre avait pour but également de connaître le nombre de professionnels qui gravitaient autour des unités de soins concernées ainsi que d'identifier le moment le plus approprié dans la journée pour rejoindre le maximum de professionnels.

La collecte de données s'est effectuée au mois de mai et juin 2007. La chercheuse a distribué à chaque répondant une enveloppe contenant une lettre de présentation du projet de recherche et un questionnaire. Elle leur expliquait brièvement le projet de recherche et elle les informait que la participation à cette étude était sur une base volontaire. Les participants avaient besoin d'approximativement 15 minutes pour compléter le questionnaire. Ils étaient invités à compléter les questionnaires au moment qu'ils jugeaient opportun durant les heures de travail et à le remettre à la réception de leur unité de soins à la fin de la journée. La chercheuse s'occupait de recueillir les enveloppes cachetées à la fin de la journée. Cette mesure permettait d'assurer en partie l'anonymat des répondants. Quelques questionnaires ont été ramassés au courant de la semaine afin d'accorder plus de temps aux professionnels et de favoriser un taux de réponse plus élevé.

3.7 Analyse des données

La présente recherche comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif.

3.7.1 Volet quantitatif

La compilation des données a été faite en inversant les échelles de mesure pour certains énoncés formulés négativement. La codification des échelles de type Likert a été inversée contrairement à l'étude réalisée avec l'instrument de mesure original (Bronstein, 2002) afin de favoriser la lecture des résultats (1= Fortement en désaccord, 5= Fortement en accord). Les données quantitatives du questionnaire ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 13.0. Elles ont été traitées au moyen de l'analyse du t-test (comparaison de deux moyennes d'échantillons indépendants), l'analyse de la variance (comparaison de plus de deux moyennes d'échantillons indépendants), de l'analyse de corrélation et de l'analyse de régression linéaire.

3.7.2 Volet qualitatif

Ce volet comprend une question à court développement qui a été formulée dans le but de mieux comprendre les facteurs qui influencent le niveau de collaboration interdisciplinaire. Les éléments mentionnés ont été regroupés en fonction des facteurs du modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein (2003) afin d'en faire l'analyse. Des tableaux ont été utilisés pour faciliter l'interprétation des données

qualitatives.

3.8 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines du point de vue scientifique avant d'être réalisé. En plus, l'anonymat des répondants a été assuré tout au long de cette étude. Plus précisément, les répondants n'avaient pas à identifier leur nom sur le questionnaire qu'ils devaient remettre dans une enveloppe cachetée. Les questionnaires sont conservés de façon sécuritaire dans les locaux de la Chaire d'étude en organisation du travail (CÉOT) de l'Université de Sherbrooke et seulement les chercheurs qui sont mentionnés dans ce projet de recherche ont eu accès aux questionnaires complétés.

Une lettre de présentation du projet était jointe au questionnaire qui faisait lieu de consentement éclairé du répondant (Annexe A). Cette lettre spécifiait les objectifs de la recherche, les raisons pour lesquelles leur participation était sollicitée, les avantages et les inconvénients de leur participation, l'utilisation des données recueillies ainsi que les noms et les coordonnées de la chercheuse, des directeurs du projet de recherche et du Comité d'éthique. Le participant était également informé dans cette lettre qu'il était tout à fait libre de participer ou non ainsi qu'il pouvait se retirer en tout temps de cette étude. De plus, la chercheuse était disponible lors de la distribution des questionnaires afin de répondre aux interrogations des répondants vis-à-vis l'étude.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats, suite à l'enquête faite au CHUS par le biais d'un questionnaire administré auprès de professionnels oeuvrant dans deux contextes d'offre de soins de courte durée. Dans un premier temps, les résultats liés aux données quantitatives telles que ceux ayant trait à la vérification des hypothèses seront présentés et analysés. Dans un deuxième temps, les données qualitatives seront présentées et analysées en fonction des facteurs de collaboration interdisciplinaire énumérés dans le modèle de collaboration interdisciplinaire (Tableau 7) employé dans le cadre de cette étude.

4.1 Résultats des données quantitatives

La première partie de ce chapitre est divisée en deux sections. Tout d'abord, les analyses descriptives et ensuite les analyses statistiques seront présentées. Il est important de mentionner que nous avons tiré des conclusions à partir des analyses générées par le logiciel SPSS dont les tableaux et graphiques issus de ce logiciel se situent à l'annexe B. Pour chacune des analyses, nous nous sommes assuré, à moins d'indication contraire, que les échantillons provenaient de populations normales et que les variances des populations étaient égales. Le seuil de signification des analyses statistiques est fixé à $\alpha = 0,05$. Tel qu'expliqué précédemment, la présentation des résultats est réalisée à l'aide d'une échelle de type Likert qui se lit comme suit : 1= Fortement en désaccord et 5= Fortement en accord.

4.1.1 Description des composantes de la collaboration interdisciplinaire

Nous avons défini antérieurement les composantes de la collaboration interdisciplinaire soit l'interdépendance, les activités professionnelles émergentes, la flexibilité, l'adhésion aux objectifs communs et l'autorégulation (Tableau 4). Maintenant, nous présenterons une analyse descriptive de ces composantes en fonction de la moyenne et de l'écart-type obtenus dans l'échantillon. Un tableau est en annexe B afin de fournir un résumé plus détaillé.

On observe que dans l'échantillon du contexte d'offre de soins de type A les

moyennes obtenues varient entre 3,54 et 3,94. Les écart-types associés à ces composantes varient entre 0,38 et 0,60. On remarque que dans l'échantillon du contexte d'offre de soins de type B les moyennes obtenues varient entre 3,89 et 3,94. Les écart-types associés à ces composantes varient entre 0,36 et 0,51. Il semble que les professionnels, quelque soit le contexte d'offre de soins, perçoivent que le niveau de collaboration est élevé par rapport à chaque composante de la collaboration interdisciplinaire.

4.1.2 Description du profil des répondants

Un tableau détaillé résumant le profil des répondants se situe en annexe. Dans l'échantillon, on remarque que la majorité des professionnels du contexte d'offre de soins de type A sont des infirmières (57 %) tandis que la majorité des professionnels du contexte d'offre de soins de type B sont des infirmières (24 %) et des médecins (30 %).

Dans l'échantillon, on observe que 52 % des professionnels oeuvrent dans le contexte d'offre de soins de type B et 48 % des professionnels travaillent dans le contexte d'offre de soins de type A.

On constate que la répartition par rapport au sexe des répondants de l'échantillon est relativement semblable dans les deux contextes de soins c'est-à-dire qu'une plus grande majorité de femmes que d'hommes ont participé à l'étude. Plus précisément, 67% des répondants du contexte d'offre de soins de type A et 79 % des répondants du

contexte d'offre de soins de type B sont des femmes.

Dans l'échantillon, on constate que 45 % des professionnels sont âgés entre 20 et 39 ans dans le contexte d'offre de soins de type B tandis que 36 % des professionnels se situent dans ce groupe d'âge dans le contexte d'offre de soins de type A. Au sujet de l'expérience professionnelle des répondants, on remarque que 72 % des professionnels de l'échantillon du contexte d'offre de soins de type B ont moins de neuf années d'expérience tandis que seulement 43 % des professionnels du contexte d'offre de soins de type A se situent dans cette catégorie.

Maintenant que nous avons fait l'analyse descriptive, nous procéderons à la présentation des analyses statistiques liées au profil des répondants, aux facteurs de collaboration interdisciplinaire et aux hypothèses de recherche.

4.1.3 Analyse du profil des répondants

Dans cette section, nous voulons vérifier s'il existe un lien significatif entre chaque variable associé au profil des répondants soit la profession, le contexte d'offre de soins, le sexe, l'expérience professionnelle ainsi que l'âge et le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Profession

Les résultats de l'analyse du t-test concluent qu'il existe une différence significative

(p -value= 0,000) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire perçu entre les médecins et les infirmières. Au niveau de la population, cette différence s'estime en faveur des médecins soit de 0,42 sur une échelle de 1 à 5, avec une marge d'erreur de \pm 0,2137, et ce, 19 fois sur 20. Donc, les médecins perçoivent leur niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que celui des infirmières.

*Contexte d'offre de soins*⁴

Les résultats de l'analyse du t-test démontrent qu'il n'existe pas de différence significative (p -value= 0,296) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire entre les deux contextes d'offre de soins. Ces résultats vont à l'encontre de notre hypothèse initiale concernant le contexte d'offre de soins dans lequel nous avons supposé qu'il y aurait un niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé dans le contexte de type A. Ce résultat s'explique peut-être en partie par le fait que notre échantillon dans le contexte de type B comprend un grand nombre de médecins et que ceux-ci présentent une perception du niveau de collaboration interdisciplinaire significativement plus élevé.

Sexe

Suite aux résultats de l'analyse du t-test, on observe une différence significative (p -value= 0,044) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire perçu entre les

⁴ Il est à noter que le terme « unité de soins » a été employé uniquement dans le questionnaire, à l'énoncé B afin que les professionnels puissent identifier leur unité de soins spécifique. Ces unités de soins (médecine spécialisée et soins intensifs) sont rattachées aux contextes d'offre de soins de type A et B, tel que défini au tableau 6.

professionnels de sexe féminin et ceux de sexe masculin. Au niveau de la population, cette différence s'estime en faveur des professionnels masculins soit de 0,21 sur une échelle de 1 à 5, avec une marge d'erreur de $\pm 0,2111$, et ce, 19 fois sur 20. Ainsi, les hommes ont une perception du niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevée que les femmes.

Expérience professionnelle

Les résultats de l'analyse de la variance (ANOVA) démontrent qu'il n'existe pas de différence significative (p -value= 0,059) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire perçu selon l'expérience professionnelle des répondants.

Âge

Les résultats de l'analyse de la variance (ANOVA) démontrent qu'il existe une différence significative (p -value= 0,037) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire perçu selon l'âge des répondants. Il s'agit d'une relation qualifiée de force correcte (ETA= 0,365) entre ces deux variables. On peut interpréter que 13,31 % de la variation du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire est expliquée par les différences entre les catégories d'âge. On observe une différence (p -value= 0,048) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire entre le groupe de professionnels âgé entre 20 et 29 ans et celui âgé entre 40 et 49 ans. Au niveau de la population, cette différence s'estime en faveur des professionnels âgés entre 20 et 29 ans soit 0,334 avec une marge d'erreur de $\pm 0,3324$ sur une échelle de 1 à 5, et ce, 19 fois sur 20. Les jeunes professionnels perçoivent leur niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que

celui des professionnels plus âgés.

Nous avons utilisé le test Tukey pour établir les comparaisons de moyennes compte tenu que les p -values associées à un des deux tests statistiques de Kolmogorov-Smirnov et Shapiro-Wilk nous indiquent qu'il respecte la normalité. De même, la p -value associée à la statistique de Levene bien qu'inférieure au seuil de signification (p -value= 0,035) se situe entre 0,025 et 0,05. Malgré les résultats de ces tests, nous pouvons continuer l'analyse puisque la procédure statistique faite ci-dessus est suffisamment robuste (Lévesque et Bélanger, 2005). Pour les fins de l'analyse, nous avons jumelé la quatrième et la cinquième catégories d'âge puisqu'il y avait un seul répondant dans la classe d'âge *60 ans et plus*.

En résumé, on conclut que les professionnels des deux contextes d'offre de soins ont une perception relativement similaire du niveau de collaboration interdisciplinaire. Cependant, on observe qu'il y a une différence du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire selon les deux professions étudiées (infirmière et médecin), le sexe et l'âge des répondants.

4.1.4 Analyse des facteurs de collaboration interdisciplinaire

Tel qu'expliqué précédemment, les questions liées aux facteurs « caractéristiques organisationnelles » et « historique personnel de collaboration » ont été analysées de façon individuelle et les résultats seront présentés. De plus, les analyses statistiques

relatives à la variable « perception du contexte d'offre de soins » seront également exposées.

Le facteur « caractéristiques organisationnelles » comprend quatre dimensions soit l'espace physique, l'horaire de travail, la structure organisationnelle et la charge professionnelle.

Espace physique (Question 45)

Suite aux résultats de l'analyse du t-test, nous observons une différence significative (p -value= 0,006) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire perçu selon le fait que les professionnels considèrent avoir ou non un espace de travail pour collaborer. Au niveau de la population, cette différence s'estime en faveur des professionnels considérant avoir un espace de travail pour collaborer soit de 0,27 sur une échelle de 1 à 5, avec une marge d'erreur de $\pm 0,1824$, et ce, 19 fois sur 20. Donc, tout comme la conclusion de l'étude de Bronstein (1999), on peut supposer que dans notre étude l'espace physique réservé pour les rencontres entre les professionnels influence positivement le niveau de collaboration interdisciplinaire. Ce résultat révèle l'importance de mettre à la disposition des professionnels un espace de travail pour les rencontres avec les différents professionnels.

Horaire de travail (Question 46)

L'analyse du t-test démontre qu'il n'existe pas de différence significative (p -value= 0,607) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire entre les répondants ayant

répondu positivement ou négativement au sujet des périodes réservées à leur horaire de travail pour rencontrer les collaborateurs. Dans notre étude, on n'a pas d'argument nécessaire pour soutenir ce que Bronstein (1999) appuie dans son étude, que les périodes réservées à l'horaire de travail influencent positivement le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Structure organisationnelle (Question 47)

L'analyse de corrélation démontre qu'il existe une relation linéaire positive faible ($r = 0,288$) entre le « niveau de collaboration interdisciplinaire » et la « structure organisationnelle » puisque la p -value est égale à 0,023. Ceci signifie que plus les répondants perçoivent la présence d'une structure organisationnelle favorable à la collaboration interdisciplinaire, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé. Ceci reflète l'intérêt de mettre en place un cadre de travail favorisant la pratique de collaboration interdisciplinaire. La corrélation entre ces deux variables étant faible, nous pouvons conclure que d'autres variables interviennent pour expliquer le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Charge professionnelle (Question 48)

Il n'existe pas de corrélation significative entre les variables « charge professionnelle » et « niveau de collaboration interdisciplinaire » puisque la p -value obtenue est égale à 0,355. Il semble que cette variable n'a pas d'influence dans le cas étudié. Cela s'explique puisque la répartition du nombre de patients par professionnel tient déjà compte du contexte d'offre de soins. En général, la charge des professionnels

est répartie de manière uniforme entre les professionnels et selon l'état des patients. Les conclusions vont dans le même sens que l'étude de Bronstein (1999) qui n'a également pas obtenu de résultats significatifs au sujet de cette variable.

Le facteur « historique personnel de collaboration » comprend quatre dimensions, soit les activités de collaboration interdisciplinaire liées à la formation, la perception envers les activités de collaboration interdisciplinaire, l'attitude liée à la formation professionnelle et les expériences professionnelles rémunérées.

Activités de collaboration interdisciplinaire liées à la formation (Question 53)

L'analyse du t-test démontre qu'il existe une différence significative (p -value= 0,014) entre le niveau moyen de collaboration interdisciplinaire des répondants qui ont pris part et ceux qui n'ont pas pris part à des activités de collaboration interdisciplinaire lors de leur formation. Au niveau de la population, cette différence s'estime en faveur des professionnels ayant pris part à des activités de collaboration interdisciplinaire lors de leur formation soit de 0,28 sur une échelle de 1 à 5, avec une marge d'erreur de \pm 0,2276, et ce, 19 fois sur 20. Ainsi, les répondants ayant pris part à des activités de collaboration interdisciplinaire lors de leur formation perçoivent un niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que ceux n'ayant pas pris part à ces activités.

Perception envers les activités de collaboration interdisciplinaire (Question 54)

Cette question vise les professionnels qui ont répondu positivement à l'énoncé 53. Les résultats de l'analyse du t-test démontrent une différence significative (p -

value= 0,032) du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire entre les professionnels ayant une perception positive et ceux ayant une perception mitigée au sujet des activités de collaboration interdisciplinaire lors de leur formation. Au niveau de la population, cette différence s'estime en faveur des professionnels ayant perçu positivement les activités de collaboration interdisciplinaire lors de leur formation soit de 0,29 sur une échelle de 1 à 5, avec une marge d'erreur de $\pm 0,2571$, et ce, 19 fois sur 20. Donc, les professionnels ayant perçu positivement les activités de collaboration lors de leur formation ont un niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que ceux ayant perçu de façon mitigée cette expérience. Cette analyse permet d'affirmer, comme la conclusion de l'étude de Bronstein (1999), que dans notre étude la perception envers les activités de collaboration interdisciplinaire influence le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Attitude liée à la formation professionnelle (Question 55)

Nous n'avons pas effectué d'analyse de variance (ANOVA) afin de vérifier l'existence d'une différence significative du niveau moyen de collaboration interdisciplinaire entre les quatre modalités de réponse de la variable « attitude liée à la formation professionnelle ». Lorsque nous avons effectué le test de la normalité des données, une des modalités de réponse avait un nombre de données insuffisant.

Expériences professionnelles rémunérées (Question 56)

Nous avons vérifié s'il existe une différence significative du niveau de collaboration interdisciplinaire entre les répondants qui ont des expériences

professionnelles rémunérées inexistantes, mitigées et positives. D'après les résultats obtenus dans l'analyse de variance (ANOVA), nous ne pouvons pas conclure que les expériences professionnelles rémunérées acquises influencent le niveau de collaboration interdisciplinaire puisque la p -value est égale à 0,396. Dans notre étude, nous n'avons pas d'argument nécessaire pour soutenir ce que Bronstein (1999) appuie dans son étude, que les expériences professionnelles rémunérées influencent positivement le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Perception du contexte d'offre de soins (Question 57)

L'analyse de corrélation démontre qu'il existe une relation linéaire positive modérée ($r = 0,385$) entre le « niveau de collaboration interdisciplinaire » et la « perception du contexte d'offre de soins » puisque la p -value est égale à 0,002. Cette analyse nous indique que plus la perception est élevée par rapport au contexte d'offre de soins favorisant la pratique de collaboration interdisciplinaire, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé. Il semble important de mettre en place un contexte d'offre de soins favorisant la pratique de collaboration afin d'avoir un impact sur le niveau de collaboration interdisciplinaire. Plus précisément, 14,8 % ($r^2 = 0,148$) de la variation totale du niveau de collaboration interdisciplinaire est expliquée lorsque la variable « perception du contexte d'offre de soins » est prise en considération. Ces résultats suggèrent que le contexte d'offre de soins A et B bien que différents, apportent tous deux les éléments requis pour favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Nous avons vérifié, à l'aide d'une régression linéaire en utilisant le contexte d'offre

de soins comme « variable muette » (« *dummy variable* ») si le niveau de collaboration interdisciplinaire est influencé par les variables « contexte d'offre de soins » et « perception du contexte d'offre de soins ». Nous avons obtenu un modèle significatif (p -value= 0,004). La p -value associée à la variable perception du contexte d'offre de soins étant égale à 0,002, nous pouvons conclure que cette variable influence significativement le niveau de collaboration interdisciplinaire. Par contre, la p -value associée à la variable contexte d'offre de soins étant égale à 0,218, nous ne pouvons conclure que cette variable influence significativement le niveau de collaboration interdisciplinaire. Cela veut dire que le contexte d'offre de soins de type A et B ne semble pas expliquer davantage la relation entre les variables « perception du contexte d'offre de soins » et « niveau de collaboration interdisciplinaire ».

Pour conclure cette section sur l'analyse des facteurs de collaboration interdisciplinaire, les résultats ressortent que les professionnels ayant un espace de travail disponible pour rencontrer des collaborateurs des autres disciplines ont une perception plus élevée du niveau de collaboration interdisciplinaire. Les résultats démontrent également une relation positive entre la « structure organisationnelle » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire ». Dans ce sens, les résultats révèlent que plus la perception est élevée par rapport au contexte d'offre de soins favorisant la pratique de collaboration interdisciplinaire, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé. Ceci reflète l'intérêt de mettre en place un cadre de travail favorisant la pratique de collaboration interdisciplinaire.

D'autre part, on conclut que le niveau de collaboration interdisciplinaire moyen des répondants ayant participé à des activités de collaboration lors de leur formation est plus élevé que ceux n'ayant pas participé. De même, il semble que le niveau de collaboration interdisciplinaire moyen est plus élevé chez les répondants ayant perçu positivement les activités de collaboration lors de leur formation que ceux ayant perçu de façon mitigée cette expérience. Ces résultats s'expliquent probablement en partie par le fait que les professionnels plus jeunes ont une perception du niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevée. Contrairement aux professionnels âgés entre *20 et 29 ans*, les professionnels âgés entre *40 et 49 ans* n'ont peut-être pas suivi de formation sur l'interdisciplinarité. Ceci met l'accent sur l'importance de sensibiliser les professionnels à l'approche en collaboration interdisciplinaire lors de la formation.

4.4.5 Analyse des hypothèses de recherche

Dans cette section, les analyses statistiques associées à la vérification des liens suivants seront exposées :

- 1) le lien entre les facteurs tels que « rôle professionnel » ainsi que « relations interpersonnelles » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire » (hypothèses 1 et 3) ;
- 2) l'effet de la variable modératrice « contexte d'offre de soins » sur la relation entre les facteurs tels que « rôle professionnel » ainsi que « relations interpersonnelles » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire » (hypothèses 2 et 4).

La variable « niveau de collaboration interdisciplinaire » est composée des questions 1 à 42, à l'exception de l'énoncé 7. Cette variable est de type réflexive puisque les éléments composent un même construit. Elle a donc été analysée à l'aide de la moyenne des résultats des énoncés. La variable « rôle professionnel » est mesurée à partir de deux dimensions soient l'identification à la pratique professionnelle (question 43) et celle à l'organisation (question 44). Cette variable est de type formative puisqu'elle est composée de questions complémentaires. Elle a ainsi été analysée au moyen de la somme des résultats des deux énoncés.

Hypothèse 1 : Plus les professionnels accordent de l'importance à leurs rôles professionnels et à la vision de l'organisation, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé.

La première hypothèse a été testée à l'aide d'une analyse de corrélation. Cette analyse démontre qu'il n'existe pas de lien significatif entre le « rôle professionnel » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire » puisque la p -value obtenue est égale à 0,085. Ainsi, l'hypothèse n'est pas confirmée.

Hypothèse 2 : Dans un contexte d'offre de soins de type A, les professionnels qui accordent de l'importance à leurs rôles professionnels et à la vision de l'organisation ont un niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que dans un contexte de type B.

Nous avons vérifié si le niveau de collaboration interdisciplinaire est expliqué en fonction du « rôle professionnel » et du « contexte d'offre de soins ». Pour ce faire, nous avons effectué une régression linéaire en utilisant le contexte d'offre de soins comme variable muette. Nous ne pouvons pas conclure que les professionnels qui accordent de l'importance à leurs rôles professionnels ont un niveau de collaboration interdisciplinaire significativement différent selon le contexte d'offre de soins car la p -value est égale à 0,133. Par conséquent, les résultats ne supportent pas l'hypothèse 2.

La variable « relations interpersonnelles » est de type réflexive puisqu'elle est composée de questions mesurant un seul construit. Elle a ainsi été analysée à l'aide de la moyenne des résultats des énoncés 49 à 52.

Hypothèse 3 : Plus les professionnels accordent de l'importance aux relations interpersonnelles, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé.

L'hypothèse 3 a été validée au moyen d'une analyse de corrélation. On observe une relation linéaire positive dite forte ($r= 0,590$) entre les « relations interpersonnelles » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire » puisque la p -value est égale à 0,000. Ce lien fort présume que les professionnels accordent de l'importance aux relations interpersonnelles pour la réalisation de la pratique de collaboration interdisciplinaire. Cette hypothèse est donc confirmée, ce qui signifie que plus les professionnels accordent de l'importance à leurs collègues des autres disciplines, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé.

Hypothèse 4 : Dans un contexte d'offre de soins de type A, les professionnels qui accordent de l'importance aux relations interpersonnelles ont un niveau de collaboration interdisciplinaire plus élevé que dans un contexte de type B.

Nous avons vérifié si les variables « relations interpersonnelles » et « contexte d'offre de soins » avaient une influence sur le niveau de collaboration interdisciplinaire. Nous avons effectué une régression linéaire en utilisant le contexte d'offre de soins comme variable muette pour vérifier cette hypothèse. Le modèle obtenu est significatif (p -value= 0.000). Le coefficient b_1 est égal à 0,419 et le coefficient b_2 est égal à -0,044. La p -value associée à la variable « relations interpersonnelles » est égale à 0,000. Tel que conclu précédemment, on peut donc affirmer que cette variable influence significativement le niveau de collaboration interdisciplinaire. Par contre, la p -value associée à la variable « contexte d'offre de soins » est égale à 0,581, on conclut ainsi que cette variable n'influence pas significativement le niveau de collaboration interdisciplinaire. Cela veut dire que le contexte d'offre de soins ne semble pas influencer davantage la relation entre les variables « relations interpersonnelles » et « niveau de collaboration interdisciplinaire ». Par conséquent, les résultats obtenus ne supportent pas l'hypothèse 4. Cependant, il est important de remarquer l'importance de l'influence des relations interpersonnelles sur le niveau de collaboration interdisciplinaire. De plus, 34,8 % ($r^2 = 0,348$) de la variation totale du niveau de collaboration interdisciplinaire est expliquée lorsque la variable « relations interpersonnelles » est prise en considération.

En résumé, l'hypothèse 1 ayant trait au « rôle professionnel » n'a pas été confirmée. On constate qu'il n'y a pas de lien entre l'importance accordée par les professionnels aux valeurs véhiculées par l'organisation ainsi que celles propres à leur discipline professionnelle et le niveau de collaboration interdisciplinaire. Par contre, les résultats obtenus appuient l'hypothèse 3 relative à la variable « relations interpersonnelles ». Il semble que plus les professionnels entretiennent des rapports avec les autres professionnels, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé. Les hypothèses 2 et 4 avaient pour but de vérifier l'impact du « contexte d'offre de soins » sur la relation entre les variables respectives « rôle professionnel » ainsi que « relations interpersonnelles » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire ». On conclut que la variable modératrice n'a pas d'impact significatif sur le niveau de collaboration interdisciplinaire. Dans la prochaine section, un portrait plus détaillé des facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire selon la perception des répondants sera exposé.

4.2 Résultats des données qualitatives

Dans le précédent chapitre, nous avons mentionné que la variable modératrice « contexte d'offre de soins » est mesurée à l'aide d'une question basée sur une échelle d'opinion et d'une question à court développement. Dans cette section, nous élaborerons sur la seconde question qui s'intéresse à la perception des répondants par rapport aux facteurs favorisant et nuisant à la collaboration interdisciplinaire selon le

contexte d'offre de soins. Les données qualitatives regrouperont les propos des professionnels en fonction des facteurs énoncés dans le modèle de collaboration interdisciplinaire employé dans le cadre de cette étude. Certaines citations des répondants seront exposées afin d'illustrer les facteurs recensés.

Cette section est divisée en trois parties distinctes. En premier lieu, la présentation et l'analyse des résultats du contexte d'offre de soins de type A, soit l'unité des soins intensifs, et en deuxième lieu, la présentation et l'analyse du contexte d'offre de soins de type B, soit l'unité de médecine spécialisée, seront exposées. En dernier lieu, une comparaison des résultats entre les deux contextes d'offre de soins permettra d'identifier les similitudes et les distinctions.

4.2.1 Analyse des résultats du contexte d'offre de soins de type A

Il est intéressant de décrire brièvement la charge professionnelle afin de mieux comprendre la situation des professionnels au sein de l'unité de soins intensifs.

L'équipe se compose d'un médecin et de médecins résidents qui sont en charge de cinq à 10 patients. La rotation du médecin au sein de l'unité se fait aux deux semaines. À l'extérieur de ces heures travaillées, ils s'intéressent notamment au domaine de la recherche. Les infirmières s'occupent en moyenne de deux patients, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les inhalothérapeutes sont en charge de cinq à 10 patients, le diététiste traite environ 10 patients et les pharmaciennes s'occupent en

moyenne de 15 patients.

Le tableau 16 résume la perception des répondants de l'unité des soins intensifs au sujet de la question 58 du questionnaire : « Quels sont les facteurs de votre contexte qui favorisent ou qui nuisent à la pratique de collaboration interdisciplinaire? » Les chiffres indiqués entre parenthèse correspondent au nombre de répondants qui ont mentionné ce facteur.

Tableau 16
Perception des facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire selon les professionnels de l'unité des soins intensifs

FACTEURS DE COLLABORATION	FACTEURS FAVOSISANT	FACTEURS NUISANT
RÔLE PROFESSIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Approche centrée sur le patient (2) • Axer sur le travail multidisciplinaire (1) • Reconnaître le champ d'expertise respectif (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie professionnelle (1)
CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Tournée médicale (4) • Réunion multidisciplinaire (3) • Climat de travail sain (1) • Équipes soignantes et professionnels accessibles (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps (5) • Surcharge de travail (4) • Rotation des membres de l'équipe (2) • Manque de soutien organisationnel pour les réunions multidisciplinaires (1) • Horaire des réunions multidisciplinaires peu adéquat (1) • Moyens de communication peu efficaces (1) • Nombre élevé de patients (1)
RELATIONS INTERPERSONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture d'esprit (4) • Respect des opinions (2) • Habiletés communicationnelles (2) • Volonté de collaborer (1) • Confiance (1) • Écoute (1) • Cohésion entre les professionnels (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance aux changements (1)
HISTORIQUE PERSONNEL	----	----
CONTEXTE D'OFFRE DE SOINS	----	----

Dans l'unité de soins intensifs, 20 professionnels sur 30 ont répondu à la question 58. On observe que sur les 14 facteurs énumérés favorisant la collaboration interdisciplinaire, sept facteurs sont liés aux relations interpersonnelles, quatre facteurs concernent les caractéristiques organisationnelles et trois facteurs sont liés au rôle professionnel.

Facteurs favorisant la collaboration interdisciplinaire :

Relations interpersonnelles

Les résultats démontrent que les professionnels accordent de l'importance aux caractéristiques personnelles dont l'ouverture d'esprit et le respect des opinions d'autrui. Les professionnels s'entendent également pour dire que les habiletés communicationnelles telles que la communication entre les professionnels sur une base régulière et une participation active aux réunions informelles favorisent la collaboration interdisciplinaire. Un professionnel notait l'importance avant tout de la volonté de collaborer des professionnels : « Ce ne sont pas les protocoles mais le bon vouloir des gens qui fait la différence. » D'autres facteurs ont été énumérés tels que la confiance, l'écoute et la cohésion entre les professionnels. Bref, selon un professionnel, le travail d'équipe est facilité par les qualités humaines.

Caractéristiques organisationnelles

Plusieurs professionnels soulignaient l'importance de l'intégration des tournées médicales dans leur horaire de travail : « Tournée médicale réunissant médecins,

pharmacien, infirmiers, nutritionniste et autres professionnels favorisent grandement la collaboration interdisciplinaire ». Les professionnels mentionnaient également les réunions multidisciplinaires qui ont pour but d'élaborer le plan de soins comme facteur facilitant. D'autres facteurs énumérés tels que le climat de travail sain et l'accessibilité des équipes soignantes et des différents professionnels encouragent la collaboration interdisciplinaire.

Rôle professionnel

Certains professionnels manifestaient l'importance d'une approche centrée sur le bien-être du patient pour la pratique de collaboration interdisciplinaire : « Lorsque les personnes voient l'ensemble des besoins d'un patient et les conséquences pour son futur ». Selon un répondant, un autre facteur favorisant la pratique de collaboration est de croire au travail multidisciplinaire. Enfin, un dernier facteur est la reconnaissance de l'expertise et des limites de chaque discipline professionnelle.

Ceci résume les facteurs favorisant la collaboration interdisciplinaire énumérés par les professionnels. Maintenant en ce qui concerne les neuf facteurs nuisant à la pratique de collaboration interdisciplinaire identifiés par les professionnels, sept traitent des caractéristiques organisationnelles, un est lié au rôle professionnel et un concerne les relations interpersonnelles.

*Facteurs nuisant à la collaboration interdisciplinaire :**Caractéristiques organisationnelles*

La majorité des facteurs nuisant à la collaboration interdisciplinaire impliquent des caractéristiques organisationnelles tel le manque de temps pour collaborer. Certains professionnels perçoivent que malgré les réunions multidisciplinaires planifiées à l'horaire, ils manquent de temps pour y participer et collaborer ainsi que s'écouter à l'extérieur du cadre des réunions. Un répondant exprimait ce problème : « Prendre le temps de s'écouter aiderait beaucoup mais quand en avons-nous le temps ! » Un autre facteur énuméré par plusieurs professionnels concerne la surcharge de travail. Par exemple, les professionnels ont l'impression que les réunions leur apportent un surplus de travail.

La rotation fréquente des membres de l'équipe est un facteur contraignant à la pratique de collaboration interdisciplinaire. Un professionnel soulignait que cette situation crée une rupture dans les soins puisque les échanges ne sont pas autant fluides, qu'il y a un manque d'information et que les professionnels doivent souvent répéter.

En ce qui a trait aux réunions multidisciplinaires, le manque de soutien organisationnel a été mentionné comme facteur nuisible. Les professionnels ont de la difficulté à se libérer, d'autant plus qu'ils doivent maintenir une surveillance des patients compte tenu de la gravité de leur état de santé. D'ailleurs, un professionnel suggérait l'ajout d'une infirmière supplémentaire au sein de l'équipe soignante. Un

autre facteur considéré par les répondants a trait aux réunions qui ne sont pas toujours planifiées à des moments appropriés dans la journée et qui nuisent au changement de quart de travail. Un facteur recensé indique que les moyens de communication manquent un peu d'efficacité. Par exemple, le *cardex* est un document où sont notés les informations au sujet de l'évolution du patient mais demeure insuffisant pour assurer une bonne communication. Un autre facteur mentionné par un professionnel est le nombre élevé de patients qui nuit à la pratique de collaboration interdisciplinaire.

Rôle professionnel

Les professionnels qui s'identifient principalement à leur rôle professionnel est un autre des facteurs identifiés comme nuisant à la pratique de collaboration interdisciplinaire. Ces professionnels travaillent de manière autonome et uniquement dans leur champ d'expertise.

Relations interpersonnelles

Pour un répondant, la résistance aux changements, c'est-à-dire le fait de refuser de travailler avec l'ensemble de l'équipe de soins, constitue un facteur qui ne favorise pas la pratique de collaboration interdisciplinaire.

Tel que présenté au tableau précédent, les répondants n'ont pas identifié de facteur concernant l'historique personnel de collaboration et le contexte d'offre de soins comme influençant la collaboration interdisciplinaire.

Ceci dresse un portrait de la perception des répondants de l'unité de soins intensifs. Nous allons maintenant exposer celle des répondants de l'unité de médecine spécialisée.

4.2.2 Analyse des résultats du contexte d'offre de soins de type B

Il est intéressant de s'attarder brièvement à la charge professionnelle au sein de l'unité de médecine spécialisée afin de comprendre la situation des professionnels.

L'équipe se compose de médecins ainsi que de médecins résidents qui sont en charge de 10 à 20 patients. De manière générale, les médecins travaillent également en clinique. Les infirmières et infirmières auxiliaires s'occupent d'environ 10 patients, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes de six à 10 patients, les travailleurs sociaux s'occupent de six à 15 patients et le psychologue d'environ 15 patients.

Le tableau 17 résume la perception des facteurs influençant la pratique de collaboration interdisciplinaire des professionnels de l'unité de médecine spécialisée, suite aux résultats obtenus à la question 58 du questionnaire : « Quels sont les facteurs de votre contexte qui favorisent ou qui nuisent à la pratique de collaboration interdisciplinaire? »

Tableau 17
Perception des facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire selon les professionnels de l'unité de médecine spécialisée

FACTEURS DE COLLABORATION	FACTEURS FAVOSISANT	FACTEURS NUISANT
RÔLE PROFESSIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt envers l'approche interdisciplinaire (3) • Définition claire des rôles des professionnels (1) • Rôle d'infirmière de liaison (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se limiter au champ d'expertise respectif (1) • Autonomie professionnelle dominante (3) : <ul style="list-style-type: none"> • Pratique en solo (1) • Dominance de certains médecins (1) • Préjugés envers une profession (1) • Manque d'intérêt (1)
CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité physique des professionnels (3) • Réunion multidisciplinaire (2) • Évaluation des soins à proximité des patients (1) • Mécanismes de communication : notes aux dossiers du patient (1) • Soutien administratif (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps (10) • Absence de local pour les réunions multidisciplinaires (4) • Surcharge de travail (4) • Peu de communication (2) : <ul style="list-style-type: none"> • Temps consacré à la rédaction de notes aux dossiers du patient (1) • Peu d'informations sur le patient (1) • Protocoles peu clairs et peu diffusés (1) • Changement de quart de travail (1) et d'infirmières (1) ainsi que de médecins résidents en poste (1) • Absence de réunion (1) • Disponibilité des professionnels au même moment (1) • Pénurie de personnel (1) • Nombre élevé de patients/ infirmière (1)
RELATIONS INTERPERSONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Habiletés communicationnelles (1) • Ouverture d'esprit (1) • Respect (1) • Cohésion entre les professionnels (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réticence face à la collaboration (1) • Attitude négative de certains médecins (1)
HISTORIQUE PERSONNEL	----	----
CONTEXTE D'OFFRE DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> • Type de patients (1) 	----

Dans l'unité de médecine spécialisée, 27 professionnels sur 33 ont répondu à la question 58. On observe que sur les 14 facteurs favorisant la collaboration interdisciplinaire, cinq sont liés aux caractéristiques organisationnelles, quatre concernent les relations interpersonnelles, quatre sont liés au rôle professionnel et un a trait au contexte d'offre de soins.

Facteurs favorisant la collaboration interdisciplinaire :

Caractéristiques organisationnelles

Les professionnels ont mentionné, comme facteur favorisant la collaboration interdisciplinaire, l'emplacement des bureaux des différents professionnels. Par exemple, le bureau des physiothérapeutes et des ergothérapeutes est situé à proximité de la réception et des patients. Les professionnels sont ainsi facilement accessibles. Ils travaillent à proximité l'un de l'autre ce qui facilite les échanges entre les professionnels.

Certains professionnels perçoivent que les réunions multidisciplinaires favorisent la collaboration interdisciplinaire. Ils croient que ces réunions apportent des bénéfices aux soins. Un autre professionnel relatait l'importance de la fréquence de celles-ci afin d'avoir des discussions et d'établir des mises à jour du plan d'intervention. Un répondant suggérait même de planifier des réunions hebdomadaires. La disponibilité de tous les professionnels au même moment constitue un autre facteur non négligeable

favorisant la collaboration.

Les professionnels mentionnent également l'évaluation des soins effectuée à la chambre du patient qui favorise les contacts entre les différentes professions.

Les notes prises au dossier du patient sont un des mécanismes de communication améliorant la collaboration. L'ensemble des professionnels se réfère à ces notes pour suivre l'évolution du patient.

Un autre facteur ressorti est l'intérêt soutenu par la direction à l'égard de la pratique de collaboration interdisciplinaire. Bien évidemment, la réalisation de la pratique de collaboration interdisciplinaire est possible au sein de l'unité, seulement s'il y a un appui de la direction à ce sujet.

Relations interpersonnelles

On remarque que les professionnels ont identifié comme facteur les habiletés communicationnelles telles que les échanges ainsi que le partage d'information. Un professionnel mentionnait que la communication sur une base régulière contribue à une meilleure coordination des soins et à une rapidité à élaborer un plan d'intervention. D'autres facteurs tels que l'attitude d'ouverture, de respect et de cohésion à travailler avec des professionnels des autres disciplines ont été également énumérés.

Rôle professionnel

L'adoption d'une approche interdisciplinaire est un des facteurs ressortis concernant le rôle professionnel. Un répondant précisait l'importance des apports des autres professionnels dans le plan d'intervention. Selon un autre professionnel, cette approche fait partie intégrante de la pratique professionnelle : « Dans ma profession, c'est naturel de vouloir s'enquérir de différentes expertises. Ça n'a rien à voir avec le mode de gestion du CHUS. Bref ! Ça n'a rien changé! »

Une définition claire des rôles des professionnels est un facteur facilitant la relation de collaboration interdisciplinaire. Cela permet d'obtenir une meilleure compréhension de la complémentarité de l'expertise de chaque discipline et d'optimiser les contributions de chacun lors des interventions. Selon un professionnel, le rôle de l'infirmière de liaison est de favoriser la collaboration en établissant le contact entre les médecins et les autres professionnels.

Contexte d'offre de soins

Le type de patients est perçu comme un facteur favorisant la pratique de collaboration interdisciplinaire, tel que mentionné par un professionnel : « La clientèle avec laquelle nous travaillons au 6^{ième} B (médecine spécialisée : neurologie) nécessite une collaboration interdisciplinaire car présente des soins aigus, de la réadaptation et parfois des problèmes de ressources pour de l'aide à la sortie de l'hôpital. Nous sommes donc constamment en contact avec des professionnels des autres disciplines. » Selon ce professionnel, les problématiques liées à l'état de santé et le suivi du patient obligent les

divers professionnels à se consulter.

Maintenant que les facteurs favorisant la collaboration interdisciplinaire ont été exposés, les facteurs nuisant à cette pratique seront énoncés. On observe que sur les 13 facteurs relevés, 10 concernent les caractéristiques organisationnelles, deux sont liés au rôle professionnel et deux ont trait aux relations interpersonnelles.

Facteurs nuisant à la collaboration interdisciplinaire :

Caractéristiques organisationnelles

Les facteurs liés aux caractéristiques organisationnelles ont été énumérés le plus souvent comme ceux nuisant à la collaboration. Le premier facteur est le manque de temps pour assister aux réunions, pour discuter de l'ensemble des sujets et pour prendre connaissance en profondeur des dossiers des patients. Un professionnel relatait son manque de temps pour être présent aux réunions multidisciplinaires et ce, malgré leur importance : « Principalement le manque de temps. Les réunions multidisciplinaires sont planifiées à notre horaire, mais quelque fois, on se sent un peu pris par le temps. Mais ces réunions apportent beaucoup à l'épisode de soins et nous permettent d'aborder le problème sous d'autres aspects ». Par ailleurs, plusieurs répondants ont mentionné l'absence de local réservé comme facteur nuisible.

La surcharge de travail est aussi considérée par les professionnels comme un facteur nuisant à la collaboration interdisciplinaire. Un professionnel mentionnait le rythme de

travail rapide : « Tout doit être fait trop vite, cela peut nuire. Ce n'est pas le manque de ressources car on en a c'est le rythme qu'il faut tenir pour y arriver ».

En ce qui a trait à la communication, les professionnels communiquent souvent par écrit. Un professionnel a d'ailleurs fait un commentaire à ce sujet : « l'inscription au dossier de longues notes sans se parler entre nous nuit au plan d'intervention ». Un autre facteur recensé est que les professionnels manquent d'information au sujet du patient car celle-ci est difficile à gérer par écrit. Tel que mentionné précédemment, la prise de note est toutefois considérée par d'autres groupes de professionnels comme un moyen de communication favorable à la collaboration. Un autre élément identifié par certains professionnels est les protocoles de travail qui sont peu clairs et peu diffusés ce qui ne facilite pas la communication entre les professions. Un répondant soulignait que la pratique de collaboration interdisciplinaire s'exerce de manière ponctuelle et informelle.

D'autres professionnels ont mentionné que le changement de quart de travail peut influencer négativement la collaboration interdisciplinaire. À ce sujet, un professionnel a soulevé : «...nous ne travaillons pas au même moment dans les mêmes lieux physiques cela fait qu'il est difficile de communiquer, on le fait par écrit dans les dossiers des patients ». Le changement fréquent des infirmières ainsi que des médecins résidents a pour conséquence qu'ils ne sont pas autant familiers avec les patients et le type d'interventions. Ainsi, ils ne peuvent pas nécessairement contribuer aussi facilement au plan de soins. Un répondant mentionnait que c'est dans un contexte où il y a une stabilité du personnel qu'il est possible d'établir un lien de confiance et de

respect mutuel.

Les autres facteurs pouvant influencer négativement la collaboration interdisciplinaire sont l'absence de réunion multidisciplinaire, la difficulté de réunir tous les professionnels au même moment, le nombre élevé de patients notamment pour les infirmières et la pénurie de personnel.

Relations interpersonnelles

Deux facteurs défavorables liés aux relations interpersonnelles qui ont été énumérés concernent la réticence des professionnels et l'attitude négative de certains médecins à prendre part à la relation de collaboration interdisciplinaire.

Rôle professionnel

Quelques facteurs restreignant la collaboration interdisciplinaire ont été soulevés au sujet du rôle professionnel. Un répondant rapportait une situation où les professionnels se limitent à leur champ d'expertise respectif : «... Je pense qu'ils pourraient faire plus et laisser tomber leur « case load » et collaborer... Ils sont offusqués lorsqu'on les compare à nos infirmières qui sont aussi des professionnels ? »

Quelques répondants ont mentionné comme facteur nuisant à la collaboration la forte autonomie professionnelle de certains professionnels. Un répondant relevait que des professionnels considèrent parfois être les seuls intervenants compétents dans leur champ d'expertise. Dans un autre cas, une infirmière mentionnait le manque de

collaboration de la part des médecins : « La plupart des médecins ne demandent pas notre avis ». Un professionnel soulignait l'absence de participation de certaines infirmières à l'exécution du plan d'intervention : « L'équipe des soins infirmiers parfois ne participe pas à la mise en action du plan d'intervention établi (ex : aide le patient à manger, même s'il peut le faire seul, ne respecte pas l'horaire de port d'une orthèse, n'utilise pas le matériel prêté. etc.) ».

Un dernier facteur lié au rôle professionnel est le manque d'intérêt envers la pratique de collaboration interdisciplinaire de certains professionnels.

Tel que présenté au tableau précédent, les répondants n'ont pas identifié de facteur au sujet de l'historique personnel de collaboration comme influençant la collaboration interdisciplinaire.

Maintenant que nous avons fait l'analyse des facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire des deux contextes d'offre de soins, nous établirons une comparaison entre les deux contextes d'offre de soins.

4.2.3 Comparaison des résultats entre les deux contextes d'offre de soins

Dans cette partie, nous présenterons d'abord nos observations lors de la distribution des questionnaires et nous décrirons ensuite les similitudes et les distinctions majeures entre les deux contextes d'offre de soins.

Observation

Lors de la distribution des questionnaires au sein de l'unité des soins intensifs, on constatait que l'ambiance de travail était cordiale malgré la gravité de l'état de santé des patients. À chaque visite, on remarquait des professionnels rassemblés à la réception afin de discuter et d'échanger sur les différents cas à traiter. Ces comportements observés démontrent, de façon générale, la présence d'une communication fluide et d'un climat de travail harmonieux. Il est à noter que le médecin est en poste pour une période de deux semaines et que les infirmières sont en charge de deux patients. Cela a pour avantage de permettre aux professionnels de connaître plus amplement les caractéristiques et l'évolution du patient ainsi que devenir plus familiers avec le cas à traiter.

Nos observations au sein de l'unité de médecine spécialisée étaient quelque peu différentes. Nous avons remarqué que les professionnels semblaient surchargés de travail. Les infirmières ont beaucoup de notes à consigner aux dossiers des patients, compte tenu qu'elles sont en charge d'un nombre élevé de patients. Ce groupe de professionnels semblait trouver ardue cette tâche qui leur prenait un temps important et qui les limitait dans les échanges avec les autres professionnels. De façon générale, il était plus difficile d'avoir quelques minutes d'attention de la part des professionnels afin de compléter le questionnaire. Tout de même, les professionnels ayant participé à l'étude ont rapporté un nombre de facteurs et de cas précis intéressants au sujet de leur réalité quotidienne.

Relations interpersonnelles

On constate une première similitude au sujet des facteurs liés aux relations interpersonnelles. Selon les professionnels au sein de ces unités, plusieurs caractéristiques individuelles telles que l'ouverture d'esprit, le respect et les habiletés communicationnelles favorisent la collaboration interdisciplinaire. Dans la recension des écrits, nous avons précisé que les professionnels ont une influence majeure sur cette pratique puisqu'ils ont un rôle essentiel à jouer. Bref, on remarque que des qualités interpersonnelles ont été rapportées par les professionnels. Ceci va dans le même sens que les résultats quantitatifs obtenus qui montrent un lien positif fort entre les « relations interpersonnelles » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire ». Nous pouvons conclure que les professionnels considèrent important le développement de relations interpersonnelles pour la réussite de la pratique de collaboration interdisciplinaire.

Rôle professionnel

Les professionnels au sein des deux contextes d'offre de soins ont souligné des facteurs liés au rôle professionnel comme influençant la collaboration interdisciplinaire. Plusieurs facteurs favorables ont été énumérés tels que l'importance d'axer sur une approche interdisciplinaire et de reconnaître les champs d'expertise respectifs. Ces résultats appuient les analyses quantitatives qui montrent un lien positif entre le « rôle professionnel » et le « niveau de collaboration interdisciplinaire ». Les professionnels ayant participé à cette étude sont d'avis que le rôle professionnel implique tant une

responsabilité vis-à-vis leur champ d'expertise qu'envers les valeurs véhiculées par l'organisation.

Cependant, dans l'unité de médecine spécialisée, on a relevé certains comportements des professionnels qui se limitent à leur champ d'expertise ou qui font preuve d'indépendance professionnelle. Ainsi, on comprend que certains professionnels sont portés à demeurer dans une logique traditionnelle des rôles attribués aux professionnels. Cette logique est à l'opposé de celle liée à la collaboration interdisciplinaire impliquant un niveau d'interaction entre les professionnels.

Caractéristiques organisationnelles

Nos résultats mettent en lumière que certains facteurs liés aux caractéristiques organisationnelles ressortent comme nuisant à la collaboration au sein des deux contextes d'offre de soins. Cela démontre que l'organisation a un rôle à jouer puisque la collaboration prend forme au sein de celle-ci. Premièrement, les professionnels ont des préoccupations à l'égard du manque de temps et de la surcharge de travail. On constate que cette situation apporte une certaine pression sur le travail des professionnels ce qui nuit à la pratique de collaboration. Deuxièmement, les professionnels mentionnent le changement fréquent des membres de l'équipe et le manque de communication entre les professionnels. Il semble ainsi plus difficile de s'adapter aux différents professionnels, de les solliciter et d'établir des contacts avec eux pour réaliser des relations de collaboration interdisciplinaire. Troisièmement, les professionnels s'accordent pour dire que plusieurs facteurs négatifs ont traits aux réunions multidisciplinaires telles que le

manque de planification, l'horaire assigné et le support manquant pour y assister.

Un facteur favorisant la collaboration interdisciplinaire énuméré au sein des deux contextes d'offre de soins porte sur les réunions multidisciplinaires. Dans les soins intensifs, les réunions multidisciplinaires et les tournées médicales semblent planifiées à l'horaire de travail. Contrairement, dans l'unité de médecine spécialisée, les professionnels semblent apprécier le fait de travailler près l'un des autres et d'évaluer le processus de soins auprès du patient. La proximité physique semble plus propice pour développer des relations de collaboration entre les professionnels. D'ailleurs, la proximité physique entre les professionnels n'a pas toujours existé. Au sein du CHUS, les bureaux de certains professionnels tels que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux ont été relocalisés à proximité des unités de soins suite à l'implantation des programmes-clientèles.

Bref, nos résultats nous permettent de dire que dans l'ensemble les professionnels se sentent concernés par la collaboration interdisciplinaire. On observe de façon générale que les facteurs énumérés sont relativement similaires dans les deux contextes d'offre de soins ce qui signifie que les professionnels ont une réalité semblable. On peut ajouter également que les professionnels sont préoccupés par de nombreux facteurs principalement liés aux relations interpersonnelles, au rôle professionnel et aux caractéristiques organisationnelles. Dans le prochain chapitre, nous discuterons des résultats de cette étude.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons les limites de l'étude, les contributions théoriques et pratiques ainsi que les avenues de recherches futures.

5.1 Limites de l'étude

Nous tenons à préciser que notre étude comporte certaines limites dont nous devons tenir compte à l'égard des conclusions qui peuvent en être tirées.

Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale consiste à répondre en minimisant ou en exagérant des comportements afin de correspondre aux normes sociales (Newman, 2003). Dans la présente enquête, à titre d'exemple, il se peut que les répondants ont prétendus pratiquer

davantage la collaboration interdisciplinaire que dans la pratique réelle. Donc, il est possible que certaines réponses soient biaisées comme toutes études visant la perception des répondants.

Technique d'échantillonnage

Compte tenu de la taille de l'échantillon, nous ne pouvons pas généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population visée soit le contexte d'offre de soins de type A et B (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Cependant, notre but est d'étudier la collaboration interdisciplinaire au sein de deux contextes d'offre de soins spécifiques du CHUS afin de dresser un portrait de la réalité vécue. De plus, en ce qui concerne la technique d'échantillonnage choisie, nous sommes en mesure de tirer des conclusions sur la population visée.

Validité de construit

La validité de construit de l'instrument est faible ce qui amène deux principales limites. Premièrement, nous n'avons pas été en mesure de tester les hypothèses formulées par Bronstein relatifs aux facteurs « caractéristiques organisationnelles » et « historique personnel de collaboration ». Cela s'explique par la mauvaise conceptualisation des énoncés liés à ces facteurs. Nous avons donc analysé les questions de façon individuelle. Cette lacune s'est reflétée également par rapport à un de nos objectifs de recherche qui consistait à mesurer l'effet de la variable modératrice « contexte d'offre de soins » sur la relation entre ces deux facteurs respectifs et le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Deuxièmement, on a observé que si on supprimait une des composantes du niveau de collaboration interdisciplinaire soit l' « interdépendance », les « activités professionnelles émergentes » et la « flexibilité », le coefficient d'alpha de Cronbach serait seulement supérieur de quelques millièmes de point et l'échelle deviendrait plus fidèle. Nous avons pris la décision de conserver les composantes du niveau de collaboration interdisciplinaire puisque nous avons pris en considération le coefficient d'alpha de Cronbach de l'instrument de mesure. Nous concluons qu'il serait pertinent de réviser l'instrument de mesure dans le cas d'une future utilisation. Néanmoins, nous jugeons en se basant sur l'analyse de la fidélité que l'instrument de mesure utilisé est suffisamment robuste pour les fins de la présente étude.

5.2 Contributions théoriques et pratiques

De manière générale, la collaboration interdisciplinaire est un concept plus étudié dans les soins de longue durée comparativement aux soins de courte durée. Peu de recherches se sont intéressées aux outils mesurant le niveau de collaboration interdisciplinaire (Dougherty et Larson, 2005; Heinemann et Zeiss, 2002).

Cette recherche s'intéresse à l'étude du niveau de collaboration interdisciplinaire au sein des équipes de soins de courte durée. Pour ce faire, nous avons ajouté une variable au modèle de collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003). Cette variable permet de distinguer deux types de contextes d'offre de soins de courte durée définis par

Villeneuve (2005). De plus, nous avons adapté l'instrument de mesure « Index of interdisciplinary collaboration » de Bronstein (2002) au contexte de soins de courte durée.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que l'outil de mesure montre certaines faiblesses. Tel que décrit précédemment, il n'est pas suffisamment valide pour une future utilisation à moins d'apporter des modifications importantes. Initialement, cet instrument semblait intéressant puisqu'il mesure directement la perception des professionnels, il est caractérisé par une terminologie facile à comprendre et il peut être adapté dans d'autres contextes de soins.

Les résultats du volet quantitatif de cette étude ont contribué à améliorer la compréhension de la collaboration interdisciplinaire en comparant deux contextes d'offre de soins de courte durée. Ces résultats spécifient le niveau de collaboration interdisciplinaire perçu par les professionnels, les facteurs influençant la collaboration et l'impact du contexte d'offre de soins sur la relation entre ces facteurs et ce niveau de collaboration. Les résultats du volet qualitatif ont permis d'approfondir sur les facteurs favorisant et nuisant à la pratique de collaboration interdisciplinaire selon le contexte d'offre de soins spécifique.

Une des contributions liées aux résultats est que le niveau de collaboration interdisciplinaire perçu est aussi élevé dans les deux contextes d'offre de soins. Les résultats indiquent que le contexte d'offre de soins n'a pas d'influence significative sur

le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Les résultats révèlent une corrélation positive entre la structure organisationnelle mise en place et le niveau de collaboration interdisciplinaire. Dans ce sens, les résultats démontrent également que plus la perception du contexte d'offre de soins favorisant la pratique de collaboration interdisciplinaire est élevée, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé. Ces résultats mettent en lumière l'importance de concevoir un contexte organisationnel favorable à la collaboration interdisciplinaire. Suite aux commentaires reçus par les professionnels, il semble que certaines mesures ayant trait à la planification des rencontres multidisciplinaires et à la valorisation de moyens de communication pourraient être entreprises.

Les résultats du volet qualitatif réitèrent l'importance du rôle professionnel qui influence la réalisation de la collaboration interdisciplinaire. Les professionnels ont une perception positive de la collaboration interdisciplinaire puisqu'ils en reconnaissent les bienfaits. Ils sont toutefois partagés entre l'approche en collaboration interdisciplinaire et celle liée à la discipline professionnelle. L'organisation pourrait se pencher sur un processus de sensibilisation de la clarification des rôles et des responsabilités de chaque professionnel. Elle pourrait également informer les professionnels au sujet des valeurs organisationnelles tel le partage de la planification des soins dans le but d'obtenir un niveau d'interdépendance entre eux.

Les résultats obtenus supportent l'hypothèse 3 qui a trait à la variable « relations

interpersonnelles ». On réalise que plus les professionnels ont une ouverture aux autres afin d'établir des relations interpersonnelles, plus le niveau de collaboration interdisciplinaire est élevé. L'analyse qualitative fait ressortir également l'importance des relations interpersonnelles dans la pratique de collaboration. Les gestionnaires pourraient se préoccuper davantage du développement des relations entre les professionnels par le biais d'activités sociales. Il y aurait beaucoup d'avantages à ce que les professionnels apprennent à se connaître plus amplement à l'extérieur de leur cadre de travail.

Bref, ce n'est pas seulement la volonté des professionnels qui importe mais également les pratiques préconisées et la structure mise en place par l'organisation qui favorisent la relation de collaboration interdisciplinaire. Dans le cadre de cette étude, l'établissement de santé profite donc d'information pour mieux orienter ses futures actions.

5.3 Avenues de recherches futures

Plusieurs pistes de recherches concernant la collaboration interdisciplinaire au sein des équipes soignantes de courte durée seraient à explorer compte tenu du petit nombre d'études réalisé jusqu'à maintenant. D'autres recherches pourraient être réalisées sur un plus grand nombre d'équipes pour vérifier si les résultats de la présente étude peuvent être généralisés à l'ensemble du contexte d'offre de soins de type A et B.

Suite aux résultats de la présente étude, nous croyons qu'il serait pertinent pour le CHUS de poursuivre l'étude de la collaboration interdisciplinaire. Il serait intéressant de générer un autre instrument de mesure adapté aux besoins du CHUS. Cet instrument pourrait être utilisé à titre d'outil afin de guider les gestionnaires dans l'amélioration de la pratique de collaboration interdisciplinaire. De plus, le choix d'un devis de recherche qualitatif pourrait permettre une meilleure compréhension du sujet soit par le biais d'entrevues et d'observations. La comparaison entre les différentes équipes pourrait également s'étendre à d'autres contextes du CHUS comme les soins de longue durée ayant des caractéristiques distinctes.

CONCLUSION

Dans le secteur de la santé au Québec, le contexte changeant tel que les besoins des patients, la technologie et l'expertise professionnelle favorisent la mise en place de nouvelles pratiques chez les professionnels. Traditionnellement, les professionnels travaillent de manière indépendante tandis qu'ils sont appelés de plus en plus à interagir au sein d'une équipe afin de résoudre les problèmes de santé demandant plusieurs expertises simultanément. À cet effet, peu d'études semblent mesurer le niveau de collaboration interdisciplinaire.

Cette recherche est issue de l'état de la littérature portant sur la collaboration interdisciplinaire et des considérations du contexte spécifique du CHUS. Il s'agit d'une étude descriptive qui a pour but de décrire le niveau de collaboration interdisciplinaire dans deux contextes d'offre de soins et d'identifier le lien entre les facteurs de collaboration interdisciplinaire et ce niveau de collaboration interdisciplinaire. Pour ce faire, le modèle et l'instrument de mesure de la collaboration interdisciplinaire développé par Bronstein (2003) ont été adaptés au contexte de l'étude. Notre étude conclut que l'instrument de mesure utilisé a certaines faiblesses et devrait être révisé pour une prochaine utilisation.

En somme, les résultats obtenus par le biais du questionnaire nous permettent d'améliorer la compréhension de la collaboration interdisciplinaire dans deux contextes

d'offre de soins de courte durée au CHUS. Les résultats ont révélé que le niveau de collaboration perçu par les professionnels dans les deux contextes d'offre de soins est relativement élevé. Les résultats montrent que les facteurs de collaboration interdisciplinaire énumérés sont sensiblement similaires au sein des deux contextes. Les gestionnaires peuvent intervenir sur les principaux facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire ayant trait aux relations interpersonnelles, au rôle professionnel ainsi qu'aux caractéristiques organisationnelles afin de favoriser l'implication des professionnels dans une prestation des soins et des services intégrée et en continuité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABBOTT, Andrew, The system of professions: An essay on the division of expert labor, University of Chicago Press, Chicago, (1988).

ABRAMSON, Julie S., « Making teams work », Social Work with Groups, Vol. 12, No. 4, (1990), pp. 45-62.

ABRAMSON, Julie S. et MIZRAHI, Terry, « When Social workers and physicians collaborate: positive and negative interdisciplinary experiences », National Association of Social Workers, Vol. 41, No. 3, (1996), pp. 270-281.

ALLARD-POESI, Florence et MARÉCHAL, Christine, « Construction de l'objet de la recherche », dans THIÉTART, Raymond-Alain *et al.*, Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, (1999), pp. 34-56.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Composantes de la pratique. Recherche documentaire. Prestation de soins primaires aux Canadiens: Collaboration entre les infirmières et infirmiers praticiens et les médecins, Ontario, (2004), pp. 1-118.

AUDET, Madeleine, La mise en oeuvre d'un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles : le cas du regroupement cardiopulmonaire au CHUS, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (2006).

BAGGS, Judith G. et RYAN, Sheila A., « ICU nurse physician collaboration and nursing satisfaction », Nursing Economic, Vol. 8, No. 6, (1990), pp. 386-392.

BAGGS, Judith G., RYAN Sheila A., PHELPS, Charles E., RICHESON, Franklin J. et JOHNSON, Jean. E., « The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in medical intensive care », Heart & Lung, Vol. 21, No. 1, (1992), pp. 345-355.

BAGGS, Judith G. et SCHMITT, Madeline H., « Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU », Research in Nursing & Health, Vol. 20, (1997), pp. 71-80.

BAGGS, Judith G. et SCHMITT, Madeline H., « Collaboration between nurses and physicians », Image: Journal of Nursing Scholarship, Vol. 20, (1988), pp. 145-149.

BARR, Owen, « Interdisciplinary teamwork: Consideration of the challenges », British Journal of Nursing, Vol. 6, No. 17, (1997), pp. 1005-1010.

BOON, Heather, VERHOEF, Marja, O'HARA, Dennis et FINDLAY, Barb, « From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework », BMC Health Services Research, Vol. 4, No. 1, (2004), pp.15-19.

BRONSTEIN, Laura R., Interdisciplinary collaboration between social workers and other professionals: The design and development of an assessment instrument, doctoral dissertation, Barry University, Floride, (1999).

BRONSTEIN, Laura R., « Index of interdisciplinary collaboration », Social Work Research, Vol. 26, No. 2, (2002), pp.113-123.

BRONSTEIN, Laura R., « A model for interdisciplinary collaboration », Social Work, Vol. 48, No. 3, (2003), pp. 297-305.

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Plan stratégique du CHUS 2006-2010, Québec, (2006), pp. 1-20.

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, « Philosophie », (2007), Saisie le 15 mai 2007, de http://www.chus.qc.ca/Fr/general/gen_philosophie.asp.

COELING, Harriet Van Ess et CUKR, Penelope L., « Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality and nurse satisfaction », Journal of nursing care quality. Vol. 14, No. 2, (2000), pp. 63-74.

COLUCCIO, Medrice et MAGUIRE Patricia, « Collaboration practice becoming a reality through primary nursing », Nursing Administration Quarterly, Vol. 7, (1983), pp. 59-63.

Conseil Canadien de la santé, Le renouvellement des soins de santé au Canada, frayer la voie de la qualité, Ontario, (2006), pp. 1-177.

CONTANDRIPOULOS, André-Pierre, CHAMPAGNE, François, POTVIN, Louise, DENIS Jean-Louis et BOYLE, Pierre, Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, (1990).

CORSER, William D., « A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: the management of traditional influences and personal tendencies », Scholarly Inquiry for Nursing Practice, Vol. 12, (1998), pp. 325-341.

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

D'AMOUR, Danielle, FERRADA-VIDELA, Marcela, SAN MARTIN-RODRIGUEZ, Leticia et BEAULIEU, Marie-Dominique, « The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks » Journal of Interprofessional Care, Supplement 1, Vol. 19, (2005), pp. 116-131.

D'AMOUR, Danielle et OANDASAN, Ivy, « Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : A emerging concept », Journal of interprofessional care, Supplement 1, (2005), pp. 8-20.

D'AMOUR, Danielle, SICOTTE, Claude, et LEVY, Ron, « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », Sciences Sociales et Santé, Vol. 17, (1999), pp. 68-94.

DOUGHERTY, MARY B. et LARSON, Elaine, « A review of Instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration », Journal of Nursing Administration, Vol. 35, No. 5, (2005), pp. 244-253.

DUSSAULT, Gilles, « Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité », Le Gérontophile, Vol. 12, No.2, (1990), pp.3-6.

ELSTON, Sue et HOLLOWAY, Immy, « The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres », Journal of Interprofessional Care, Vol. 15, No. 1, (2001), p.19-27.

EVANS, Judith A., « The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice », Holistic Nursing Practice, Vol. 8, No. 3, (1994), pp. 22-31.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé, Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Recommandations et synthèse pour politiques, Ontario, (2006), pp. 1-48.

FORTIER, Linda, « Des alliances... Au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle. », (2004), Saisie le 8 mai 2007 de <http://www.hlhl.qc.ca>.

FORTIN, Bruno, « L'interdisciplinarité : rêves et réalité », Psychologie Québec, Vol. 17, No. 3, (2000), pp. 39-40.

GITLIN, Laura N., LYONS, Kevin J., et KOLODNER, Ellen, « A Model to Build Collaborative Research or Educational Teams of Health Professionals in Gerontology », Educational Gerontology, Vol. 20, No. 1, (1994), pp. 15-34.

GLOUBERMAN, Sholom et MINTZBERG, Henry, « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie », Gestion, Vol. 27, No. 3, (2002), pp. 12.

GRAHAM, JOHN R., et BARTER, Ken, « Collaboration : A Social Work Practice Method », Families in society, Vol. 80, No. 1, (1999), pp. 6-13.

GRENIER, Corinne et JOSSERAND, Emmanuel, « Recherches sur le contenu et recherches sur le processus », dans THIÉTART, Raymond-Alain *et al.*, Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, (1999), pp. 104-136.

HALL, Pippa, « Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers », Journal of interprofessional care, Supplement 1, (2005), pp. 188-196.

HALL, Pippa et WEAVER, Linda, « Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road », Medical Education, Vol. 35, No.9, (2001), pp. 867-875.

- HAYWARD, Lorna M., DEMARCO, Rosanna, et LYNCH, Marcia M. « Interprofessional collaborative alliances: health care educators sharing and learning from each other », Journal Allied Health, Vol. 29, No. 4, (2000), pp. 220-226.
- HEINEMANN, Gloria et ZEISS, Antonette M., Team Performance in Health Care: Assessment and Development, Kluwer Academic/Plenum, New York, (2002).
- HENNEMAN, Elizabeth. A., « Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view », Journal of Advanced Nursing, Vol. 22, (1995), pp. 359-363.
- HENNEMAN, Elizabeth A., LEE, Jan. L., et COHEN, Joan. I., « Collaboration: a concept analysis », Journal of Advanced Nursing, Vol. 21, (1995), pp. 103-109.
- HUOT, Réjean, La pratique de recherche en sciences humaines, Méthode, outils, techniques, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, (1992).
- HUTCHENS, Gayle C., « Differentiated interdisciplinary practice », Journal of Nursing Administration, Vol. 24, No. 6, (1994), pp. 52-58.
- Institut canadien d'information sur la santé, Les soins de santé au Canada, Ontario, (2001), pp. 1-115.
- IVEY, Suzanne L., BROWN, Kaaren S., TESTE, Yvonne, et SILVERMAN, Deborah, « A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings », Journal Allied Health, Vol. 17, (1987), pp. 189-195.
- JONES, REBECCA A. P., « Conceptual Development of Nurse-Physician Collaboration », Holistic Nurse Practice, Vol. 8, No. 1, (1994), pp. 1-11.

- KÄPPELI, Silvia, « Interprofessional cooperation : why is partnership so difficult? », Patient Education and Counseling, Vol. 26, (1995), pp. 251-256.
- KERLINGER, Fred N. et LEE Howard B., Foundations of Behavioral Research (4^e éd.), Wadsworth Thomas learning, États-Unis, (2000).
- LEMIEUX, Vincent, BERGERON, Pierre, BÉGIN, Clermont et BÉLANGER, Gérald, Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux, Les Presses de l'Université Laval, Québec, (2003).
- LÉVESQUE, Jessica et BÉLANGER, Jennifer, Traitement statistique des données, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (2005).
- LIEDTKA, Jeanne M., WHITTEN, Elizabeth et SORRELLS-JONES, Jean, « Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study », Journal of Healthcare Management, Vol. 43, No. 2, (1998), pp. 185-205.
- MARIANO, Carla, « The case for interdisciplinary collaboration », Nursing Outlook, Vol. 37, (1989), pp. 285-288.
- MILLER, Suellen, « Midwives' and physicians' experiences in collaborative practice: a qualitative study », Womens Health Issues, Vol. 7, (1997), pp. 301-308.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les Solutions émergentes. Rapport et recommandations, Québec, (2000), pp. 1-454.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les équipes interdisciplinaires en oncologie, Québec, (2005), pp. 1-77.

MINTZBERG, Henry, DOUGHERTY, Deborah, JORGENSEN, Jan et WESTLEY, Frances, « Some Surprising Things About Collaboration: Knowing How People Connect Makes It Work Better », Organizational Dynamics, (1996), Vol. 25 , No. 1 , pp. 60-71.

MITCHELL, Pamela H. et CRITTENDEN, Robert A., « Interdisciplinary collaboration: old ideas with now urgency », Washington Public Health, (2000), pp. 1-3.

MOLYNEUX, Jeanie, « Interprofessional teamworking : what makes teams work well? », Journal of interprofessional care, Vol. 15, No. 1, (2001), pp. 29-35.

NEWMAN, Lawrence W, Social Reserach methods: Qualitative and Quantitative Approaches (5^e éd.), Allyn and Baccon, Boston, (2003).

NOLTE, Judith et TREMBLAY, Mike, « Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada », Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative, Ontario, (2005), pp. 1-51.

Office des professions du Québec, Notes pour l'allocution de Monsieur Paul Bégin, Ministre responsable de l'application des lois professionnelles au colloque sur l'interdisciplinarité, Québec, (2001), pp. 1-11.

Office des professions du Québec, Le système professionnel : un cadre d'analyse, Université du Québec à Montréal, Québec, (2001a), pp. 1-46.

Office des professions du Québec, Notes pour la présentation de Monsieur Jean-K. Samson, président de l'office des professions du Québec aux représentants du réseau de la santé, Québec, (2003), pp. 1-29.

- PARKER-OLIVIER, Debra, BRONSTEIN, Laura et KURZEJESKI, Lori, « Examining Variables Related to Successful Collaboration on the Hospice Team », Health & Social Work, Vol. 30, No. 4, (2005), pp. 279-286.
- RICE, Angie H., « Interdisciplinary Collaboration in Health Care: Education, Practice, and Research », National academies of practice forum, Vol. 2, No. 1, (2000), pp. 59-73.
- ROBERTSON, Neil A, « Opportunities and constraints of teamwork », Journal of interprofessional care, Vol. 13, No. 3, (1999), pp. 311-318.
- ROYER, Isabelle et ZARLOWSKI, Philippe, « Échantillon(s) », dans THIÉTART, Raymond-Alain *et al.*, Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, (1999), pp. 188-223.
- RUDDY, Ginger et RHEE, Kyu, « Transdisciplinary Team in Primary Care for the Underserved: A Literature Review », Journal of Health Care for the Poor and Underserved, Vol. 16, No. 2, (2005), pp. 248-256.
- SAN MARTIN RODRIGUEZ, Leticia, BEAULIEU, Marie-Dominique, D'AMOUR, Danielle. et FERRADA-VIDELA Marcela, « The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies », Journal of Interprofessional Care, Supplement 1, (2005), pp. 132-147.
- Santé Canada, Sharing the Learning: Health Transition Fund: Synthesis Series: Integrated Service Delivery, Ontario, (2002).
- Santé Canada, Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, Ontario, (2003).

Santé Canada, Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: Research and findings report, Ontario, (2004), pp. 1-304.

Santé Canada, Rapport annuel 2005-2006, Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, Ontario, (2006), pp. 1-114.

Santé Canada, Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, Ontario, (2007).

SATIN, David G., « A conceptual framework for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: Clarifying muddy waters », Gerontology & Geriatrics Education, Vol. 14, (1994), pp. 3-24.

SCHMITT, Madeline H., « Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from U.S. health care research », Journal of Care, Vol. 15, No. 1, (2001), pp. 47-66.

SCHOFIELD, Rosalie F. et AMODEO, Maryann, « Interdisciplinary teams in health care and human services settings : Are they effective ? », Health and Social Work, Vol. 24, No. 3, (1999), pp. 203-219.

SELLTIZ, Claire, WRIGHTSMAN, Lawrence S. et COOK, Stuart W., en collaboration avec BALCH, George I., HOFSTETTER, Richard et BICKMAN, Leonard, traduit de la 3^e éd. de Research methods in social relations par David Bélanger, Les méthodes de recherche en sciences sociales, Éditions HRW, Montréal, (1977).

SICOTTE, Claude, D'AMOUR, Danielle, et MOREAULT, Marie-Pier, « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care », Social Science et Medicine, Vol. 55, (2002), pp. 991-1003.

- SILÉN-LIPPONEN, Marja, TURUNEN, Hannele et TOSSAVAINEN, Kerttu, « Collaboration in the operating room : The nurses' perspective », Journal of Nursing Administration, Vol. 32, (2002), pp. 16-19.
- STICHLER, Jaynelle F., « Professional interdependence: the art of collaboration », Advanced Practice Nursing Quarterly, Vol. 1, (1995), pp. 53-61.
- TSCHANNEN, Dana, « The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work Environment », MEDSURG Nursing, Vol. 13, No. 5, (2004), pp. 312-318.
- VILLENEUVE, François, L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (2005).
- VOYER, Philippe, « L'interdisciplinarité, un défi à relever », The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne, (2000), pp. 39-44.
- WEISS, Sandra J., et DAVIS, Paul H., « Validity and reliability of the collaborative practice scales », Nursing Research, (1985), pp. 299-305.
- WEST, Michael A., BORRIL, Carol S., et UNSWORTH, Kerrie L., « Team effectiveness in organizations », International Review of Industrial and Organizational Psychology, Vol. 13, (1998), pp. 1-48.
- YEAGER, Susan, « Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care », Critical care nursing clinics of North America, Vol. 17, (2005), pp. 143-148.

Annexe A - Questionnaire

Enquête sur le niveau de collaboration interdisciplinaire dans deux contextes d'offre de soins de courte durée au CHUS

Cette enquête est faite en collaboration avec la Direction de la qualité et de l'innovation et les programmes-clientèles ciblés qui se déroule sous la supervision de la Chaire d'étude en organisation du travail (CÉOT) de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke.

Objectifs de cette enquête

Il y a quelques années, la Direction du CHUS a adopté un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles afin de mieux répondre aux besoins des patients. Cette approche requiert notamment pour les équipes soignantes de développer des pratiques favorisant l'interdisciplinarité. Cette enquête vise à recueillir votre perception concernant le niveau de collaboration interdisciplinaire au sein de votre unité ainsi qu'à identifier l'influence des facteurs qui suscitent ou qui freinent cette pratique.

Votre participation

Pour compléter ce questionnaire, vous aurez besoin d'environ 15 minutes de votre temps. Le questionnaire comporte trois sections réparties sur six pages. Il est important de répondre à toutes les questions et de le remettre dans l'enveloppe ci-jointe, tout en prenant soin de la cacheter. Nous recueillerons les questionnaires complétés **à la réception de votre unité de soins à la fin de la journée**. Sachez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse c'est votre opinion qui importe. Il est entendu que la participation au projet de recherche, décrit ci-dessus, est tout à fait **volontaire** et que vous restez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir quelque préjudice que ce soit.

Avantages pouvant découler de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera aucun avantage direct. Votre participation devrait permettre aux gestionnaires de votre établissement de santé de mieux identifier les incidences du contexte d'offre de soins sur la collaboration interdisciplinaire.

Inconvénients pouvant découler de votre participation

Vous aurez à donner de votre temps pour compléter le questionnaire.

Utilisation des données

Seuls les chercheurs qui sont mentionnés ci-dessous auront accès aux questionnaires complétés. Les questionnaires seront conservés, sous clés, pour une période n'excédant pas cinq ans avant d'être détruits. Les résultats seront présentés de manière à garantir l'anonymat des répondants notamment lors de communications et de publications scientifiques.

Responsable du projet et Comité d'éthique

Ce questionnaire est administré par Anne Auclair, étudiante à la maîtrise en Intervention et changement organisationnel à l'Université de Sherbrooke, sous la direction de Mario Roy et Madeleine Audet, professeurs au département de Management. Pour toute information supplémentaire concernant ce projet de recherche, vous pouvez contacter Anne Auclair au numéro de téléphone suivant (819) 679-0406 ou Madeleine Audet au (819) 821-8000, poste 65030.

Pour toute question d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec les responsables du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche lettres et sciences humaines à l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez la joindre par l'intermédiaire de son secrétariat en composant le numéro suivant : (819) 821-8000 poste 62644, ou par courriel : cer_lsh@usherbrooke.ca.

Nous vous remercions sincèrement de votre précieuse collaboration.

Anne Auclair
Responsable du projet
Université de Sherbrooke

Niveau de collaboration interdisciplinaire dans deux contextes d'offre de soins de courte durée au CHUS

Ce questionnaire contient trois sections réparties sur six pages. Votre disponibilité et vos commentaires seront très appréciés.

SECTION 1

Veillez cocher la case appropriée. Cette section est utilisée uniquement à des fins statistiques.

A. Quelle est votre discipline professionnelle ?

- Diététiste
 Infirmière
 Infirmière auxiliaire
 Inhalothérapeute
 Médecin
 Physiothérapeute/
 Ergothérapeute
 Travailleur social

Autres (précisez) : _____

B. Dans quel type d'unité de soins travaillez-vous principalement (un seul domaine)?

- Médecine spécialisée
 Soins intensifs

C. Quel est votre sexe?

- Féminin
 Masculin

D. Combien d'année (s) d'expérience professionnelle comptez-vous?

- Moins de 2 ans
 Entre 2 et 4 ans
 Entre 5 et 9 ans
 Entre 10 et 19 ans
 20 ans et plus

E. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- 20 à 29 ans
 30 à 39 ans
 40 à 49 ans
 50 à 59 ans
 60 ans et plus

SECTION 2

Définition :

Collaboration interdisciplinaire : Processus interpersonnel menant à l'accomplissement de buts spécifiques qui ne sont pas réalisables par un seul membre de l'équipe (Bruner, 1991).

Professionnel : Groupe associé à une discipline qui applique des connaissances spécifiques à un cas donné (Abbott, 1988).

Veillez indiquer votre niveau d'accord avec les énoncés suivants selon une échelle à 5 points.

1= Fortement en accord
2= Plutôt en accord
3= Sans opinion
4= Plutôt en désaccord
5= Fortement en désaccord

1. Je fais appel à des professionnels des autres disciplines en raison de leur expertise.	1	2	3	4	5
2. Je fournis systématiquement du feed-back aux autres professionnels dans le cadre de mon travail.	1	2	3	4	5
3. Les professionnels des autres disciplines me mettent à contribution dans la réalisation de leur travail.	1	2	3	4	5
4. Le travail d'équipe avec les professionnels des autres disciplines n'est pas essentiel pour que je sois en mesure d'aider les patients.	1	2	3	4	5
5. Je communique rarement avec mes collègues des autres disciplines professionnelles.	1	2	3	4	5
6. Les collègues des autres disciplines avec qui je travaille comprennent clairement la distinction entre leur rôle et le mien.	1	2	3	4	5
7. Mes collègues des autres disciplines me réfèrent des patients qu'ils auraient dû orienter vers d'autres professionnels.	1	2	3	4	5
8. Je sais identifier les domaines qui appartiennent à mon champ de compétences et ceux qui relèvent du rôle de mes collègues des autres disciplines.	1	2	3	4	5
9. Je considère qu'une partie de mon rôle professionnel consiste à soutenir les activités professionnelles de mes collègues.	1	2	3	4	5
10. Mes collègues des autres disciplines me consultent souvent.	1	2	3	4	5
11. Collaborer avec des collègues des autres disciplines ne fait pas partie de ma description de tâches.	1	2	3	4	5
12. Mes collègues des autres disciplines ne me traitent pas comme leur égal.	1	2	3	4	5
13. Mes collègues des autres disciplines sont d'avis qu'ils ne seraient pas en mesure d'accomplir un aussi bon travail s'ils n'avaient pas la contribution de ma discipline.	1	2	3	4	5

Suite...

1= Fortement en accord
2= Plutôt en accord
3= Sans opinion
4= Plutôt en désaccord
5= Fortement en désaccord

14. De nouveaux programmes innovateurs voient le jour lorsque des collègues de différentes disciplines travaillent ensemble.	1	2	3	4	5
15. Les protocoles de l'organisation reflètent l'existence de la coopération entre les professionnels des différentes disciplines.	1	2	3	4	5
16. Il existe des procédures/mécanismes destinés à faciliter le dialogue entre les professionnels de différentes disciplines.	1	2	3	4	5
17. Au sein de mon organisation, je n'ai jamais vu un regroupement, une équipe de travail, ou un comité se former suite à des collaborations interdisciplinaires.	1	2	3	4	5
18. Collaborer avec des collègues des autres disciplines amène des résultats auxquels on ne peut parvenir autrement.	1	2	3	4	5
19. Des résultats inattendus émergent de ma collaboration avec des professionnels des autres disciplines.	1	2	3	4	5
20. Je suis prêt à assumer des activités ne faisant pas partie de ma description de tâches lorsque c'est important.	1	2	3	4	5
21. Je ne suis pas prêt à sacrifier mon autonomie professionnelle en participant à la résolution conjointe du problème.	1	2	3	4	5
22. J'ai recours à des procédures formelles et informelles de résolution de problème en coopération avec mes collègues des autres disciplines.	1	2	3	4	5
23. Les collègues professionnels des autres disciplines avec lesquels je travaille se limitent strictement à leur description de tâches.	1	2	3	4	5
24. Je travaille avec mes collègues professionnels des autres disciplines de multiples façons.	1	2	3	4	5
25. Les professionnels des autres disciplines avec lesquels je travaille encouragent la participation des membres de la famille au cours de l'épisode de soins.	1	2	3	4	5
26. Mes collègues des autres disciplines ne sont pas engagés à collaborer au travail.	1	2	3	4	5
27. Mes collègues des autres disciplines travaillent avec moi à la résolution des conflits lorsqu'ils se présentent.	1	2	3	4	5
28. Lorsque des collègues de différentes disciplines ont une décision à prendre collectivement, ils examinent adéquatement toutes les options.	1	2	3	4	5

Suite...

1= Fortement en accord
2= Plutôt en accord
3= Sans opinion
4= Plutôt en désaccord
5= Fortement en désaccord

29. Lorsque j'interagis avec mes collègues des autres disciplines, cela se passe dans un climat dans lequel on a la liberté d'être différent et d'exprimer son désaccord.	1	2	3	4	5
30. Les patients sont consultés lors de l'élaboration de leur plan de soins.	1	2	3	4	5
31. Les collègues de toutes les disciplines professionnelles prennent part à l'élaboration des plans de soins.	1	2	3	4	5
32. Les collègues de certaines disciplines professionnelles ne participent pas à la mise en œuvre des plans de soins.	1	2	3	4	5
33. Les professionnels des différentes disciplines font preuve de franchise et d'honnêteté lorsqu'ils communiquent de l'information aux patients.	1	2	3	4	5
34. Je discute souvent avec mes collègues des autres disciplines pour améliorer mes relations au travail.	1	2	3	4	5
35. J'examine avec mes collègues des autres professions des moyens de faire participer d'autres professionnels à notre travail collectif.	1	2	3	4	5
36. Mes collègues des autres disciplines ne font pas d'effort pour créer un climat positif au sein de notre organisation.	1	2	3	4	5
37. J'ai confiance en la capacité de mes collègues des autres disciplines à collaborer avec moi dans la résolution des problèmes.	1	2	3	4	5
38. J'aide mes collègues des autres disciplines à aborder de façon directe les conflits qui peuvent les opposer à d'autres professionnels.	1	2	3	4	5
39. Mes collègues des autres disciplines sont autant disposés que moi à éliminer les obstacles pouvant entraver le succès de notre collaboration.	1	2	3	4	5
40. Je discute avec mes collègues des autres disciplines de nos similitudes et différences professionnelles, notamment sous l'angle des rôles, des compétences, des stéréotypes.	1	2	3	4	5
41. Je ne m'évalue pas avec mes collègues des autres professions notre façon de travailler ensemble.	1	2	3	4	5
42. Je discute avec mes collègues des autres disciplines du degré d'implication de chacun dans les différents cas à traiter.	1	2	3	4	5

SECTION 3

Veuillez encercler ou cocher la case appropriée.

1= Fortement en accord
2= Plutôt en accord
3= Sans opinion
4= Plutôt en désaccord
5= Fortement en désaccord

43. Je souscris pleinement à la mission/orientation de mon organisation.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

44. J'accorde beaucoup d'importance aux aspects qui caractérisent ma pratique professionnelle.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

45. Existe-t-il au sein de votre organisation un endroit physique où peuvent se tenir des rencontres avec des professionnels des autres disciplines ?

Oui Parfois Non

46. Votre horaire quotidien de travail prévoit-il des périodes pour rencontrer des collaborateurs des autres disciplines ?

Oui Parfois Non

47. La collaboration interdisciplinaire n'est pas soutenue par la direction de mon organisation.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

48. Le nombre moyen de patients que compte votre charge professionnelle actuellement est de :

49. J'aime les collègues des autres disciplines avec lesquels je travaille.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

50. Je ne socialise pas avec mes collègues des autres disciplines à l'extérieur du travail.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

51. Je travaille dans un climat de confiance réciproque avec mes collègues des autres disciplines.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Suite...

1= Fortement en accord
2= Plutôt en accord
3= Sans opinion
4= Plutôt en désaccord
5= Fortement en désaccord

52. Mes collègues des autres disciplines ne comprennent pas mes valeurs et mes points de vue personnels.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

53. Avez-vous déjà pris part à des activités de collaboration interdisciplinaire lors de votre formation?

Oui Non

54. Dans l'affirmative, cette expérience s'est-elle révélée?

Positive Mitigée Négative

55. Quelle attitude favorisait-on lors de votre formation professionnelle à l'égard de la collaboration interdisciplinaire?

Positive Mitigée Aucune Négative

56. Vos expériences professionnelles rémunérées (antérieures à votre occupation présente) en matière de collaboration interdisciplinaire ont-elles été :

Positives Mitigées Inexistantes Négatives

57. Le contexte de votre unité de soins spécifique (médecine spécialisée, soins intensifs) dans lequel vous travaillez quotidiennement favorise la collaboration interdisciplinaire?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

58. Quels sont les facteurs de votre contexte qui favorisent ou qui nuisent à la pratique de collaboration interdisciplinaire ?

Veillez acheminer le questionnaire dans l'enveloppe prévue à cet effet, à la réception de votre unité de soins. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Annexe B - Analyses statistiques

Variable « interdépendance »

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,676	,702	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	49,80	19,858	,395	,434	,660
Q2	50,43	18,250	,392	,334	,646
Q3	50,70	17,298	,419	,412	,638
Q4	50,18	18,830	,228	,369	,669
Q5	50,17	18,548	,360	,346	,651
Q6	50,82	17,610	,326	,375	,655
Q7	50,87	20,728	-,055	,215	,717
Q8	50,12	18,749	,366	,368	,651
Q9	50,77	18,419	,280	,292	,661
Q10	50,82	17,678	,363	,384	,648
Q11	49,95	19,269	,295	,430	,660
Q12	50,43	17,402	,376	,413	,645
Q13	51,15	17,418	,415	,371	,639

Inter-Item Correlation Matrix

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
Q1	1,000	,204	,293	,290	,357	,170	-,131	,082	,279	,184	,465	,043	,106
Q2	,204	1,000	,227	,370	,329	-,025	-,059	,252	,152	,166	,291	,296	,113
Q3	,293	,227	1,000	,131	,072	,182	-,110	,112	,092	,375	,058	,366	,490
Q4	,290	,370	,131	1,000	,262	-,110	-,172	,067	,063	,024	,433	,217	,049
Q5	,357	,329	,072	,262	1,000	,109	,129	,098	,259	,033	,142	,281	,072
Q6	,170	-,025	,182	-,110	,109	1,000	,168	,390	,072	,306	,027	,274	,236
Q7	-,131	-,059	-,110	-,172	,129	,168	1,000	,127	,047	-,223	-,094	-,087	,041
Q8	,082	,252	,112	,067	,098	,390	,127	1,000	,258	,330	,145	,015	,092
Q9	,279	,152	,092	,063	,259	,072	,047	,258	1,000	,078	,271	-,039	,279
Q10	,184	,166	,375	,024	,033	,306	-,223	,330	,078	1,000	,231	,276	,279
Q11	,465	,291	,058	,433	,142	,027	-,094	,145	,271	,231	1,000	-,032	,018
Q12	,043	,296	,366	,217	,281	,274	-,087	,015	-,039	,276	-,032	1,000	,326
Q13	,106	,113	,490	,049	,072	,236	,041	,092	,279	,279	,018	,326	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Variable « interdépendance »

Énoncé 1 à 13 sans l'énoncé 7

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,726	,742	12

Variable « activités professionnelles émergentes »

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,504	,516	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q14	19,26	6,293	,270	,148	,454
Q15	19,58	6,346	,233	,159	,471
Q16	19,92	5,846	,236	,163	,473
Q17	19,15	5,044	,296	,143	,443
Q18	18,69	6,609	,203	,111	,483
Q19	19,13	6,180	,350	,170	,422

Inter-Item Correlation Matrix

	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19
Q14	1,000	,184	,034	,202	,062	,302
Q15	,184	1,000	,314	,000	,116	,070
Q16	,034	,314	1,000	,187	-,030	,135
Q17	,202	,000	,187	1,000	,210	,238
Q18	,062	,116	-,030	,210	1,000	,235
Q19	,302	,070	,135	,238	,235	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Variable « flexibilité »

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,554	,521	5

Inter-Item Correlation Matrix

	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24
Q20	1,000	,393	,114	,444	,187
Q21	,393	1,000	,031	,370	-,067
Q22	,114	,031	1,000	,153	-,019
Q23	,444	,370	,153	1,000	,180
Q24	,187	-,067	-,019	,180	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q20	15,40	3,917	,501	,283	,365
Q21	15,19	5,306	,338	,233	,492
Q22	15,26	5,867	,120	,032	,594
Q23	15,89	3,610	,505	,272	,354
Q24	15,10	5,925	,133	,084	,584

Variable « adhésion aux objectifs communs »

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,754	,760	8

Inter-Item Correlation Matrix

	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32
Q25	1,000	,084	,242	,228	,330	,177	,045	-,186
Q26	,084	1,000	,258	,295	,211	,404	,336	,344
Q27	,242	,258	1,000	,525	,201	,361	,313	,173
Q28	,228	,295	,525	1,000	,348	,427	,402	,279
Q29	,330	,211	,201	,348	1,000	,356	,187	,086
Q30	,177	,404	,361	,427	,356	1,000	,495	,281
Q31	,045	,336	,313	,402	,187	,495	1,000	,730
Q32	-,186	,344	,173	,279	,086	,281	,730	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q25	25,51	17,835	,172	,233	,777
Q26	25,13	16,822	,452	,241	,730
Q27	25,17	16,566	,467	,322	,727
Q28	25,25	15,870	,582	,402	,709
Q29	25,21	16,715	,379	,236	,740
Q30	25,92	14,429	,587	,407	,700
Q31	26,00	13,581	,627	,646	,689
Q32	26,25	15,225	,411	,606	,739

Variable « autorégulation »

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,805	,805	10

Inter-Item Correlation Matrix

	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39	Q40	Q41	Q42
Q33	1,000	-,039	,050	,240	,400	,064	,500	-,035	,069	,053
Q34	-,039	1,000	,337	,085	,239	,325	,161	,417	,217	,403
Q35	,050	,337	1,000	,218	,212	,492	,395	,525	,456	,451
Q36	,240	,085	,218	1,000	,451	,252	,527	,191	,300	,106
Q37	,400	,239	,212	,451	1,000	,055	,520	,127	,311	,083
Q38	,064	,325	,492	,252	,055	1,000	,307	,682	,498	,439
Q39	,500	,161	,395	,527	,520	,307	1,000	,294	,416	,126
Q40	-,035	,417	,525	,191	,127	,682	,294	1,000	,451	,426
Q41	,069	,217	,456	,300	,311	,498	,416	,451	1,000	,361
Q42	,053	,403	,451	,106	,083	,439	,126	,426	,361	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q33	31,27	31,415	,194	,369	,815
Q34	31,85	27,929	,403	,303	,799
Q35	32,11	26,561	,601	,433	,774
Q36	31,21	29,382	,400	,351	,797
Q37	31,15	29,634	,407	,439	,796
Q38	32,19	27,044	,608	,568	,774
Q39	31,45	28,350	,570	,571	,781
Q40	32,40	26,343	,598	,556	,774
Q41	32,50	26,090	,573	,413	,777
Q42	32,19	27,044	,471	,357	,790

Jumelage des variables « activités professionnelles émergentes » et « adhésion aux objectifs communs »

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,780	,779	14

Analyses descriptives

Tableau
Synthèse des composantes de la collaboration interdisciplinaire

Composantes	Type A : Soins intensifs		Type B : Médecine spécialisée	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
<i>Interdépendance</i>	3,54	0,60	3,89	0,41
<i>Activités professionnelles émergentes/ adhésion aux objectifs communs</i>	3,58	0,60	3,91	0,36
<i>Flexibilité</i>	3,94	0,47	3,94	0,51
<i>Autorégulation</i>	3,94	0,48	3,93	0,50
Niveau de collaboration interdisciplinaire	3,80	0,38	3,90	0,39

Tableau
Synthèse du niveau de collaboration interdisciplinaire selon le profil des répondants

	Type A: Soins intensifs				Type B: Médecine spécialisée				Total			
	Nb.	%	Niveau moyen	Écart-type	Nb.	%	Niveau Moyen	Écart-type	Nb.	%	Niveau moyen	Écart-type
Profession												
<i>Diététiste</i>	1	3 %	3,98	-	-	-	-	-	1	2 %	3,98	-
<i>Infirmière</i>	17	57 %	3,7	0,36	9	27 %	3,86	0,21	26	41 %	3,68	0,32
<i>Infirmière auxiliaire</i>	-	-	-	-	5	15 %	3,73	0,52	5	8 %	3,73	0,52
<i>Inhalothérapeute</i>	2	7 %	3,95	0,42	-	-	-	-	2	3 %	3,95	0,42
<i>Médecin</i>	4	13 %	3,8	0,14	10	30 %	3,75	0,23	14	22 %	4,1	0,28
<i>Physiothérapeute / Ergothérapeute</i>	4	13 %	4,21	0,37	5	15 %	3,9	0,27	9	14 %	3,96	0,38
<i>Travailleur social</i>	-	-	-	-	3	9 %	3,3	0,28	3	5 %	3,88	0,28
<i>Autre</i>	2	7 %	3,6	0,39	1	3 %	4,16	0,72	3	5 %	3,94	0,56
Sexe												
<i>Féminin</i>	20	67 %	3,76	0,4	26	79 %	3,8	0,36	46	73 %	3,8	0,38
<i>Masculin</i>	10	33 %	3,89	0,26	7	21 %	3,76	0,36	17	27 %	4,01	0,33
Expérience professionnelle												
<i>Moins de 2 ans</i>	2	7 %	3,85	0,03	6	18 %	3,91	0,27	8	13 %	4,05	0,25
<i>Entre 2 et 4 ans</i>	1	3 %	4,27	-	5	15 %	3,65	0,26	6	10 %	4,11	0,24
<i>Entre 5 et 9 ans</i>	7	23 %	3,85	0,33	1	3 %	3,63	-	8	13 %	3,88	0,32
<i>Entre 10 et 19 ans</i>	7	23 %	3,92	0,32	5	15 %	3,6	0,44	12	19 %	3,9	0,36
<i>20 ans et plus</i>	13	43 %	3,67	0,41	16	48 %	3,86	0,41	29	46 %	3,72	0,4
Âge												
<i>20 à 29 ans</i>	5	17 %	3,95	0,18	10	30 %	3,84	0,26	15	24 %	4,05	0,24
<i>30 à 39 ans</i>	6	20 %	3,87	0,42	5	15 %	3,68	0,37	11	17 %	3,97	0,4
<i>40 à 49 ans</i>	10	33 %	3,76	0,3	9	27 %	3,67	0,26	19	30 %	3,71	0,28
<i>50 à 59 ans</i>	9	30 %	3,72	0,48	8	24 %	3,88	0,48	17	27 %	3,75	0,46
<i>60 ans et plus</i>	-	-	-	0	1	3 %	4,22	-	1	2 %	4,27	-
Total	30	48 %	3,8	0,38	33	52 %	3,9	0,39	63	100 %	3,85	0,38

Analyses statistiques

A) Profession

Tests of Normality^b

discipline professionnelle		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration	Infirmière	,140	25	,200*	,972	25	,704
	Infirmière auxiliaire	,227	5	,200*	,905	5	,439
	Inhalotérapeute	,260	2
	Médecin	,114	14	,200*	,956	14	,665
	Physiothérapeute/ Inhalotérapeute	,248	9	,117	,911	9	,324
	Travailleur social	,276	3	.	,942	3	,537
	Autre	,246	4	.	,949	4	,710

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. Niveaudecollaboration is constant when discipline professionnelle = Diététiste. It has been omitted.

Tests of Normality

Profession		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveau de collaboration interdisciplinaire	Infirmière	,140	25	,200*	,972	25	,704
	Médecin	,114	14	,200*	,956	14	,665

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Niveaudecollaboration	Equal variances assumed	,047	,830	-3,982	37	,000	-,41986	,10545	-,63352	-,20621
	Equal variances not assumed			-4,198	31,428	,000	-,41986	,10001	-,62373	-,21600

B) Contexte d'offre de soins

Tests of Normality

unité de soins		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration	médecine spécialisée	,067	33	,200*	,988	33	,974
	soins intensifs	,099	30	,200*	,984	30	,918

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Niveaudecollaboration	Equal variances assumed	,018	,895	1,053	61	,296	,10125	,09613	-,09096	,29347
	Equal variances not assumed			1,055	60,671	,296	,10125	,09602	-,09077	,29327

C) Sexe

Tests of Normality

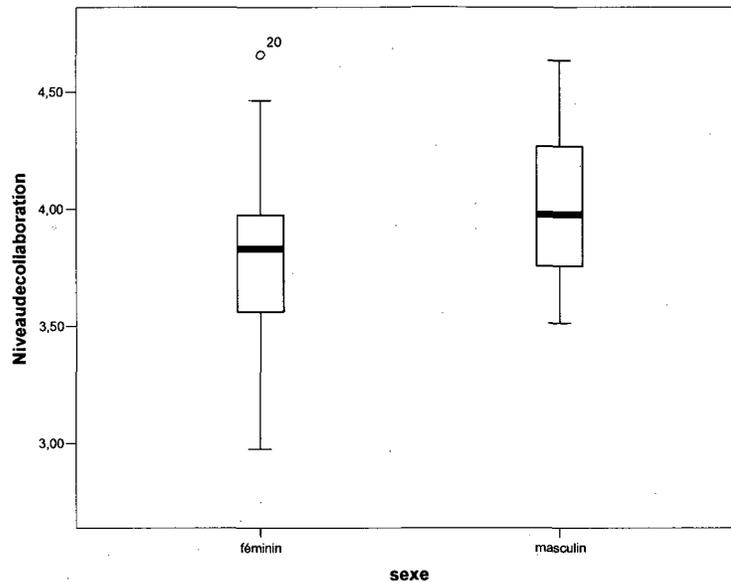
sexe		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration	féminin	,081	46	,200*	,986	46	,860
	masculin	,087	17	,200*	,964	17	,708

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

		Levene's Test for quality of Variance		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Niveaudecollaboration	Equal variances assumed	,297	,588	-2,053	61	,044	-,21673	,10555	-,42779	-,00567
	Equal variances not assumed			-2,197	32,869	,035	-,21673	,09865	-,41748	-,01599



D) Expérience professionnelle

Tests of Normality

année d'expérience		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration	moins de 2 ans	,259	8	,122	,881	8	,193
	entre 2 et 4 ans	,226	6	,200*	,943	6	,680
	entre 5 et 9 ans	,154	8	,200*	,976	8	,940
	entre 10 et 19 ans	,231	12	,075	,887	12	,107
	20 ans et plus	,121	29	,200*	,974	29	,676

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variances

Niveaudecollaboration

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,956	4	58	,438

ANOVA

Niveaudecollaboration

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,289	4	,322	2,418	,059
Within Groups	7,730	58	,133		
Total	9,018	62			

E) Âge

Tests of Normality

Âge	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Niveau de collaboration interdisciplinaire	20 à 29 ans	,217	15	,055	,876	15	,041
	30 à 39 ans	,159	11	,200*	,957	11	,729
	40 à 49 ans	,166	19	,179	,950	19	,391
	50 ans et plus	,133	18	,200*	,969	18	,785

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variances

Niveau de collaboration interdisciplinaire

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,056	3	59	,035

ANOVA

Niveau de collaboration interdisciplinaire

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,201	3	,400	3,021	,037
Within Groups	7,818	59	,133		
Total	9,018	62			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Niveau de collaboration interdisciplinaire

Tukey HSD

(I) Âge	(J) Âge	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
20 à 29 ans	30 à 39 ans	,07385	,14450	,956	-,3082	,4559
	40 à 49 ans	,33436*	,12573	,048	,0020	,6668
	50 ans et plus	,26996	,12726	,158	-,0665	,6064
30 à 39 ans	20 à 29 ans	-,07385	,14450	,956	-,4559	,3082
	40 à 49 ans	,26051	,13791	,244	-,1041	,6251
	50 ans et plus	,19610	,13931	,500	-,1722	,5644
40 à 49 ans	20 à 29 ans	-,33436*	,12573	,048	-,6668	-,0020
	30 à 39 ans	-,26051	,13791	,244	-,6251	,1041
	50 ans et plus	-,06440	,11973	,949	-,3809	,2521
50 ans et plus	20 à 29 ans	-,26996	,12726	,158	-,6064	,0665
	30 à 39 ans	-,19610	,13931	,500	-,5644	,1722
	40 à 49 ans	,06440	,11973	,949	-,2521	,3809

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Espace physique (Question 45)

Tests of Normality

Q45recode	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration 1	,089	33	,200*	,962	33	,303
2	,102	30	,200*	,976	30	,721

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Niveaudecollaboration Equal variances assumed	,013	,910	2,822	61	,006	,25744	,09122	,07503	,43985
Equal variances not assumed			2,813	59,375	,007	,25744	,09153	,07432	,44056

Horaire de travail (Question 46)

Tests of Normality

Q46recode	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration 1	,121	16	,200*	,960	16	,657
2	,078	47	,200*	,979	47	,568

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

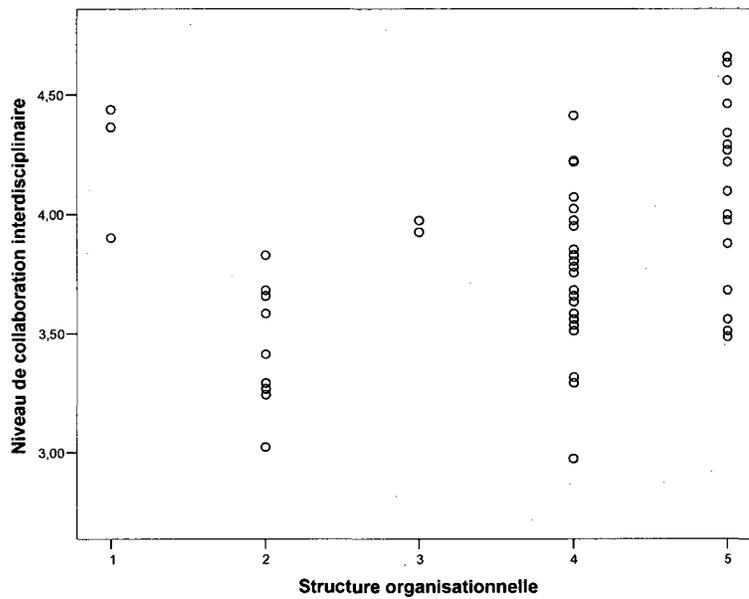
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Niveaudecollaboration Equal variances assumed	4,243	,044	,411	61	,683	,04565	,11114	-,17658	,26788
Equal variances not assumed			,518	43,145	,607	,04565	,08817	-,13214	,22344

Structure organisationnelle (Question 47)

Correlations

		Niveau de collaboration interdisciplinaire	Structure organisationnelle
Niveau de collaboration interdisciplinaire	Pearson Correlation	1	,288*
	Sig. (2-tailed)		,023
	N	63	62
Structure organisationnelle	Pearson Correlation	,288*	1
	Sig. (2-tailed)	,023	
	N	62	62

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Charge professionnelle (Question 48)

Correlations

		Niveau de collaboration	Q48
Niveau de collaboration	Pearson Correlation	1	,127
	Sig. (2-tailed)		,355
	N	63	55
Q48	Pearson Correlation	,127	1
	Sig. (2-tailed)	,355	
	N	55	55

Activités de collaboration interdisciplinaire liées à la formation (Question 53)

Tests of Normality

Q53	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration oui	,093	50	,200*	,978	50	,458
non	,210	13	,122	,927	13	,313

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Niveaudecollabora	,049	,825	2,540	61	,014	,28914	,11384	,06151	,51677
Equal varianc assumed			2,445	17,892	,025	,28914	,11825	,04059	,53769
Equal varianc not assumed									

Perception envers les activités de collaboration interdisciplinaire (Question 54)

Tests of Normality

Q54	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration positive	,098	41	,200*	,977	41	,552
mitigée	,130	9	,200*	,973	9	,920

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Independent
Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means							
				95% Confidence Interval of the Difference						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differen ce	Lower	Upper
Niveau de collaboration interdisciplinaire	Equal variances assumed	1,404	,242	2,207	48	,032	,28220	,12788	,025 08	,539 32
	Equal variances not assumed			2,786	16,31 9	,013	,28220	,10131	,067 78	,496 61

Attitude liée à la formation professionnelle (Question 55)
Tests of Normality^b

Q55		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration	positive	,126	52	,038	,966	52	,143
	mitigée	,250	5	,200*	,855	5	,210
	aucune	,349	3		,832	3	,194

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. Niveaudecollaboration is constant when Q55 = négative. It has been omitted.

Expériences professionnelles rémunérées (Question 56)
Tests of Normality

Q56		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Niveaudecollaboration	positives	,117	35	,200*	,969	35	,406
	mitigées	,252	7	,200*	,870	7	,184
	inexistantes	,151	17	,200*	,963	17	,685

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variances

Niveaudecollaboration

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,228	2	56	,301

ANOVA

Niveaudecollaboration

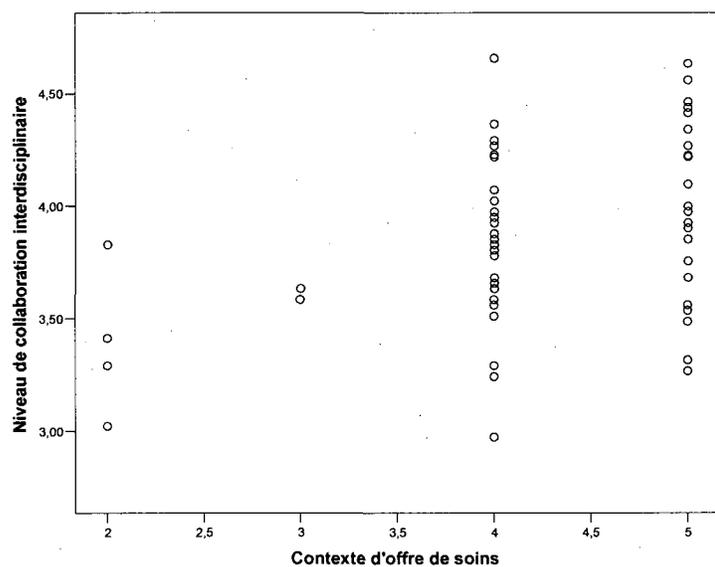
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,280	2	,140	,942	,396
Within Groups	8,327	56	,149		
Total	8,607	58			

Perception du contexte d'offre de soins (Question 57)

Correlations

		Niveau de collaboration interdisciplinaire	Contexte d'offre de soins
Niveau de collaboration interdisciplinaire	Pearson Correlation	1	,385**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	63	63
Contexte d'offre de soins	Pearson Correlation	,385**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	63	63

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Régression linéaire : Perception du contexte d'offre de soins, niveau de collaboration interdisciplinaire

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,385 ^a	,148	,135	,35481

a. Predictors: (Constant), Q57

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,339	1	1,339	10,637	,002 ^a
	Residual	7,679	61	,126		
	Total	9,018	62			

a. Predictors: (Constant), Q57

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,068	,245		12,513	,000
	Q57	,187	,057	,385	3,261	,002

a. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Régression linéaire : Contexte d'offre de soins, Perception du contexte d'offre de soins -> niveau de collaboration interdisciplinaire

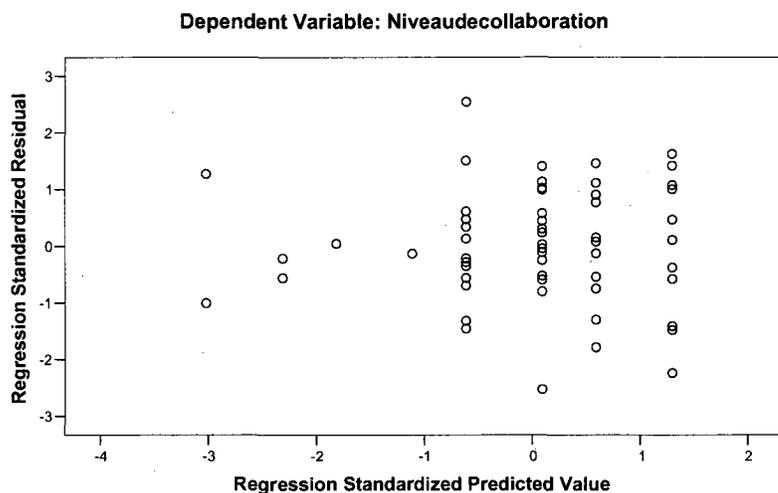
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,065	63	,200*	,990	63	,904

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Scatterplot



Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,412 ^a	,170	,142	,35322

a. Predictors: (Constant), unité de soins, Q57

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,533	2	,766	6,142	,004 ^a
	Residual	7,486	60	,125		
	Total	9,018	62			

a. Predictors: (Constant), unité de soins, Q57

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,111	,247		12,620	,000		
	Q57	,189	,057	,390	3,315	,002	,999	1,001
	unitesoins	-,111	,089	-,147	-1,245	,218	,999	1,001

a. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Hypothèse 1- Rôle professionnel

Correlations

		Niveau de collaboration interdisciplinaire	Rôle professionnel
Niveau de collaboration interdisciplinaire	Pearson Correlation	1	,219
	Sig. (2-tailed)		,085
	N	63	63
Rôle professionnel	Pearson Correlation	,219	1
	Sig. (2-tailed)	,085	
	N	63	63

Hypothèse 2

Régression linéaire (rôle professionnel ->niveau de collaboration interdisciplinaire)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,219 ^a	,048	,032	,37521

a. Predictors: (Constant), Q4344somme

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,431	1	,431	3,059	,085 ^a
	Residual	8,588	61	,141		
	Total	9,018	62			

a. Predictors: (Constant), Q4344somme

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,310	,315		10,511	,000
	Q4344somme	,064	,037	,219	1,749	,085

a. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Régression linéaire (contexte d'offre de soins, rôle professionnel->niveau de collaboration interdisciplinaire)

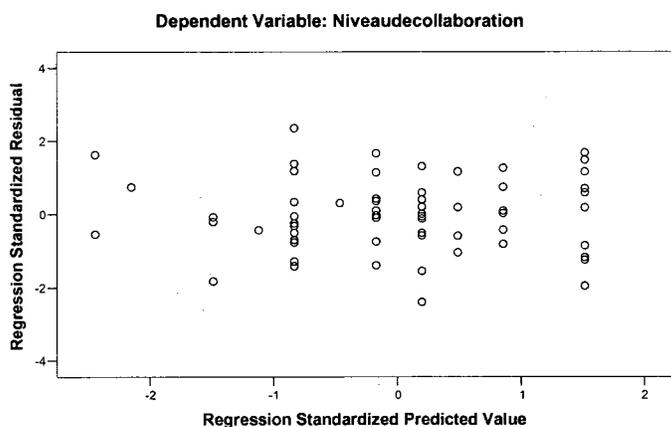
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,069	63	,200(*)	,991	63	,919

* This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Scatterplot



Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,255 ^a	,065	,034	,37485

a. Predictors: (Constant), unité de soins, Q4344somme

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,587	2	,294	2,090	,133 ^a
	Residual	8,431	60	,141		
	Total	9,018	62			

a. Predictors: (Constant), unité de soins, Q4344somme

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,360	,318		10,560	,000		
	unitesoins	-,100	,095	-,132	-1,056	,295	1,000	1,000
	Q4344somme	,064	,037	,217	1,742	,087	1,000	1,000

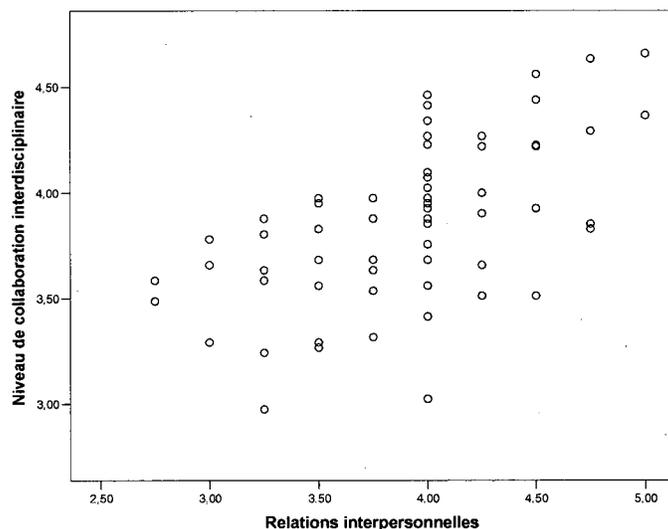
a. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Hypothèse 3- Relations interpersonnelles

Correlations

		Niveau de collaboration interdisciplinaire	Relations interpersonnelles
Niveau de collaboration interdisciplinaire	Pearson Correlation	1	,590**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
Relations interpersonnelles	Pearson Correlation	,590**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Hypothèse 4

Régression linéaire (relations interpersonnelles-> niveau de collaboration interdisciplinaire)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,590 ^a	,348	,338	,31040

a. Predictors: (Constant), relationinterp

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,141	1	3,141	32,602	,000 ^a
	Residual	5,877	61	,096		
	Total	9,018	62			

a. Predictors: (Constant), relationinterp

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,197	,293		7,499	,000
	relationinterp	,425	,074	,590	5,710	,000

a. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

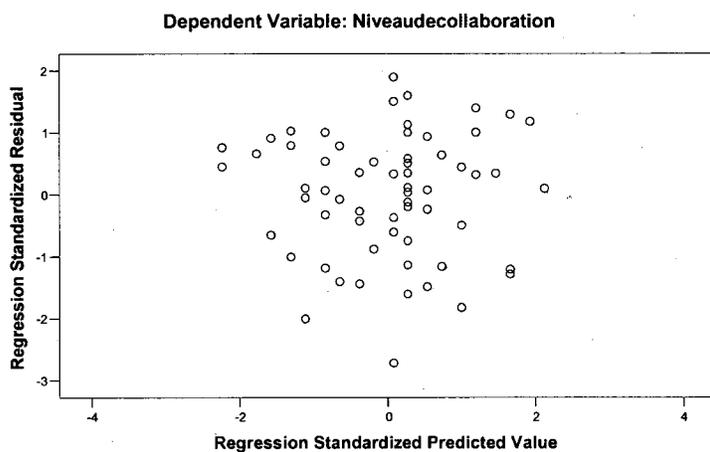
Régression linéaire (contexte d'offre de soins, rôle professionnel->niveau de collaboration interdisciplinaire)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,088	63	,200*	,976	63	,263

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Scatterplot**Model Summary^b**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,593 ^a	,352	,330	,31218

a. Predictors: (Constant), unitesoins, relationinterp

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,171	2	1,586	16,270	,000 ^a
	Residual	5,847	60	,097		
	Total	9,018	62			

a. Predictors: (Constant), unitesoins, relationinterp

b. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2,239	,304		7,359	,000		
	relationinterp	,419	,075	,583	5,558	,000	,983	1,017
	unitesoins	-,044	,079	-,058	-,555	,581	,983	1,017

a. Dependent Variable: Niveaudecollaboration

