
RECENSION DES ÉCRITS SUR LES PRATIQUES COLLABORATIVES DANS LES ÉQUIPES DE SOINS EN PREMIÈRE LIGNE

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

AVRIL 2024



Sylvie Dubois, inf., Ph.D.
Doyenne

Sincères **remerciements** à toutes les personnes qui ont collaboré à ce document :

Rédaction : Émilie Dufour, inf., Ph.D. et Jolianne Bolduc inf., Ph.D.(c)

Collaborateurs:

Haj Mohammed Abbad, inf. M. Sc., Adm., Directeur – Centre d’Expertise en Simulation en Santé (EXeSS),
Directeur – Clinique-école universitaire infirmière, Faculté des sciences infirmières, UdeM

Élaine Cardinal, inf., MAP, Directrice des soins infirmiers, CISSS de Laval

Arnaud Duhoux, inf., Ph.D., professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, UdeM

Sylvie Gendron, inf., Ph.D., professeure agrégée, vice-doyenne aux cycles supérieurs, Faculté des sciences infirmières, UdeM

Stéphanie Guindon, inf., M.Sc. inf., infirmière praticienne spécialisée-première ligne (IPS), CISSS de Laval

Marjolaine Héon inf., Ph D., professeure agrégée, vice-doyenne aux études de premier cycle, Faculté des sciences infirmières, UdeM

Table des matières

Sommaire exécutif.....	4
Liste de sigles et abréviations.....	7
Introduction.....	8
Volet 1– SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES SUR LA COLLABORATION DANS UNE ÉQUIPE DE SOINS	10
Brève description du modèle conceptuel du RNAO	10
Forces du modèle	10
Limites du modèle	11
Démarche de recension.....	11
Collaboration intraprofessionnelle	12
Collaboration interprofessionnelle	12
Définitions de la collaboration	13
Survol des définitions de la collaboration intraprofessionnelle.....	14
Quoi.....	14
Quand.....	15
Qui	15
Pourquoi	16
Survol des définitions de la collaboration interprofessionnelle.....	17
Quoi.....	17
Quand.....	19
Qui	19
Pourquoi	20
Définition de la collaboration dans une équipe de soins.....	20
Modèle théorique : dimensions et mécanismes de la collaboration	22
Retour sur le modèle du RNAO (2016)	22
Description du modèle de Levesque et al. (2017)	23
Dimension structurelle	24
Dimension opérationnelle	25
Dimension relationnelle.....	25
Dimension fonctionnelle.....	27
Modèle théorique de la collaboration dans une équipe de soins : proposition	28
Volet 2 – Implantation des pratiques collaboratives.....	30
Retour sur l’objectif du volet 2	30
Démarche de recension.....	30
Résultats de la recension sur les activités et les outils visant à améliorer les pratiques collaboratives	31

Dimension structurelle	31
Dimension opérationnelle	32
Dimension relationnelle	34
Dimension fonctionnelle	35
Principaux constats à la suite de la recension	38
Principes de gestion du changement et stratégies d'implantation	38
Stratégies en réponse à des barrières spécifiques.....	39
Stratégies d'implantation pour les lignes directrices.....	40
Stratégies d'implantation pour les activités éducatives	40
Stratégies d'implantation pour les activités de rétroaction basée sur la performance	41
Pratiques collaboratives dans une équipe de soins en première ligne : définition du contexte d'implantation	41
Caractéristiques du contexte des soins de première ligne	41
Éléments spécifiques au contexte québécois et données expérientielles sur l'implantation de cliniques d'IPS au Québec.....	42
Volet 3 – Modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne	45
Retour sur l'objectif du volet 3	45
Processus de sélection finale des activités et des outils du modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne	45
Modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne	46
CONCLUSION.....	48
RÉFÉRENCES.....	49

Sommaire exécutif

- Bien que le système de santé québécois soit reconnu pour son universalité, la difficulté d'accès aux soins et services de première ligne demeure un enjeu prioritaire pour la population. Cet enjeu oblige le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à réfléchir aux différentes innovations permettant l'utilisation optimale de ses ressources. De nouveaux modèles organisationnels de soins ont été créés dans les dernières années, dont les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Ces cliniques, composées d'IPS, d'infirmières cliniciennes, d'infirmières auxiliaires et d'autres professionnels de la santé, peuvent permettre de répondre aux besoins de santé de la population en maximisant la contribution du champ d'exercice de chaque professionnel, venant ainsi augmenter l'accessibilité aux soins et services à la population.
- Le concept de collaboration est défini de deux façons dans les écrits scientifiques. Brièvement, la collaboration intraprofessionnelle réfère à la relation entre les membres d'une équipe appartenant à une même profession, alors que la collaboration interprofessionnelle est caractérisée par la collaboration entre des membres de l'équipe de différentes professions. Or, aucune des deux définitions de collaboration ne reflète exactement la pratique collaborative de l'équipe de soins, qui se caractérise par une collaboration dans l'équipe de soins infirmiers, mais aussi une collaboration avec d'autres professionnels de la santé.
- Ce rapport inclut trois volets : 1) Une définition spécifique du concept de collaboration dans une équipe de soins, de même que les dimensions de ce concept; 2) un modèle théorique du concept, selon ses dimensions; et 3) modèle pratique du concept, basé sur des activités, outils et stratégies d'implantation. Un guide d'implantation spécifique à la première ligne a découlé de ces trois premiers volets du rapport, et se retrouve dans un autre document (Faculté des sciences infirmières, 2023).
- Chacun des volets est appuyé par une démarche de revue de la littérature rigoureuse. Au total, plus d'une centaine d'écrits ont été utilisés pour rédiger ce rapport.

- Volet 1 : À partir d'une revue de la littérature portant sur les concepts de collaboration intra et interprofessionnelle, la collaboration dans une équipe de soins a été définie de manière précise. La synthèse des écrits a permis d'identifier quatre questions phares pour développer une définition complète, soit : 1) Quels sont les principaux concepts de la définition? ; 2) À quel moment la collaboration d'une équipe de soins doit-elle être mobilisée? ; 3) Qui doit être impliqué dans la relation de collaboration? ; et 4) Pourquoi devons-nous avoir une pratique de collaboration dans une équipe de soins? La définition de la collaboration dans une équipe de soins se différencie principalement des concepts de collaboration intra et interprofessionnelle sur le plan des principaux concepts et des professionnels devant être inclus dans l'équipe. Un modèle théorique basé sur cette définition de la collaboration dans une équipe de soins a été développé en fonction de dimensions structurelle, opérationnelle, relationnelle et fonctionnelle.
- Volet 2 : Une revue de la littérature a permis d'identifier les activités et outils qui, lorsque mis en place dans les milieux de pratique, permettent d'améliorer les pratiques collaboratives. Des activités de gestion, comme l'optimisation de la composition et de la taille de l'équipe, des lieux physiques et l'utilisation d'outils technologiques font partie des actions à mettre en place pour bâtir l'équipe. Les outils recensés pour la dimension opérationnelle abordent principalement l'importance des outils facilitant la communication verbale et écrite ainsi que les outils de coordination, comme les lignes directrices, les protocoles de soins et les ordonnances collectives. La troisième dimension met l'accent sur les activités favorisant les relations interpersonnelles, comme les activités de communication ouverte et de confiance mutuelle. Finalement, la dernière dimension recense les activités les plus complexes, soit celles permettant la création d'une vision collective, des représentations mentales partagées et favorisant l'adaptabilité de l'équipe. La mise en pratique de ces activités et outils peut impliquer plusieurs changements dans les équipes de soins. Des stratégies d'implantation visant à soutenir les changements ont été identifiées, notamment en lien avec les bénéfices et la simplicité d'utilisation des activités et des outils.

Volet 3 : Le dernier volet intègre les résultats des deux premiers volets pour la formulation d'un modèle pratique de la collaboration dans une équipe de soins. Les éléments théoriques de la collaboration, les données expérientielles d'une clinique-école universitaire et les stratégies d'implantation facilitant l'adoption des changements de pratiques sont présentés. Ces éléments sont adaptés au contexte de l'offre de services de première ligne dans la communauté au Québec, permettant ainsi de développer le modèle pratique. Une représentation visuelle simple de ce modèle est proposée.

- Le contexte de première ligne au Québec ne peut plus compter uniquement sur les effectifs médicaux comme porte d'accès aux soins et services nécessaires pour la population, d'autant plus que les besoins ne cesseront d'augmenter avec une population vieillissante. D'autres modèles organisationnels, comme les cliniques IPS, sont en voie d'implantation. Or, pour assurer la performance de ces cliniques, il faut que le rôle de chacun des professionnels de la santé soit maximisé à son plein potentiel. Le modèle pratique de la collaboration dans une équipe de soins peut servir de guide dans l'implantation de ces nouvelles cliniques, et pourrait également être adapté à d'autres modèles innovants.

Liste de sigles et abréviations

CLSC	Centre local de services communautaires
DME	Dossier médical électronique
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
RNAO	<i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>

Introduction

L'accès à des soins et des services de première ligne est un enjeu prioritaire du système de santé au Québec. La proportion de Québécois ayant accès à un médecin de famille, qui constitue à l'heure actuelle la principale porte d'entrée pour l'accès à des soins et services, demeure en dessous de 80% (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022). Par ailleurs, l'accès à des soins de première ligne constitue un enjeu même pour les patients inscrits à un médecin de famille, qui expérimentent de longs délais d'attente (MSSS, 2021).

La mise en place de cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) s'inscrit dans la foulée d'une série de mesures visant à augmenter l'accès aux soins de santé des Québécois et à désengorger les urgences. Ces cliniques, implantées dans certaines provinces canadiennes (Contandriopoulos et al. 2023; Heale et al. 2018), mais encore peu au Québec, s'appuient initialement sur un fort leadership infirmier et sur une équipe majoritairement composée d'IPS, mais également d'infirmières cliniciennes et d'infirmières auxiliaires (MSSS, 2023). Issue d'un partenariat entre le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Clinique-école universitaire infirmière s'inscrit dans le modèle innovant des cliniques IPS au Québec. Cette clinique a accueilli ses premiers patients en décembre 2022.

La pérennité de ce modèle organisationnel innovant appelle à l'intégration d'autres professionnels de la santé dans l'équipe afin d'élargir l'offre de soins et de services et ainsi, maximiser les retombées de ces cliniques en termes d'accès, de globalité et de continuité des soins (Levesque et al. 2017; Russell et al. 2018). Les pratiques collaboratives de ce modèle organisationnel requièrent donc que l'équipe intraprofessionnelle de soins infirmiers (incluant les infirmières auxiliaires, cliniciennes et IPS) collabore avec un réseau interprofessionnel. Si un modèle basé sur les pratiques collaboratives est depuis longtemps mis de l'avant comme un pilier de la performance des soins de première ligne, son déploiement en pratique demeure très variable (Fiscella et McDaniel, 2018).

La production du présent rapport découle d'un mandat de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal qui vise à développer un modèle de collaboration pour une clinique IPS en contexte de première ligne et d'en proposer un guide d'implantation (Faculté des sciences infirmières, 2023). Le rapport se divise en trois volets, dont les objectifs spécifiques sont les suivants :

Volet 1

1. Définir le concept de la collaboration dans une équipe de soins ;

2. Proposer un modèle théorique de collaboration dans une équipe de soins, en y intégrant les principales dimensions de la collaboration intra et interprofessionnelle recensées dans la littérature.

Volet 2

1. Effectuer une recension de la littérature sur les activités, les outils et les stratégies déployés pour implanter les pratiques collaboratives en contexte de services de première ligne ;

Volet 3

1. Développer un modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins contextualisée à la première ligne.

Structure du document

Le premier volet du rapport présente la synthèse d'une revue de la littérature qui mène à une définition de la collaboration dans une équipe de soins. Ce volet s'appuie sur des écrits de divers contextes de soins, comme la première ligne et les soins aigus, et se conclut par la présentation d'un modèle théorique de collaboration dans une équipe de soins, qui inclut un ensemble de mécanismes de la collaboration, ainsi transposables à différents milieux de pratique. Le deuxième volet du rapport débute par une recension de la littérature sur les activités et les outils visant à améliorer les pratiques collaboratives ainsi que les stratégies d'implantation associées. Les caractéristiques du contexte de la première ligne au Québec sont ensuite abordées. Le troisième volet du rapport propose une représentation visuelle d'un modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en contexte de première ligne, prenant appui sur le modèle théorique proposé à l'issue du premier volet et de la recension effectuée dans le second volet.

Volet 1 – Synthèse des connaissances sur la collaboration dans une équipe de soins

Une revue rapide de la littérature professionnelle a permis d'identifier la deuxième édition de la ligne directrice pour une pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers du *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO; 2016). Cette ligne directrice s'inscrit dans un projet plus large, visant l'optimisation du système de soins et des milieux de travail sains (RNAO, 2016). Elle propose un modèle conceptuel sur lequel s'appuient des recommandations pour favoriser la collaboration au sein de l'équipe de soins infirmiers. Une première lecture de ce document a donc permis d'orienter le travail de synthèse des connaissances de ce rapport.

Brève description du modèle conceptuel du RNAO

Le processus systématique de synthèse des écrits scientifiques sur lequel s'appuie cette ligne directrice s'est articulé autour de trois dimensions: celle des éléments de politique, physiques et structurels, celle des éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels, et celle des éléments professionnels. Ces éléments interagissent les uns avec les autres, dynamisant ainsi le modèle. Chacun des éléments se compose, de manière interdépendante, de facteurs au niveau individuel, au niveau organisationnel et au niveau externe. Les éléments de politique, physiques et structurels, réfèrent aux forces physiques et intellectuelles demandées à chaque individu dans le cadre de son travail, aux structures mises en place pour les soutenir, aux environnements construits et naturels, ainsi qu'aux modèles utilisés et aux cadres. Les éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels concernent, quant à eux, les habiletés et les aptitudes communicationnelles des individus, l'atmosphère régnant dans le milieu de travail ainsi que les besoins et préférences de la société. Finalement, les éléments professionnels concernent les connaissances et compétences de l'infirmière, le rôle dans l'équipe de soins, les relations établies et ce qui encadre la pratique professionnelle. La ligne directrice issue de ce modèle vise donc à influencer directement les équipes de soins infirmiers et les patients, mais aussi, de manière plus distale, les organisations et la société (RNAO, 2016).

Forces du modèle

Le modèle proposé par le RNAO comporte des forces méthodologiques et conceptuelles. D'abord, l'organisation du RNAO détient une expertise reconnue dans l'élaboration de lignes directrices pour des

pratiques exemplaires en soins infirmiers basées sur des revues d'écrits scientifiques rigoureuses qui incluent une évaluation de la qualité des données probantes. Par ailleurs, il s'agit de la plus récente ligne directrice sur la collaboration dans l'équipe de soins infirmiers, incluant les infirmières auxiliaires, les infirmières et les IPS. Ces professionnelles de la santé détiennent un champ de pratique similaire à leurs homologues québécoises. La transférabilité au contexte du Québec en est ainsi facilitée.

Limites du modèle

Malgré les forces énoncées, certaines limites du modèle doivent être abordées relativement à l'objectif du présent rapport. Premièrement, le modèle conceptuel proposé vise la mise en œuvre de milieux de travail sains, qui incluent les pratiques collaboratives au sein de l'équipe de soins infirmiers. Or, aucun élément théorique portant spécifiquement sur la collaboration n'est abordé dans le modèle. Ces éléments apparaissent plutôt dans une série de recommandations selon les trois types de facteurs proposés (individuels, organisationnels et externes) et demeurent peu concrets. Ces recommandations sont axées sur la collaboration au sein de l'équipe de soins infirmiers, faisant abstraction de l'aspect interprofessionnel de la pratique de l'équipe de soins infirmiers. Deuxièmement, les éléments politiques, physiques et structurels, ainsi que les éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels, ne sont pas contextualisés à l'équipe de soins, mais plutôt abordés dans une visée globale de milieux de travail sains. Seuls les éléments professionnels sont spécifiques à l'équipe de soins infirmiers. Finalement, la mise en œuvre de la ligne directrice nécessite le respect de certains critères, tels que des processus adéquats de planification, la disponibilité de ressources spécifiques et la présence de soutien administratif et organisationnel (RNAO, 2016). La réalité actuelle dans les milieux de soins permettrait difficilement d'assurer une mise en œuvre de cette ligne directrice, telle que proposée, dans un contexte québécois et dans plusieurs autres contextes à l'international.

Ainsi, une revue de la littérature est nécessaire afin d'explorer si d'autres éléments, propres à l'équipe de soins, sont pertinents à considérer dans les pratiques collaboratives. Une recherche similaire, mais non systématique, à celle du RNAO (2016) a été reproduite.

Démarche de recension

Le concept central du rapport est la collaboration dans une équipe de soins, incluant les aspects des définitions de collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle. Les pratiques collaboratives de l'équipe de soins infirmiers se traduisent à deux niveaux : elles doivent d'abord collaborer au sein même de l'équipe infirmière (infirmières auxiliaires, cliniciennes et IPS), où la pratique de chacun de ces

professionnels de l'équipe est autonome, mais où des chevauchements dans les champs d'exercice sont présents. Les infirmières collaborent également avec d'autres professionnels de l'équipe de soins, notamment les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes et les nutritionnistes, afin d'offrir des soins qui répondent à l'ensemble des besoins des patients. Ainsi, afin de définir le concept englobant de la collaboration dans une équipe de soins, la synthèse de connaissances s'est appuyée sur les concepts de collaboration intra et interprofessionnelle.

La recherche d'écrits scientifiques a été effectuée dans les bases de données CINAHL et Medline. Les concepts clés utilisés pour chacune des recherches se basaient sur ceux utilisés pour développer la ligne directrice du RNAO (2016). Chacune des bases de données a donc été interrogée par deux regroupements de concepts clés et descripteurs, ceux en lien avec la collaboration intraprofessionnelle, puis ceux en lien avec la collaboration interprofessionnelle. Une validation des stratégies de recherche et de la pertinence des articles sélectionnés a, par la suite, été effectuée par une recherche manuelle dans Google Scholar.

Collaboration intraprofessionnelle

La première recherche d'écrits visait la collaboration intraprofessionnelle, en utilisant les mots-clés (anglais et français) et descripteurs spécifiques à la collaboration et au travail d'équipe intraprofessionnels ainsi qu'à l'équipe de soins infirmiers (infirmières auxiliaires, cliniciennes et IPS). Les critères de sélection des articles pour cette recherche étaient : 1) être rédigés en français ou en anglais; 2) être publiés entre 2014 (qui correspond à la fin de la période couverte par la recherche du RNAO) et 2023; et 3) traiter de la collaboration intraprofessionnelle dans l'équipe de soins infirmiers.

Très peu d'articles abordaient principalement la collaboration intraprofessionnelle au sein de l'équipe infirmière et plusieurs de ces articles avaient une rigueur méthodologique ou conceptuelle faible. Seulement 14 articles ont été sélectionnés à partir de ces recherches. Ceux-ci traitaient principalement de la collaboration intraprofessionnelle entre infirmières ou entre infirmière et infirmière auxiliaire et décrivaient principalement la collaboration dans des unités de soins aigus en centre hospitalier. Les pratiques collaboratives de l'IPS n'étaient pas abordées dans ces écrits ni le contexte de première ligne.

Collaboration interprofessionnelle

Une deuxième recherche d'écrits a ainsi été réalisée selon le même procédé. Les concepts de collaboration, de travail d'équipe et de professionnels de la santé ont été utilisés afin d'élargir la portée de la recherche. Étant donné la grande quantité d'articles scientifiques recensés, ceux conservés ont dû

répondre aux critères de sélection suivants : 1) être rédigés en anglais ou en français; 2) être publiés entre 2014 et 2023; 3) provenir d'un pays de l'OCDE (afin de faciliter la transposition de la pratique de l'équipe de soins à celle du Québec); 4) traiter de la collaboration en référence à au moins un membre de l'équipe de soins infirmiers et un autre professionnel de la santé; et 5) ne pas décrire les pratiques collaboratives dans un contexte d'apprentissage (par exemple, tous les articles traitant des cours sur la collaboration interprofessionnelle, dans les cursus des professionnels de la santé, ont été exclus). Vingt-six articles scientifiques ont été sélectionnés en fonction de ces critères. Les pratiques collaboratives de l'IPS ont pu être représentées, celles-ci étant particulièrement mises en lien avec la pratique médicale plutôt qu'avec les autres titres professionnels de l'équipe de soins infirmiers. Les pratiques collaboratives de l'équipe de soins dans un contexte de première ligne ont également pu être mieux décrites.

Ainsi, le premier volet de ce rapport s'appuie sur un total de 40 écrits scientifiques, traitant des pratiques collaboratives de l'équipe de soins infirmiers, mais aussi, plus largement, de celles de l'équipe interprofessionnelle, où au moins un membre de l'équipe faisait partie de l'équipe de soins infirmiers. Ces deux regroupements d'écrits ont permis d'inclure des articles approfondissant la conceptualisation de la collaboration et la compréhension du rôle des membres de l'équipe de soins infirmiers au sein d'une équipe de travail, afin d'enrichir l'application de certaines dimensions des pratiques collaboratives à la collaboration dans une équipe de soins. De façon à cerner les différences et les similitudes entre la collaboration intraprofessionnelle et la collaboration interprofessionnelle, il apparaissait nécessaire de détailler, dans la section suivante, les définitions de ces deux concepts.

Définitions de la collaboration

Il semble n'y avoir aucun consensus, dans la littérature, sur la définition du concept de la collaboration, que celle-ci soit intraprofessionnelle ou interprofessionnelle. La pratique de l'équipe de soins infirmiers touche, à la fois, la collaboration intraprofessionnelle, car celle-ci doit s'autoréguler au sein d'une équipe composée de plusieurs infirmières (auxiliaires, cliniciennes et IPS), et la collaboration interprofessionnelle, puisque l'équipe de soins infirmiers collabore avec plusieurs autres professionnels. Une définition intégrant l'ensemble de ces aspects permettrait donc de mieux décrire, de manière complète et réelle, les pratiques collaboratives dans une équipe de soins. Cette section s'appuie sur un ensemble d'écrits scientifiques : articles empiriques (méthodes qualitatives et quantitatives), analyses conceptuelles, revues de littérature et écrits théoriques.

Survol des définitions de la collaboration intraprofessionnelle

Certains articles traitant de la collaboration intraprofessionnelle définissent le concept à l'aide d'une définition de la collaboration au sens général, et donc non appliqué au contexte des professionnels de la santé, ou encore d'une définition de la collaboration interprofessionnelle. Cela vient limiter la compréhension spécifique et conceptuelle de la collaboration intraprofessionnelle. Ce constat soutient néanmoins la pertinence d'approfondir les grandes différences dans les définitions de la collaboration, puisque la pratique de l'équipe de soins infirmiers ne peut se déployer en silo.

Quatre éléments, soit le quoi, le quand, le qui et le pourquoi, se retrouvent généralement dans les définitions proposées, et seront repris dans la prochaine section pour approfondir les différences et les similitudes entre les deux concepts.

Quoi

Cette première catégorie permet d'identifier les principaux concepts des différentes définitions, puis de les définir. L'aspect relationnel est le groupe principal de concepts utilisés dans les définitions de la collaboration intraprofessionnelle recensées pour le rapport. Presque tous les auteurs définissent la collaboration par des concepts misant sur la relation entre les membres de l'équipe de soins infirmiers (Chua et al., 2020; Emich, 2018; Lamont et al., 2014; Moore et al., 2019; Prentice et al., 2020; Shohani et al., 2017; Ylitormanen et al., 2023). Une communication claire et efficace semble être un mécanisme nécessaire pour avoir des pratiques collaboratives efficaces (Chua et al., 2020; Emich, 2018; Shohani et al., 2017; Ylitormanen et al., 2023), principalement pour se partager les informations nécessaires pour effectuer les soins (Chua et al., 2020). La qualité des interactions entre les membres de l'équipe de soins infirmiers est également un mécanisme mis de l'avant dans les écrits. Ces interactions devraient être respectueuses (Emich, 2018; Moore et al., 2019), empreintes de partage (Emich, 2018; Moore et al., 2019; Ylitormanen et al., 2023), de soutien (Ylitormanen et al., 2023) et de confiance (Moore et al., 2019). Cette vision des interactions entre les membres de l'équipe de soins infirmiers permet de garder un climat sain, où les conflits se règlent (Moore et al., 2019).

Ensuite, les définitions recensées intègrent des concepts liés à des aspects individuels, alors que d'autres les lient à des aspects collectifs. Sur le plan individuel, certains auteurs abordent l'importance que les membres de l'équipe de soins infirmiers aient des compétences individuelles permettant les pratiques collaboratives (Lamont et al., 2014; Lemetti et al., 2015; Peterson et al., 2019). D'autres rapportent l'engagement individuel (Lamont et al., 2014; Peterson et al., 2019) ou la contribution individuelle (Shohani et al., 2017; Prentice et al., 2020) comme des éléments primordiaux à la collaboration intraprofessionnelle,

car l'intérêt doit provenir de l'individu afin que celui-ci se transforme en intérêt collectif. D'un point de vue collectif, le concept central semble être l'établissement d'un but commun (Goh et al., 2020; Lemetti et al., 2015; Perterson et al., 2019; Prentice et al., 2020; RNAO, 2016; Ylitormanen et al., 2019) et en moindre mesure, le partage collectif des savoirs, des ressources (Emich, 2018) et de la responsabilité envers les patients (Chua et al., 2020; Shohani et al., 2017), ainsi qu'une vision d'unicité de l'équipe (Lemetti et al., 2015; Moore et al., 2019).

Finalement, le dernier aspect du « quoi » réfère à l'aspect processuel de la collaboration intraprofessionnelle. Comme ces pratiques collaboratives visent à répondre à un contexte de complexité et de changement continu, celles-ci doivent être adaptatives. La collaboration intraprofessionnelle doit donc être décrite comme étant un processus adaptatif face à l'environnement (Lemetti et al., 2015; Moore et al., 2019; Petersen et al., 2019; Shohani et al., 2017; Ylitormanen et al., 2023), mais aussi face aux différents points de vue des professionnels impliqués dans l'équipe (RNAO, 2016).

Quand

La catégorie du « quand » permet d'identifier le contexte où les écrits définissent la collaboration intraprofessionnelle comme étant pertinente et nécessaire. Cinq articles abordent cette catégorie. Une seule définition opérationnalise le contexte par le milieu de soins, soit en milieux hospitaliers ou de services de soins à domicile (Petersen et al., 2019). La majorité des définitions abordant le « quand » ont spécifié le contexte selon le cas clinique. La plupart des écrits définissent le contexte par la complexité des besoins du client (Prentice et al., 2020) ou par la complexité des problèmes de santé (Chua et al., 2020; Emich, 2018; RNAO, 2016). D'autres définitions abordent aussi la pertinence de la collaboration intraprofessionnelle dans un contexte de réforme des soins de santé ou de pénurie de main-d'œuvre au sein de l'équipe de soins infirmiers (Chua et al., 2020). La catégorie du « quand » peut donc se résumer par un contexte de complexité ou de changement, tant clinique qu'organisationnelle.

Qui

Le « qui » permet de définir les professionnels qui devraient être inclus dans la collaboration intraprofessionnelle. Alors que certains visualisent le « qui » comme l'interaction de deux membres de l'équipe de soins infirmiers ou plus (Goh et al., 2020; Lamont et al., 2014; RNAO, 2016), d'autres définissent la composition de l'équipe en termes d'infirmières uniquement (par exemple, la collaboration entre deux infirmières cliniciennes; Emich, 2018; Petersen et al., 2019; Ylitormanen et al., 2023) ou plus largement par une équipe composée d'infirmières et d'infirmières auxiliaires (Chua et al., 2020; Moore et al., 2019; Prentice et al., 2020) et du patient (Ylitormanen et al., 2023). Une précision est tout de même

soulignée par certains auteurs, spécifiant que la collaboration intraprofessionnelle doit se définir par l'interaction de membres d'une même profession (Moore et al., 2019; Prentice et al., 2020; RNAO, 2016). Plus spécifiquement, certains auteurs partagent une vision commune du « qui » de la collaboration intraprofessionnelle, indiquant qu'il s'agit de « collègues partageant la même éducation professionnelle, les mêmes valeurs, la même socialisation, la même identité et la même expérience [traduction libre] (Moore et al., 2019, p. 376-377). Or, le passage de cette définition conceptuelle du « qui » à la pratique retient seulement la notion de valeurs qui doivent être communes au sein de l'équipe intraprofessionnelle. Prentice et al. (2020) expliquent ce choix en soulignant que bien que les infirmières et infirmières auxiliaires n'aient pas la même formation et le même champ d'exercice, elles demeurent des professionnelles de la santé qui ont réussi un examen d'admission à un ordre professionnel et qui partagent les mêmes valeurs fondamentales, telles que le désir d'offrir des soins sécuritaires et compatissants ainsi que préserver la dignité du patient. Cette conception des valeurs fondamentales du « qui » ne semble pas refléter la vision actuelle du rôle complexe et complémentaire de l'équipe de soins infirmiers dans les soins, ni même des différentes compétences nécessaires pour les différents titres professionnels infirmiers. Aussi, l'inclusion de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers (dont les infirmières auxiliaires, cliniciennes et IPS) sous une même profession pourrait créer davantage de confusion de rôles entre ces différents membres, d'autant plus qu'il y a des chevauchements dans leur champ d'exercice. En bref, la catégorie du « qui » ne se conclut pas par un consensus, mais demande une réflexion sur les critères nécessaires pour définir une profession. La majorité des écrits convergent néanmoins vers l'inclusion de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers, donc les infirmières auxiliaires, cliniciennes et IPS, dans la collaboration intraprofessionnelle.

Pourquoi

Le « pourquoi » permet d'identifier la visée de la collaboration intraprofessionnelle. Très peu d'auteurs abordent le pourquoi dans leur définition et ceux qui le font utilisent des concepts relativement larges. Le but de la collaboration intraprofessionnelle serait d'avoir un impact positif sur la pratique de l'équipe de soins infirmiers et sur l'organisation (Moore et al., 2019) ou sur les résultats des patients (Lemetti et al., 2015). Plus spécifiquement par rapport aux patients, Chua et al. (2020) et Goh et al. (2020) mentionnent que la collaboration intraprofessionnelle vise à offrir des soins aux patients, alors que pour le RNAO (2016) et Prentice et al. (2020), elle vise à optimiser la qualité des soins offerts. En résumé, le but ultime de la collaboration intraprofessionnelle se rapporte à des éléments de performance de l'équipe de soins infirmiers.

Survol des définitions de la collaboration interprofessionnelle

Le concept de la collaboration interprofessionnelle a largement été défini dans la littérature scientifique. Or, aucun consensus n'a été établi concernant la définition à retenir. Le survol des définitions de la collaboration interprofessionnelle s'est appuyé sur plusieurs définitions, certaines contenant moins d'éléments et donc étant plus simples. La majorité des définitions comprenaient plusieurs éléments et se voulaient beaucoup plus complexes que les définitions recensées pour la collaboration intraprofessionnelle. Afin de faciliter la comparaison entre les définitions de la collaboration intra et interprofessionnelle et ainsi identifier les différences et les similitudes entre les définitions, les mêmes éléments de définition (quoi, quand, qui et pourquoi) seront utilisés.

Quoi

Une première différence marquante entre le « quoi » des définitions de la collaboration intraprofessionnelle et celles de la collaboration interprofessionnelle est que la première mise principalement sur les aspects relationnels de l'équipe de soins infirmiers, alors que la dernière mise autant sur les aspects relationnels que sur les aspects collectifs de l'équipe de soins. Cela permet de conceptualiser la définition de manière plus explicite, en décrivant des aspects moins axés sur les volontés personnelles.

Plus spécifiquement, l'aspect relationnel de la collaboration interprofessionnelle est aussi caractérisé par l'importance de la communication au sein de l'équipe, décrite comme efficace, ouverte et fréquente (Alexanian et al., 2015; Bookey-Basset et al., 2016; Contandriopoulos et al., 2015; Gharaveis et al., 2018; Grover et al., 2017; House et Havens, 2017; O'Leary, 2016; Sangaleti et al., 2017; Sims et al., 2015) ou catégorisée en communication tactique ou en communication ouverte, efficiente et équitable (Hewitt et al., 2015). La communication permet aussi, selon certains auteurs, de négocier au sein d'une équipe détenant diverses expertises et parfois, divers points de vue (Dietz et al., 2014; Franklin et al., 2015), permettant ainsi d'établir des relations basées sur la confiance et le respect mutuel entre les membres de l'équipe interprofessionnelle (Bell et al., 2018; Franklin et al., 2015; House et Havens, 2017; Sangaleti et al., 2017; van Schaik et al., 2014) et permettant la résolution de conflits (Bell et al., 2018; Ghavareis et al., 2017; Grover et al., 2017; Sangaleti et al., 2017). Cette négociation est aussi nécessaire afin d'établir des relations de partenariat entre les membres de l'équipe interprofessionnelle, et ainsi favoriser une perspective égalitaire entre les membres (Bookey-Basset et al., 2016; Donovan et al., 2018; House et Havens, 2017; Franklin et al., 2015), sans hiérarchie (Alexanian et al., 2015; van Schaik et al., 2014). Certains caractérisent même la relation entre les membres de l'équipe interprofessionnelle comme étant du réseautage (Alexanian

et al., 2015). Ainsi, le processus interpersonnel (Bookey-Basset et al., 2016; Dietz et al., 2014) exigé par les pratiques collaboratives interprofessionnelles oblige les membres de l'équipe à partager (Franklin et al., 2015; O'Leary, 2016; Sangaleti et al., 2017) et créer une cohésion d'équipe (Bell et al., 2018; Franklin et al., 2015), permettant le développement d'une identité d'équipe (Alexinan et al., 2015). Finalement, afin de maintenir des relations saines et propices à la collaboration interprofessionnelle, les membres de l'équipe interprofessionnelle se doivent de maintenir une communication fréquente (Sangaleti et al., 2017), caractérisée par le respect, la confiance et l'absence de hiérarchie, et permettant de créer une cohésion et une identité d'équipe.

Par rapport à l'aspect collectif, tout comme pour les définitions de la collaboration intraprofessionnelle, celles de la collaboration interprofessionnelle accentuent la coordination du travail d'équipe dans le but d'atteindre un objectif commun (Bookey-Basset et al., 2016; Dietz et al., 2014; Donovan et al., 2018; Driskell et al., 2018; Franklin et al., 2015; Gharaveis et al., 2017; Grover et al., 2017; House et Havens, 2017; Levesque et al., 2017; O'Neill et al., 2020; Sims et al., 2015). Par contre, les définitions de la collaboration interprofessionnelle mettent l'accent particulièrement sur l'importance de la clarté des rôles et des responsabilités de chacun des membres de l'équipe de soins (Alexinan et al., 2015; Contandriopoulos et al., 2015; Franklin et al., 2015; Sims et al., 2015), afin d'assurer leur pleine utilisation des compétences et connaissances (Bell et al., 2018; Gharaveis et al., 2017; Pursio et al., 2021; van Schaik et al., 2014), et ainsi, viser l'interdépendance des membres de l'équipe (Alexinian et al., 2015; Bell et al., 2018; Bookey-Basset et al., 2016; Dietz et al., 2014; Franklin et al., 2015; Grover et al., 2017; Sangaleti et al., 2017). Le soin est abordé comme une action collective (Franklin et al., 2015), basé sur une compréhension, des décisions et une planification collectives (Alexanian et al., 2015; Bell et al., 2018; Bookey-Basset et al., 2016; Franklin et al., 2015; Gharaveis et al., 2017; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015; House et Havens, 2017; Korner et al., 2016; Levesque et al., 2017; O'Leary, 2016; Sangaleti et al., 2017; van Schaik et al., 2014).

Sur le plan des aspects individuels, les définitions de la collaboration intraprofessionnelle font surtout référence à la complémentarité des compétences et des activités individuelles, ainsi qu'au désir individuel. Bien que ces aspects soient aussi présents dans les définitions de la collaboration interprofessionnelle (Bell et al., 2018; Dietz et al., 2014; Driskell et al., 2018; Pursio et al., 2021; van Schaik et al., 2014), celles-ci soulignent plus spécifiquement l'importance de l'autonomie individuelle (Donovan et al., 2018; O'Neill et al., 2020; Pursio et al., 2021). Finalement, certains écrits mentionnent l'importance de caractéristiques individuelles (Driskell et al., 2018; van Schaik et al., 2014), sans toutefois élaborer davantage.

Le dernier aspect du « quoi », soit l'aspect processuel, ne diffère pas des définitions recensées dans les définitions de la collaboration intraprofessionnelle. Ainsi, la vision d'un processus évolutif, dynamique et adaptatif des pratiques collaboratives est tout aussi importante pour la collaboration interprofessionnelle (Bookey-Basset et al., 2016; Dietz et al., 2014; Gharaveis et al., 2017; Grover et al., 2017; Sangaleti et al., 2017).

Quand

La réponse au contexte de la collaboration interprofessionnelle, le « quand », est similaire à celui de la collaboration intraprofessionnelle. Effectivement, très peu de définitions abordent cette catégorie, au compte de six pour les définitions de la collaboration interprofessionnelle. Bien que la majorité de ces définitions soient contextualisées à la première ligne, plusieurs abordent, tout comme pour la collaboration intraprofessionnelle, le contexte de complexité afin de justifier la pertinence des pratiques collaboratives. Par exemple, certains auteurs contextualisent la collaboration aux cas complexes (Gharaveis et al., 2017; Sangaleti et al., 2017) et aux besoins complexes (Franklin et al., 2015), alors que Bookey-Basset et al. (2016) et Levesque et al. (2017) spécifient la complexité dans un contexte de conditions chroniques en première ligne. Ainsi, le milieu de soins (hospitalisation ou première ligne) ne semble pas modifier le contexte des pratiques collaboratives. La complexité organisationnelle a également été soulignée dans un écrit de la collaboration interprofessionnelle, en abordant la pertinence de cette pratique selon les caractéristiques organisationnelles, comme les conditions de travail (Peduzzi et Agreli, 2018).

Qui

Les définitions de la collaboration interprofessionnelle n'ont pas inclus de titres professionnels spécifiques, mais la majorité d'entre elles abordaient le « qui » par l'ensemble des professionnels de la santé (Alexanian et al., 2015; Bookey-Basset et al., 2016; Franklin et al., 2015; Hojat et al., 2015; Korner et al., 2016; Sangaleti et al., 2017) ou plus largement, par une équipe interagissant ensemble (Bell et al., 2018; Gharaveis et al., 2017; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015; O'Leary, 2016; O'Neill et al., 2020; Sims et al., 2015; van Schaik et al., 2014). Aussi, comme pour la collaboration intraprofessionnelle, certains auteurs ont ajouté le patient et sa famille à l'équipe interprofessionnelle (Bookey-Basset et al., 2016; Hojat et al., 2015; Korner et al., 2016). Bookey-Basset et al. (2016) spécifient aussi que la composition de l'équipe doit être flexible et évoluer selon les besoins des patients. Bell et al. (2018), quant à eux, ajoutent que l'évolution doit se faire par rapport aux attributs personnels des membres de l'équipe de soins, puisque certaines personnes travaillent mieux ensemble. La composition de l'équipe devrait avoir une visée de

complémentarité, tant sur le plan des compétences que sur celui des expériences antérieures (Dietz et al., 2014; Donovan et al., 2018; Levesque et al., 2017). Selon la revue systématique de Dietz et al. (2014), la durée de cette collaboration devrait être prédéterminée, afin que celle-ci ne soit pas systématique, mais plutôt décidée en fonction des besoins des patients. En bref, les écrits abordent le « qui » comme un regroupement de professionnels de la santé (par exemple, une infirmière clinicienne, un médecin et une physiothérapeute), complémentaires les uns avec les autres, dont la relation est flexible et évolutive selon les besoins du patient.

Pourquoi

Deux visées ont été identifiées relativement à la collaboration interprofessionnelle. Premièrement, certaines définitions indiquent que le but d'exercer des pratiques collaboratives est d'atteindre efficacement les objectifs de soins de l'équipe (Bell et al., 2018; Dietz et al., 2014; Driskell et al., 2018; Gharaveis et al., 2017; O'Neill et al., 2020). Ainsi, la collaboration interprofessionnelle a une visée plus court terme, en étant spécifique à un épisode de soins. Au même titre, d'autres écrits opérationnalisent le but de cette pratique par l'amélioration des soins aux patients (Bell et al., 2018; Bookey-Basset et al., 2016) ou par une absence de duplications ou d'omissions de soins (Sims et al., 2015). Deuxièmement, les définitions identifient le but des pratiques collaboratives comme étant l'amélioration de la performance des équipes (Driskell et al., 2018), de la qualité des soins (Franklin et al., 2015; Hojat et al., 2015) ou des résultats de l'équipe (mesurés, par exemple, par la satisfaction, l'efficacité, l'engagement; Dietz et al., 2014; Driskell et al., 2018) ou du patient (mesurés, par exemple, par une diminution de préjudices ou d'évènements indésirables; Alexanian et al., 2015; Dietz et al., 2014; Gharaveis et al., 2017).

Ainsi, il existe plusieurs distinctions entre les définitions recensées de la collaboration intra et interprofessionnelle, principalement en lien avec les concepts clés de la définition (le « quoi ») et les membres impliqués dans l'équipe (le « qui »). L'intégration de ces éléments de définitions au concept de collaboration dans une équipe de soins amène à prioriser certains de ces éléments. Cette priorisation s'est effectuée par une réflexion sur les caractéristiques de la pratique infirmière au Québec, dont les particularités de la composition de l'équipe de soins et des dynamiques intraprofessionnelles.

Définition de la collaboration dans une équipe de soins

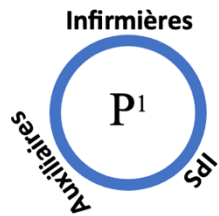
Afin d'obtenir une définition complète de la collaboration dans une équipe de soins, celle-ci doit inclure les quatre catégories d'éléments constitutifs recensées dans la littérature (quoi, qui, quand et

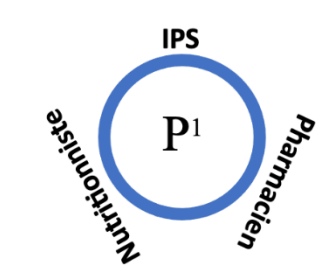
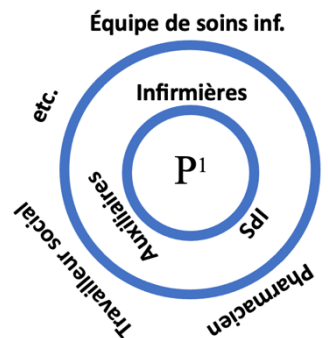
pourquoi) et refléter les deux niveaux de collaboration (intra et interprofessionnelle). La définition développée dans le cadre de ce rapport est la suivante :

La collaboration dans une équipe de soins se décrit comme étant un processus évolutif et adaptatif, impliquant l'interaction d'au moins deux membres d'une même profession, ou l'interaction d'au moins deux professionnels de la santé de professions différentes. Ces professionnels ont des compétences et des connaissances nécessaires à une pratique autonome, mais interdépendante, et dont la complémentarité des rôles permet une pratique optimale vers l'atteinte de la performance de leur équipe. Leurs pratiques collaboratives sont basées principalement sur leur compréhension du rôle et des activités de chacun, la communication, le partenariat, l'égalité, la confiance et le respect mutuel, leur permettant ainsi d'élever leur vision du soin vers une action collective, ayant un objectif commun, défini et reconnu par tous, afin de répondre à la complexité des besoins et problèmes des patients.

Ainsi, cette définition permet d'inclure les éléments de définitions des pratiques collaboratives au sein d'une équipe intra et interprofessionnelle, principalement recensés dans les écrits en sciences infirmières. Cette combinaison permet de définir la collaboration dans une équipe de soins, en soulignant l'importance de réfléchir à la collaboration tant au sein de l'équipe de soins infirmiers que celle impliquant les autres professionnels de la santé. Le tableau 1 décrit, à l'aide d'exemples, les différences du « qui » entre la collaboration intraprofessionnelle, la collaboration interprofessionnelle et la collaboration dans une équipe de soins.

Tableau 1. Exemples d'acteurs impliqués selon les différents types de collaboration

Types de collaboration	Exemples
Collaboration intraprofessionnelle	

Collaboration interprofessionnelle	
Collaboration dans une équipe de soins	

¹ P : Patient et sa famille

Modèle théorique : dimensions et mécanismes de la collaboration

Le deuxième objectif du premier volet de ce rapport est de proposer un modèle théorique de la collaboration dans une équipe de soins, basé sur un modèle existant.

[Retour sur le modèle du RNAO \(2016\)](#)

La limite principale du modèle du RNAO remet en question la pertinence de l'utilisation de ce modèle pour refléter la pratique collaborative de l'équipe de soins infirmiers en première ligne au Québec. Un écart important existe entre la définition de la collaboration dans une équipe de soins développée à la suite de la recension des écrits et le modèle du RNAO (2016). Effectivement, une incompatibilité existe entre le « pourquoi » du RNAO (2016) et la définition du rapport. Le modèle du RNAO (2016) vise, rappelons-le, à établir des milieux de travail sains, soit un objectif tout à fait valable, mais qui ne correspond pas à la visée de ce rapport. Effectivement, le modèle du RNAO utilise la collaboration intraprofessionnelle comme *input* visant les milieux sains comme *output*, alors que la réflexion de ce rapport est plutôt une visée de collaboration dans une équipe de soins comme *output*, dans le but d'améliorer la performance des

équipes. Ainsi, afin de mieux refléter les différentes composantes de la définition de la collaboration dans une équipe de soins, un nouveau modèle théorique sera utilisé.

Description du modèle de Levesque et al. (2017)

L'article de Levesque et al. (2017) a été répertorié lors de la recension des écrits du premier volet de ce rapport et aborde la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins de première ligne. Reconnaissant, tout comme la définition proposée dans ce rapport, l'interdépendance des professionnels de la santé et l'importance de la compréhension des rôles de chacun, les auteurs identifient certaines barrières à la collaboration interprofessionnelle en première ligne, comme le flou entre les frontières professionnelles et le manque de communication entre les professionnels de la santé. L'une des forces de ce modèle est qu'il a été développé afin de refléter spécifiquement les pratiques professionnelles en première ligne, à partir de recherches empiriques dans trois pays (Canada, États-Unis et Australie) et de l'expérience des chercheurs. Ainsi, le modèle de Levesque et al. (2017), composé de quatre dimensions, propose une vision plus tangible de la collaboration interprofessionnelle et cohérente avec la définition proposée dans ce rapport. La première dimension est la dimension **structurelle**. Celle-ci fait référence à ce qui crée l'équipe en termes de ressources humaines, matérielles et financières. La dimension **opérationnelle** regroupe l'ensemble des procédés en place pour organiser les activités cliniques des membres de l'équipe dans leur pratique quotidienne, notamment les protocoles de soins et les discussions de cas cliniques. La troisième dimension regroupe les aspects **relationnels** des pratiques collaboratives. Ainsi, cette dimension concerne les éléments qui caractérisent les relations interpersonnelles dans l'équipe, comme la cohésion d'équipe ainsi que la confiance et le respect mutuels. La dimension **fonctionnelle** complète le modèle et réfère à l'adaptation et l'intégration de l'équipe afin d'assurer l'atteinte d'objectifs communs. Les capacités d'adaptation et d'intégration de l'équipe se développent notamment par une connaissance des rôles de chacun et par l'établissement d'une vision collective. L'ensemble de ces dimensions interagissent entre elles, ce qui signifie qu'en intervenant sur une dimension spécifique du modèle, il pourrait y avoir un effet sur les trois autres dimensions. Les quatre dimensions impliquent des mécanismes de collaboration distincts. Les différents écrits recensés pour ce rapport ont été catégorisés selon les dimensions du modèle de Levesque et al. (2017) afin de construire un modèle théorique applicable à la collaboration dans une équipe de soins. Les mécanismes les plus couramment recensés dans la littérature sont décrits dans les lignes qui suivent.

- **Caractéristiques personnelles** : Certains auteurs mentionnent que les pratiques collaboratives ne sont possibles que lorsque certaines caractéristiques personnelles sont présentes chez les individus de l'équipe de soins (Bell et al., 2018; Driskell et al., 2018; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015; Lemetti et al., 2015; Moore et Prentice, 2015). Ces caractéristiques correspondent aux compétences (Lamont et al., 2014; Lemetti et al., 2015; Peterson et al., 2019), souvent développées au fil des années d'expérience (Dietz et al., 2014; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015), permettant, du point de vue de l'individu, une confiance et une flexibilité dans sa pratique professionnelle (Hewitt et al., 2015), et du point de vue de l'équipe, une crédibilité professionnelle (Moore et Prentice, 2015). La présence de motivation et l'engagement individuel à promouvoir des pratiques collaboratives sont également des facteurs facilitants (Lemetti et al., 2015).
- **Composition de l'équipe de soins** : Il est important de réfléchir aux professionnels à inclure dans l'équipe de soins afin de s'assurer de répondre aux besoins des patients (Bookey-Basset et al., 2016; Driskell et al., 2018; Grover et al., 2017; Hojat et al., 2015; Korner et al., 2016). Cette réflexion doit se baser sur les expertises et le champ d'exercice de chacun des professionnels afin d'optimiser le travail à faire (Lemetti et al., 2015).
- **Taille de l'équipe de soins** : La taille de l'équipe peut avoir un impact, tant positif que négatif, sur les pratiques collaboratives. Une grande équipe permet d'avoir plus de ressources humaines, et donc, d'augmenter le bassin d'habiletés, perspectives et compétences dans l'équipe (Driskell et al., 2018). Par ailleurs, les grandes équipes peuvent exiger davantage d'efforts en termes de coordination des soins (Driskell et al., 2018; Prentice et al., 2020). La taille de l'équipe de soins doit donc être réfléchie en fonction de la charge de travail de l'équipe et doit prendre en compte le temps nécessaire pour assurer l'efficacité des pratiques collaboratives (Lemetti et al., 2015).
- **Stabilité de l'équipe de soins** : Trois articles soulèvent l'impact de l'instabilité des équipes sur la collaboration dans l'équipe de soins (Humphrey et Aime, 2014; Moore et al., 2019; Prentice et al., 2020). La stabilité de l'équipe de soins a un impact direct sur les autres dimensions du modèle, mais Humphrey et Aime (2014) contextualisent ce mécanisme en soulignant l'importance d'évaluer l'impact de l'instabilité sur chacune des équipes, puisque ce dernier pourrait varier selon la composition de l'équipe et certaines caractéristiques personnelles.
- **Espace de travail** : Cet aspect doit être perçu comme un mécanisme stratégique permettant la collaboration au sein de l'équipe. Les espaces de travail doivent être présents et fonctionnels afin de permettre aux équipes de discuter ensemble de manière formelle et informelle (Contandriopoulos et al., 2015; Hewitt et al., 2015).

Dimension opérationnelle

- **Coordination des soins** : Ce mécanisme est abordé par cinq écrits recensés dans la littérature (Contandriopoulos et al., 2015; Henry et al., 2014; House et Havens, 2017; Lemetti et al., 2015; Moore et al., 2019). Cette coordination permet au patient d'obtenir efficacement l'ensemble des soins nécessaires (House et Havens, 2017) et est perçue, par les patients, comme étant un élément de fluidité du travail de l'équipe de soins (Henry et al., 2014). Selon Lemetti et al. (2015), l'infirmière doit user de son leadership pour déployer efficacement ce mécanisme nécessaire à la collaboration au sein de l'équipe de soins.
- **Communication efficace** : Dans ce type de communication, le partage d'information est vu comme un processus permettant d'emmagasiner et d'échanger des informations afin de les utiliser pour prendre les décisions nécessaires pour le soin aux patients et atteindre l'objectif visé par l'équipe (Chua et al., 2020; Gharaveis et al., 2017; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015; Humphrey et Aime, 2014; Moore et Prentice, 2015; Ylitormanen et al., 2023). Ce partage permet d'assurer à tous les membres de l'équipe de soins de conserver la même vision du soin (Contandriopoulos et al., 2015; Franklin et al., 2015; O'Leary, 2016; Sangaleti et al., 2017). Afin de conserver une communication efficace, Lemetti et al. (2015) soulignent l'importance d'utiliser la même terminologie et de ne pas tenter d'impressionner les autres membres de l'équipe par l'utilisation de mots complexes et sans valeur ajoutée. Plusieurs outils ou méthodes peuvent être utilisés afin d'optimiser ce type de communication dans l'équipe (Lemetti et al., 2015).

Dimension relationnelle

- **Respect et confiance mutuelle** : La présence du respect et de la confiance mutuelle dans l'équipe facilite la communication ouverte, sans peur de représailles ou de jugements (Bell et al., 2018; Chapman et al., 2015; Emich, 2018; Franklin et al., 2015; House et Havens, 2017; Moore et al., 2019; Sangaleti et al., 2017; van Schaik et al., 2014). Le respect et la confiance doivent être présents sur le plan personnel, mais aussi professionnel, selon les rôles et fonctions de chacun dans l'équipe (Emich, 2018). Lorsqu'une situation négative personnelle se produit, les membres impliqués doivent être en mesure de l'aborder afin d'assurer l'harmonie au sein de l'équipe (Goh et al., 2020). Le respect et la confiance mutuelle peuvent se traduire par des actions coopératives dans les équipes (Contandriopoulos et al., 2015; Franklin et al., 2015; Humphrey et Aime, 2014) ou en partageant

l'utilité et la valeur ajoutée des autres membres de l'équipe de soins (Franklin et al., 2015; Lemetti et al., 2015).

- **Absence de hiérarchie** : Les auteurs sont consensuels par rapport à ce mécanisme. Tous les membres de l'équipe de soins doivent être perçus comme étant égaux (Alexanian et al., 2015; Bookey-Basset et al., 2016; Contandriopoulos et al., 2015; Donovan et al., 2018; Franklin et al., 2015; House et Havens, 2017; van Schaik et al., 2014), et ce, malgré les différents niveaux de formation dans l'équipe de soins (Limoges et al., 2018). Ainsi, chaque proposition doit être réfléchie en fonction des intérêts du patient, indépendamment du titre professionnel ou de l'expérience dans l'équipe de soins (Hewitt et al., 2015).
- **Communication ouverte** : Ces communications doivent servir à aborder les attentes professionnelles de chacun, mais aussi d'aborder des sujets plus personnels, afin que l'ensemble des membres de l'équipe de soins puissent avoir le sentiment de se connaître (Alexanian et al., 2015; Bookey-Basset et al., 2016; Contandriopoulos et al., 2015; Gharaveis et al., 2018; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015; House et Havens, 2017; Moore et al., 2019; O'Leary, 2016; Sangaleti et al., 2017; Sims et al., 2015). Certains auteurs opérationnaliseront ce type de communication par l'entremise d'une écoute active et d'une participation active afin de démontrer de l'intérêt dans la poursuite d'une relation avec les membres de l'équipe (Hewitt et al., 2015; Moore et Prentice, 2015).
- **Relations interpersonnelles** : La promotion et le maintien des relations interpersonnelles positives est un mécanisme important de la dimension relationnelle des écrits recensés (Contandriopoulos et al., 2015; Driskell et al., 2018; Moore et Prentice, 2015; Moore et al., 2019; Prentice et al., 2020). Ce mécanisme se traduit par l'acquisition d'habiletés relationnelles qui permettent l'interaction et la connexion des membres de l'équipe de soins (Moore et al., 2019). Son développement est proportionnel au nombre d'heures travaillées ensemble (Moore et Prentice, 2015). Les situations vécues dans un contexte de soins ne sont pas toujours évidentes, tant cognitivement qu'émotionnellement. Ainsi, Grover et al. (2017) décrivent l'importance, pour les infirmières, de pouvoir discuter du cas clinique et des interventions effectuées, mais aussi d'évacuer le stress du travail en faisant une activité entre collègues à la fin de la journée. L'augmentation du nombre et de la qualité des interactions sociales d'une même équipe semble avoir des effets bénéfiques sur les relations professionnelles (Grover et al., 2017). Grâce à ces activités, il est plus probable de découvrir les intérêts communs, professionnellement et personnellement, entre les membres d'une même équipe, ce qui aide à créer un sentiment d'appartenance à l'équipe de soin (Moore et Prentice, 2015).
- **Gestion de conflit** : Afin d'assurer les pratiques collaboratives, l'équipe de soins doit être en mesure de prendre ses responsabilités dans la gestion de conflit et la résolution de désaccord (Bell et al.,

2018; Driskell et al., 2018; Ghavareis et al., 2017; Grover et al., 2017; Prentice et al., 2020; Sangaleti et al., 2017). Ayant des expériences et des schèmes de pensées qui peuvent être différents, ou même en contradiction, les membres de l'équipe de soins doivent faire preuve d'ouverture en s'assurant de respecter chacun des points de vue et en priorisant les intérêts du patient (Driskell et al., 2018).

- **Cohésion d'équipe** : Il faut être en mesure de discuter au sein de l'équipe de soins afin de s'assurer que les erreurs soient vues comme un apprentissage d'équipe plutôt qu'une erreur individuelle, en blâmant un membre en particulier de l'équipe (Hewitt et al., 2015). Certains auteurs abordent cet aspect par le biais d'une culture de soutien, afin d'avoir une vision positive de ce mécanisme (Moore et al., 2019).

Dimension fonctionnelle

- **But commun** : L'établissement d'un but commun permet à chacun des membres de l'équipe de soins d'orienter son action individuelle vers une même finalité (Bookey-Basset et al., 2016; Dietz et al., 2014; Donovan et al., 2018; Driskell et al., 2018; Franklin et al., 2015; Gharaveis et al., 2017; Goh et al., 2020; Grover et al., 2017; House et Havens, 2017; Lemetti et al., 2015; O'Neill et al., 2020; Perterson et al., 2019; Prentice et al., 2020; RNAO, 2016; Sims et al., 2015; Ylitormanen et al., 2019).
- **Action collective** : Ce mécanisme permet à toute l'équipe de soins de voir la valeur ajoutée des efforts collectifs, et donc d'actions concertées et complémentaires, comparativement aux efforts individuels ou provenant d'une seule discipline (Alexanian et al., 2015; Bell et al., 2018; Bookey-Basset et al., 2016; Franklin et al., 2015; Gharaveis et al., 2017; Grover et al., 2017; Hewitt et al., 2015; House et Havens, 2017; Korner et al., 2016; Moore et al., 2019; O'Leary, 2016; Sangaleti et al., 2017; van Schaik et al., 2014). Cette valeur ajoutée peut être effectuée dans une visée d'optimiser les bienfaits aux patients (Franklin et al., 2015; Grover et al., 2017) ou ceux de l'équipe de soins (Chapman et al., 2015).
- **Connaissance des rôles de chacun** : La connaissance des rôles de chacun des membres de l'équipe de soins est primordiale pour assurer les pratiques collaboratives efficaces, mais demande une compréhension de son rôle et de ses responsabilités dans l'équipe, ainsi que de ceux des autres (Alexinian et al., 2015; Chapman et al., 2015; Contandriopoulos et al., 2015; Emich, 2018; Franklin et al., 2015; Grover et al., 2017; Lemetti et al., 2015; Moore et al., 2019; Sims et al., 2015). Chapman et al. (2015) et Emich (2018) vont jusqu'à expliquer l'importance de connaître les forces et les limites de chacun des individus dans l'équipe, afin d'ajuster la pratique de chacun. Cette

connaissance des forces et limites de chacun doit se faire au sein de l'équipe complète, mais aussi au sein de l'équipe intraprofessionnelle, afin d'assurer une bonne délégation des responsabilités (Goh et al., 2020). Cela permet de maximiser l'étendue de la pratique de chacun des professionnels (Moore et al., 2019).

Modèle théorique de la collaboration dans une équipe de soins : proposition

La figure 1 illustre le résultat de la revue de littérature adapté aux dimensions proposées dans l'approche de Levesque et al. (2017). Elle intègre la pratique infirmière au sein d'une équipe interprofessionnelle, par le biais de la collaboration dans une équipe de soins. Les écrits sur les dimensions et les mécanismes de la collaboration dans les équipes de soins ont été intégrés dans chacune des dimensions du modèle schématisé dans le cadre du présent rapport. La dimension structurelle implique que *l'équipe existe*. La dimension opérationnelle implique que l'équipe existe et *travaille ensemble*. La dimension relationnelle implique que l'équipe existe, travaille ensemble et que *ses membres ont des relations interpersonnelles*. La dimension fonctionnelle implique que l'équipe existe, travaille ensemble, que ses membres ont des relations interpersonnelles et qu'ils *travaillent de façon complémentaire pour atteindre des objectifs communs et de s'ajuster au changement*. Il est important de considérer l'approche par paliers, qui permet une fluidité et qui diffère d'une vision par étapes. L'approche par paliers signifie que la collaboration se développe peu à peu dans une équipe, et non pas qu'une dimension doit avoir atteint un niveau maximal de fonctionnement avant d'aborder la suivante. Au contraire, le modèle doit être abordé dans son ensemble afin de faciliter l'identification des problématiques et l'action sur les mécanismes. La dimension structurelle représente la base de la collaboration, tandis que la dimension fonctionnelle représente le plus haut degré d'intégration de la collaboration. Comme les dimensions exercent une influence les unes sur les autres, il est toutefois important d'agir sur l'ensemble des dimensions.

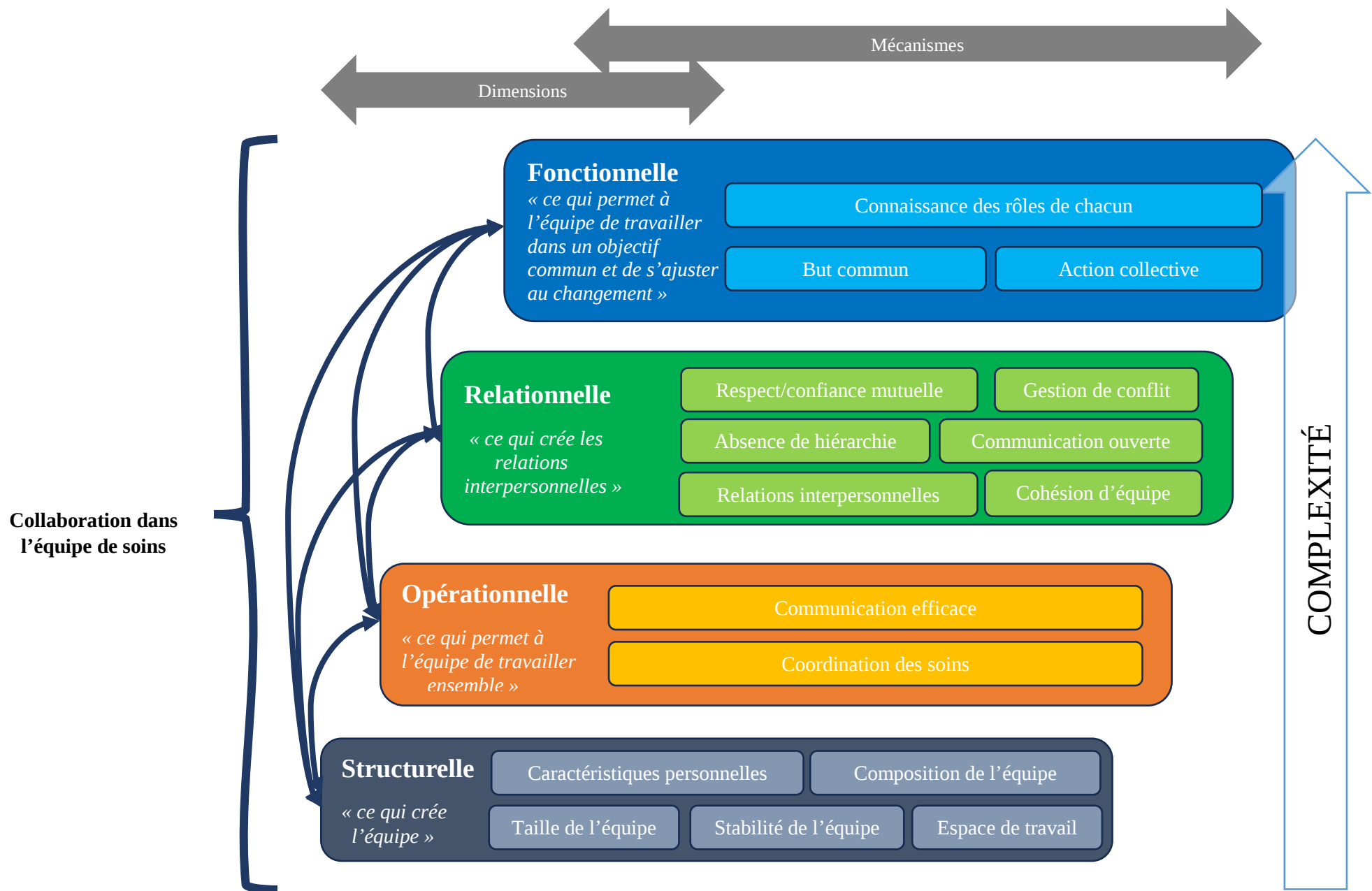


Figure 1. Modèle théorique de la collaboration dans une équipe de soins

Volet 2 – Implantation des pratiques collaboratives

Retour sur l'objectif du volet 2

Ce deuxième volet du rapport vise à soutenir l'introduction et l'adoption du modèle de collaboration dans une équipe de soins en première ligne. La première partie du volet présente une synthèse des résultats d'une recension de la littérature sur les activités et les outils qui ont montré des résultats favorables sur les pratiques collaboratives des professionnels de la santé. En deuxième partie, des principes de gestion du changement et des stratégies d'implantation sont abordés. La dernière partie du volet survole les principales caractéristiques des soins de première ligne qui peuvent influencer l'implantation des pratiques collaboratives, ainsi que certains éléments de contexte spécifiques au Québec, notamment en lien avec le chevauchement des activités dans l'équipe de soins infirmiers et les ordonnances collectives.

Démarche de recension

Une recension des activités et des outils visant à implanter et à améliorer la collaboration intra et interprofessionnelle a été effectuée dans la littérature scientifique. Les bases de données Medline et CINAHL, de même que le moteur de recherche Google Scholar ont été utilisés en employant des mots-clés et descripteurs sur la collaboration, les pratiques collaboratives, le travail d'équipe, les activités, les outils et les stratégies d'implantation. Les écrits en français et en anglais ont été considérés sans restriction temporelle.

Cette recension a permis de constater que plusieurs études primaires et synthèses de connaissances avaient été produites sur le travail d'équipe et les pratiques collaboratives dans une perspective interprofessionnelle. Une majorité d'entre elles ont été effectuées dans un contexte de soins hospitaliers et de soins aigus. La recension s'est d'abord concentrée sur les synthèses de connaissances, considérant le volume important d'études produites sur des activités et des outils visant à améliorer la collaboration ou le travail d'équipe. Cette première étape a permis d'identifier les activités et les outils les plus souvent utilisés ainsi que ceux qui présentaient des résultats favorables sur différents aspects évalués, notamment sur la satisfaction des professionnels, les compétences interprofessionnelles et les résultats de soins. La deuxième étape de la recension s'est concentrée sur les études primaires, qui rapportaient généralement des informations plus précises sur les caractéristiques des activités et des outils retenus.

Résultats de la recension sur les activités et les outils visant à améliorer les pratiques collaboratives

Les activités et les outils visant à optimiser les pratiques collaboratives sont regroupés en fonction des quatre dimensions proposées dans le modèle de Levesque et al. (2017). Quarante-cinq écrits publiés entre 2005 et 2023 ont été retenus, dont une majorité de synthèses de connaissances, incluant des revues de la portée (n=6), des revues intégratives (n=6), des revues systématiques (n=14), des revues narratives (n=4), des revues de revues systématiques (n=2) et des méta-synthèses (n=2). À ces synthèses de données empiriques s'ajoutent des écrits d'experts dans le domaine de la collaboration et du travail d'équipe (n=11), qui en plus de passer en revue des écrits empiriques sur le sujet, abordent les principes théoriques sous-jacents aux activités visant à optimiser les pratiques collaboratives.

Peu d'études expérimentales sont disponibles sur des activités et des outils visant à améliorer les pratiques collaboratives (Reeves et al., 2017). Les périodes d'évaluation généralement courtes de ce type d'étude, soit moins de 12 mois (Reeves et al., 2017), limitent la capacité à mesurer des résultats sur les soins. Les pratiques collaboratives constituent un processus complexe et leur amélioration prend un certain temps à s'illustrer par des résultats mesurables en termes de performance (Lacerenza et al., 2018; Nancarrow et al., 2013). La présente recension implique ainsi une variété de devis de recherche, la plupart des résultats s'appuyant sur des études qualitatives ou des études quantitatives avec des données auto-rapportées. Ces études ont comme particularité de se concentrer sur la réponse ou sur les perceptions et expériences des cliniciens quant aux effets de ces activités et outils plutôt que sur des résultats directement liés aux patients. Considérant que l'amélioration des pratiques collaboratives ne peut s'effectuer que par une participation active des professionnels de la santé, des résultats favorables notamment en termes de satisfaction, de motivation et d'amélioration du climat de travail, sont des indicateurs pertinents à considérer pour évaluer les effets de ce type d'activités. L'approche retenue pour cibler les activités et les outils les plus prometteurs pour améliorer les pratiques collaboratives a consisté à identifier les activités et outils pour lesquels la littérature présente des principes théoriques ainsi que des données empiriques qui soutiennent de manière cohérente les bénéfices des activités et des outils chez les professionnels ou, dans une moindre mesure, pour des résultats de soins aux patients.

Dimension structurelle

La dimension structurelle des pratiques collaboratives réfère à des modalités organisationnelles, telles que les ressources humaines et matérielles, mises en place pour assurer l'existence de l'équipe (Levesque et al., 2017). Un aspect central de la dimension structurelle concerne la taille et la composition de l'équipe. Les pratiques collaboratives se développent plus facilement dans les équipes de petite taille, soit d'une dizaine de personnes ou moins (Morgan et al., 2015; Mulvale et al., 2016; Perron et al., 2022; Xyrichis et Lowton, 2008). L'équipe devrait être caractérisée par la variété, tant sur le plan du nombre

d'années d'expérience professionnelle que du champ d'exercice (Körner et al., 2016; Nancarrow et al., 2013; Rawlinson et al., 2021). Les caractéristiques de la population desservie devraient être analysées afin d'assurer un alignement optimal entre les besoins de la population et l'étendue des soins offerts par l'équipe (Nancarrow et al., 2013). L'expérience et la vision des membres de l'équipe de soins quant aux pratiques collaboratives devraient être considérées dans le processus d'embauche (Pearson et al., 2006). L'inclusion de professionnels de la santé qui ont connu des expériences favorables de pratiques collaboratives est un facteur facilitant important (O'Reilly et al., 2017; Perron et al., 2022).

Les caractéristiques des lieux physiques constituent un autre aspect à prendre en considération pour des pratiques collaboratives efficaces (Saint-Pierre et al., 2017; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Schadewaldt et al., 2013; Sirimsi et al., 2022; Supper et al., 2015; Wei et al., 2022). Les professionnels de la santé devraient avoir accès à des aires communes dans lesquelles ils peuvent se réunir. Les bureaux et les locaux devraient être situés à proximité les uns des autres, tout en offrant aux professionnels des espaces fermés et privés, où il est possible pour eux de s'isoler lorsqu'ils le souhaitent (Nancarrow et al., 2013; Sirimsi et al., 2022).

Finalement, sur le plan des ressources technologiques, la disponibilité de dossiers médicaux électroniques (Nancarrow et al., 2013; O'Malley et al., 2015) facilite les pratiques collaboratives.

Dimension opérationnelle

La dimension opérationnelle des pratiques collaboratives réfère aux procédures et aux mécanismes mis en place en soutien aux activités cliniques dans l'équipe (Levesque et al., 2017). Les écrits empiriques sur les pratiques collaboratives abordent le besoin pour les professionnels d'avoir recours à des procédures qui facilitent la communication de l'information clinique et la coordination (Martin-Misener et al., 2012; Morgan et al., 2015; Nancarrow et al., 2013; Rawlinson et al., 2021; Rosen et al., 2018; Sirimsi et al., 2022; Sørensen et al., 2018).

Sur le plan de la communication verbale, l'outil SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) est le plus couramment utilisé pour structurer l'échange d'information clinique entre deux professionnels (Buljac-Samardzic et al., 2020; Campbell et al., 2020; Körner et al., 2016; Lo et al., 2021; Müller et al., 2018). Cet outil, initialement conçu pour le transfert d'information lors d'une situation requérant une prise en charge immédiate, a été largement implanté et évalué dans un contexte hospitalier (Buljac-Samardzic et al., 2020). L'outil est utilisé en contexte de soins de première ligne dans une moindre mesure (Müller et al., 2018). Outre la réduction du risque de perte d'information, l'un des principaux avantages de l'utilisation de SBAR est de renforcer la confiance des professionnels lors de l'échange d'information, en particulier chez ceux qui ont moins d'expérience ou dans un contexte où les relations interpersonnelles sont peu développées, tendues ou hiérarchiques (Campbell et al., 2020; Müller et al., 2018).

Sur le plan de la communication écrite, l'utilisation d'outils de documentation standardisés est recommandée, particulièrement dans un format électronique (Fox et al., 2021; Medves et al., 2010; Morgan et al., 2015; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Les outils de documentation standardisés devraient permettre de consigner les notes à un seul endroit, évitant ainsi une double saisie, et contribuer à la rédaction de notes concises et structurées (Medves et al., 2010; Morgan et al., 2015). En contexte de soins de première ligne, l'utilisation d'un outil standardisé de collecte d'information sur des éléments d'évaluation au préalable de la visite médicale, permet une délégation efficace des tâches et évite un dédoublement des activités d'évaluation (Fiscella et McDaniel, 2018). Un tableau affiché au poste de travail des professionnels de la santé peut également être un outil efficace pour communiquer des informations sur les patients dans un contexte de soins de première ligne (Morgan et al., 2015). Les professionnels peuvent par ailleurs créer des espaces de collaboration autour des modalités de communication existantes en développant des moyens qui facilitent la communication entre eux. Schot et al. (2020) donnent l'exemple de professionnels qui impriment et surlignent à la main des informations qu'ils souhaitent partager avec leurs collègues. En contexte hospitalier, l'utilisation d'une liste de vérification intégrée aux dossiers permet un échange d'information efficace (Buljac-Samardzic et al., 2020; Reeves et al., 2017).

Sur le plan de la coordination, les principaux outils qui visent à optimiser les pratiques collaboratives se rapportent à l'utilisation de lignes directrices, de protocoles de soins standardisés (Dietz et al., 2014; Rosen et al., 2018; Schot et al., 2020; Sirimsi et al., 2022) et de fixation d'objectifs. L'utilisation d'outils standardisés avec des critères explicites de référence vers d'autres professionnels, tant dans l'équipe intra (Sirimsi et al., 2022) qu'interprofessionnelle (Schot et al., 2020), facilite le processus de collaboration. En contexte de soins de première ligne, Ghorob and Bodenheimer (2015) suggèrent que l'utilisation d'un outil visuel qui permet de cartographier les processus de travail des membres de l'équipe permet de mieux comprendre les fonctions de chacun, leur ordre et la façon dont les transferts sont effectués entre les membres l'équipe. Sans être standardisé, ce type d'outil peut permettre de clarifier les processus de travail tout en conservant une flexibilité nécessaire au contexte de première ligne (Ghorob et Bodenheimer, 2015).

Toujours en contexte de soins de première ligne, l'utilisation des ordonnances collectives permet d'offrir davantage de soins à davantage de patients, ce qui a un effet positif sur l'accès aux soins (Fiscella et McDaniel, 2018; Ghorob et Bodenheimer, 2015). Une ordonnance collective efficace devrait expliciter les conditions précises dans lesquelles un type spécifique de professionnel peut effectuer les soins (Ghorob et Bodenheimer, 2015).

Les outils de fixation d'objectifs visent à définir des objectifs simples sur le plan individuel et collectif (Lacerenza et al., 2018; Shuffler et al., 2018). Elles permettent de diriger l'attention et les efforts sur des éléments spécifiques et à énergiser l'équipe (Lacerenza et al., 2018). Les échanges, qui se veulent

brefs, impliquent de survoler la planification de l'horaire de soins de la journée ou de revenir sur le déroulement de la journée précédente, par exemple en abordant la gestion du temps, la charge de travail ou la délégation des tâches. Les échanges se concentrent sur l'identification d'objectifs simples pour optimiser le déroulement des activités de chacun (Lacerenza et al., 2018; Shuffler et al., 2018). Dans les écrits empiriques, les activités de fixation d'objectifs prennent le plus souvent la forme de rencontres brèves et régulières, voire quotidiennes, qui ont lieu habituellement en début de journée (Cromp et al., 2015; Fiscella et McDaniel, 2018; O'Malley et al., 2015). Ces rencontres peuvent être structurées à l'aide de questions prédéfinies et adaptées au contexte spécifique des pratiques collaboratives (Fiscella et McDaniel, 2018).

Par ailleurs, l'ensemble de ces outils de communication de l'information clinique et de coordination doivent être intégrés aux processus de travail en place, notamment à l'aide de stratégies d'implantation (Rosen et al., 2018).

Dimension relationnelle

La dimension relationnelle des pratiques collaboratives réfère aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Les écrits sur les pratiques collaboratives décrivent des activités essentiellement en lien avec la communication ouverte et la confiance mutuelle.

Plusieurs activités et outils visent à favoriser des interactions informelles régulières entre les membres de l'équipe (Fox et al., 2021; Morgan et al., 2015; Saint-Pierre et al., 2017; Sirimsi et al., 2022). Le fait d'encourager et de rappeler aux professionnels d'être visibles pour leurs collègues, notamment en les encourageant à laisser la porte de leur bureau ouverte entre les consultations et à fréquenter les aires communes, favorise des discussions cliniques spontanées et les consultations rapides dans l'équipe (Morgan et al., 2015; Saint-Pierre et al., 2017; Sirimsi et al., 2022).

Un autre objectif des interactions informelles est d'échanger avec les collègues sur le plan personnel, par exemple en lien avec la situation familiale, les passe-temps ou sur des ennuis relatifs au travail (Schot et al., 2020; Sirimsi et al., 2022). Les événements sociaux en dehors du travail peuvent également contribuer à l'aspect social (Schot et al., 2020). Ces interactions informelles sont favorisées par l'utilisation d'espaces partagés lors des repas ou des pauses. Bien que les activités mentionnées reposent sur le principe d'être visible pour son équipe, il est également important de respecter le besoin de s'isoler. À ce titre, la fixation et le respect de règles informelles partagées dans l'équipe, par exemple d'éviter de déranger lorsque la porte est fermée, peuvent renforcer des relations interpersonnelles positives (Nancarrow et al., 2013).

Les écrits relatifs à la dimension relationnelle abordent par ailleurs une activité formelle de soutien aux pratiques collaboratives, soit la résolution de conflits (Josi et al., 2020; Lacerenza et al.,

2018; Sangaleti et al., 2017; Shuffler et al., 2018; Sirimsi et al., 2022). La résolution de conflits repose sur une discussion habituellement facilitée par une personne externe au conflit et consiste à décrire la situation problématique, permettre l'expression des sentiments de chacun et identifier des alternatives aux comportements actuels de façon consensuelle (Lacerenza et al., 2018).

Dimension fonctionnelle

La dimension fonctionnelle des pratiques collaboratives réfère à l'intégration et à la complémentarité de l'équipe, notamment par sa capacité à s'ajuster à des changements dans l'environnement et à redéfinir des façons de travailler ensemble (Levesque et al., 2017). Il s'agit de la dimension pour laquelle la littérature est la plus vaste. Il s'agit également de la dimension la plus complexe des pratiques collaboratives (Levesque et al., 2017), alors que le déploiement des activités qu'elle implique nécessite un ajustement spécifique aux caractéristiques de chaque milieu, par exemple en fonction de la composition de l'équipe et de la nature des soins effectués.

Les activités abordées dans la littérature peuvent être classifiées en fonction de leur objectif. La première catégorie d'activités vise à renforcer une vision collective chez les professionnels, qui repose sur leur capacité à concevoir leur travail dans une perspective collective plutôt qu'individuelle (Perterson et al., 2019; Prentice et al., 2020). La seconde catégorie d'activités vise à développer des représentations mentales partagées, qui reposent sur une capacité à anticiper et à prédire les besoins des membres de son équipe (Lacerenza et al. 2018). La troisième catégorie d'activités vise à développer l'adaptabilité de l'équipe, qui repose sur la capacité à ajuster ensemble leurs actions, leurs stratégies et les ressources en fonction de changements (Lacerenza et al. 2018).

Activités en lien avec la vision collective

La vision collective chez les membres de l'équipe se développe essentiellement par des ateliers de sensibilisation, qui visent à transmettre des informations sur l'importance et les bénéfices des pratiques collaboratives (McNaughton et al., 2021; Nancarrow et al., 2013; Schot et al., 2020; Weaver et al., 2014). L'organisation peut également sensibiliser les professionnels à l'emploi du terme *nous* au travail (Schot et al., 2020). L'importance pour chacun des membres de l'équipe de connaître et d'être en mesure d'expliquer son champ d'exercice et ses limites est un aspect important à promouvoir dans une perspective de vision collective (McNaughton et al., 2021; Nancarrow et al., 2013; Schot et al., 2020; Weaver et al., 2014).

Par ailleurs, l'organisation doit démontrer de façon concrète qu'elle soutient une culture d'équipe (Nancarrow et al., 2013). Les principes centraux aux pratiques collaboratives soutenues par l'organisation doivent être visibles pour les professionnels (Nancarrow et al., 2013; Sirimsi et al., 2022;

Sørensen et al., 2018; Valaitis et al., 2018), par exemple en diffusant par différents canaux de communication la valeur ajoutée d'une limitation de la hiérarchie, et de l'importance du respect, de l'autonomie et de l'interdépendance des rôles. La sensibilisation à la vision collective devrait être intégrée au processus d'orientation des nouveaux membres de l'équipe (Sirimsi et al., 2022).

La vision collective de l'équipe peut également être renforcée par le développement d'une charte d'équipe, qui prend la forme d'un contrat moral (Mathieu et Rapp, 2009; Sverdrup et Schei, 2015). Ce contrat, qui peut être écrit ou verbal, vise à établir et à clarifier les attentes mutuelles des membres quant à la manière dont ils travaillent ensemble, par exemple en abordant la question de la tolérance les uns envers les autres (Sverdrup et Schei, 2015). La littérature suggère qu'une charte d'équipe est un outil particulièrement utile à mettre en place lors de la formation initiale de l'équipe puisqu'elle permet d'explicitier certaines valeurs fondamentales (Mathieu et Rapp, 2009; Sverdrup et Schei, 2015).

Activités en lien avec les représentations mentales partagées

Les représentations mentales partagées se développent à travers des activités de clarification des rôles. Les activités de clarification de rôles sont importantes pour comprendre les zones de chevauchement en lien avec les rôles et les responsabilités de chacun (Schot et al., 2020). Schot et al. (2020) suggèrent que les professionnels réussissent à gérer les difficultés qui y sont associées en exprimant leurs opinions et en validant celles des autres. Des rencontres d'échanges structurés sur le champ d'exercice et les zones de chevauchement favorisent ce type de discussion (Lacerenza et al., 2018; Perron et al., 2022; Salas et al., 2005; Schot et al., 2020; Shuffler et al., 2018). Ces discussions peuvent porter sur les rôles et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe de façon générale, ou peuvent s'articuler autour de la prise en charge d'une condition de santé spécifique en utilisant un scénario (Lacerenza et al., 2018). En contexte de soins de première ligne, des activités de discussion basées sur les questions « Qui le fait actuellement? » et « Qui pourrait le faire dans une pratique idéale? » ont démontré des résultats favorables pour la clarification des rôles (Ghorob et Bodenheimer, 2015). Des tableaux écrits peuvent être créés à la suite de ces discussions afin de spécifier les responsabilités actuelles de chaque membre de l'équipe et la répartition idéale des responsabilités souhaitée par l'équipe afin d'en assurer le suivi lors d'une discussion subséquente (Ghorob et Bodenheimer, 2015).

Activités en lien avec l'adaptabilité

Lacerenza et al. (2018) soulignent que des interactions informelles et collégiales peuvent être utiles à court terme, mais que leur efficacité est peu appuyée par les données probantes. La mise en place de rencontres d'équipe structurées, avec une démarche et des objectifs précis, permet le développement de l'adaptabilité de l'équipe (Rawlinson et al., 2021; Sirimsi et al., 2022; Sørensen et al., 2018; Xyrichis et Lowton, 2008). Bien que la fréquence de ces rencontres soit peu définie, des rencontres

hebdomadaires ou mensuelles sont généralement souhaitables (Ghorob et Bodenheimer, 2015; Sirimsi et al., 2022).

Trois principaux types d'activités sont identifiés dans la littérature afin de renforcer la capacité d'adaptabilité et négocier les rôles dans l'équipe de façon continue (Fiscella et McDaniel, 2018). D'abord, le débriefing consiste pour les membres d'une équipe à réfléchir de façon collective sur un épisode ou une expérience de soins (Lacerenza et al., 2018). Un débriefing efficace peut permettre une compréhension partagée des membres quant à leur rôle et leurs responsabilités en lien avec les priorités, les forces et les faiblesses de l'équipe (Lacerenza et al., 2018). L'équipe devrait aborder des exemples positifs et négatifs de comportements liés à l'épisode ou à l'expérience de soins (Lacerenza et al., 2018). Le débriefing en contexte de soins de première ligne implique d'identifier un épisode clinique où plusieurs professionnels dans l'équipe ont été impliqués, et qui a exigé une coordination et une communication (Fiscella et McDaniel, 2018). Dans un contexte hospitalier, le débriefing concerne généralement une situation clinique précise dans laquelle les membres de l'équipe ont été impliqués en même temps (Buljac-Samardzic et al., 2020; Campbell et al., 2020; Dinh et al., 2020).

Ensuite, l'activité de résolution de problèmes implique l'identification d'un problème vécu par l'équipe en lien avec les tâches ou le fonctionnement de l'équipe, une analyse des causes sous-jacentes et la planification d'actions à entreprendre dans un processus de décision partagée (Lacerenza et al., 2018; Mulvale et al., 2016; Shuffler et al., 2018; Sirimsi et al., 2022).

Finalement, la rétroaction, ou le suivi de la performance de l'équipe (Baker et al., 2006; Fiscella et McDaniel, 2018; Körner et al., 2016; Martin-Misener et al., 2012; Morgan et al., 2015; Nancarrow et al., 2013; Rawlinson et al., 2021; Salas et al., 2005), constitue une des activités les plus fréquemment suggérées pour améliorer l'adaptabilité de l'équipe. Le déroulement de la rétroaction est similaire à un processus de résolution de problèmes, à la différence que le problème ciblé est introduit aux professionnels par l'entremise d'information sur des aspects de leur fonctionnement ou de leur performance.

Ces trois types d'activités impliquent la présence d'un animateur qui facilite les échanges, et devraient se conclure par la mise à l'écrit d'un plan d'action afin de faciliter le suivi et promouvoir une responsabilité partagée dans l'équipe, en lien avec les objectifs et les actions ciblés (Lacerenza et al., 2018). Enfin, bien que ces rencontres se concentrent surtout sur des problèmes liés au fonctionnement de l'équipe, il s'agit néanmoins d'occasions pour les gestionnaires de proximité de valoriser les contributions des membres de l'équipe et de souligner les bons coups de l'équipe (Nancarrow et al., 2013).

La formation au travail d'équipe représente un autre volet important des activités proposées pour soutenir des pratiques collaboratives optimales dans les écrits empiriques (Baker et al., 2006; Lacerenza et al., 2018; Miller et al., 2018; Rosen et al., 2018; Shuffler et al., 2018; Singer et al., 2015; Weaver et al., 2014). Dans le cadre des pratiques collaboratives, les résultats les plus favorables se rapportent aux activités d'apprentissage collectif basées sur la résolution de problèmes, qui s'intègrent aux activités de débriefing, de résolution de problèmes et de rétroaction abordées dans les paragraphes précédents.

Enfin, TeamSTEPPS (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*) est un programme de formation au travail d'équipe couramment employé auprès des professionnels de la santé en contexte hospitalier (Buljac-Samardzic et al., 2020). Ce programme repose sur les principes du *Crew Resource Management* (CRM), conçu initialement dans le domaine de l'aviation (King et al., 2008; Thomas, 2011) et qui se concentre sur le renforcement des habiletés de communication, de suivi et de répétition de l'information critique (Buljac-Samardzic et al., 2020). Cette approche implique notamment des activités de simulation à haut réalisme et de jeux de rôles (Buljac-Samardzic et al., 2020; King et al., 2008; Thomas, 2011). Le programme TeamSTEPPS consiste en un programme complet qui adopte une approche systématique d'implantation. TeamSTEPPS vise particulièrement à assurer la sécurité et l'efficacité des soins effectués par les équipes (King et al., 2008; Parker et al., 2019; Thomas, 2011). Il implique des stratégies qui visent le développement de quatre habiletés, soit le leadership, le suivi de la situation, le soutien mutuel et la communication (King et al., 2008). TeamSTEPPS implique des modules de formation ainsi qu'un ensemble d'outils et de stratégies à la disposition des équipes, incluant la surveillance transversale et les listes de vérification (King et al., 2008; Parker et al., 2019; Thomas, 2011).

Principaux constats à la suite de la recension

Bien que plusieurs activités et outils soient proposés, la littérature sur les pratiques collaboratives aborde très peu la façon dont les activités sont introduites pour en favoriser l'adoption quotidienne, soit les stratégies d'implantation (Wensing, Grol, et al., 2020). La seconde étape de cette recension porte ainsi sur les principes de gestion du changement, qui sans être spécifiques aux pratiques collaboratives, fournissent des éléments supplémentaires à intégrer à la démarche d'implantation des activités et des outils visant à soutenir des pratiques collaboratives optimales en contexte de première ligne.

Principes de gestion du changement et stratégies d'implantation

L'introduction des activités et des outils abordés dans la section précédente peut impliquer des changements dans la pratique des professionnels. Cette section présente d'abord des principes généraux d'implantation qui peuvent faciliter l'introduction et l'adoption des activités et des outils visant

l'amélioration des pratiques collaboratives. Des stratégies d'implantation plus spécifiques sont ensuite abordées en lien avec certaines des activités et des outils recensés dans la section précédente.

Principes généraux pour faciliter le changement

À partir de la littérature théorique et empirique sur l'implantation, Grol and Wensing (2020a) présentent cinq principes de gestion du changement qui devraient être pris en compte dans la conception et la mise en œuvre d'activités ou d'outils qui impliquent des changements dans la pratique des professionnels. Le premier principe d'implantation concerne les **bénéfices** que les professionnels de la santé attribuent à l'activité ou à ses retombées potentielles. Les bénéfices peuvent concerner des façons de travailler ou des résultats améliorés dans les soins aux patients. Il est toutefois suggéré que la perception de bénéfices directement liés au professionnel, par exemple en termes de réduction de la charge de travail, de reconnaissance ou de gain financier soit un levier important au changement (Grol et Wensing, 2020a). Le second principe d'implantation concerne la **compatibilité** de l'activité proposée ou de ses retombées potentielles avec les valeurs des professionnels de la santé et les routines établies (Grol et Wensing, 2020a). Le troisième principe d'implantation concerne la **complexité** de l'activité proposée. Le déroulement et l'objectif de l'activité devraient être faciles à comprendre. Le quatrième principe d'implantation réfère à la **visibilité** des retombées associées à l'activité ou à l'outil. La mise en évidence de résultats observables dans les pratiques quotidiennes à la suite de l'introduction de l'activité favorise son adoption à long terme. Finalement, le cinquième principe d'implantation concerne la **flexibilité** de l'activité ou de l'outil. Une activité flexible dont le déroulement peut être adapté aux besoins locaux des professionnels de la santé favorise son adoption en pratique (Grol et Wensing, 2020a).

Stratégies en réponse à des barrières spécifiques

Différentes barrières peuvent se manifester chez les professionnels au cours du processus d'implantation (Grol et Wensing, 2020c; Wensing et Grol, 2020). Des stratégies spécifiques peuvent alors être déployées en réponse à ces barrières. La manifestation d'un **manque d'intérêt envers l'activité proposée**, par exemple lorsque le professionnel ne perçoit pas le besoin ou doute de la pertinence de l'activité, peut être abordée en diffusant l'information ciblée par l'entremise de canaux de diffusion variés. Une approche individuelle avec des explications personnalisées ou une confrontation individuelle du professionnel avec sa propre performance (Grol et Wensing, 2020c) sont également des stratégies à considérer. La rétroaction individuelle ou l'utilisation de la rétroaction par les pairs sont des stratégies qui peuvent également être utilisées lorsque se manifeste un manque d'introspection chez un professionnel. Une manifestation d'un **manque de connaissances ou d'une mauvaise compréhension** peut être abordée en utilisant un soutien visuel et des messages clés, en illustrant le propos avec des

exemples cliniques et en répétant régulièrement l'activité ou la stratégie (Grol et Wensing, 2020c). La manifestation d'**attitudes négatives** peut être abordée en adaptant l'activité aux demandes des professionnels en évoquant directement les attitudes d'opposition et en mobilisant l'influence des professionnels qui se montrent favorables à l'activité proposée (Grol et Wensing, 2020c).

Stratégies d'implantation pour les lignes directrices

Du point de vue de la collaboration interprofessionnelle, l'utilisation des lignes directrices peut permettre de réduire les variations de pratique entre les professionnels ainsi que délimiter le rôle de chaque type de professionnel dans la gestion concomitante d'une condition de santé spécifique (Burgers et al., 2020). L'adoption d'un guide de lignes directrices par les professionnels de la santé repose largement sur son caractère attrayant et accessible. La phase de développement du guide devrait impliquer des consultations avec ses futurs utilisateurs, ainsi qu'une mise à l'essai dans un format pilote (Burgers et al., 2020). Une fois le guide prêt pour la diffusion, les principales stratégies en soutien à son utilisation impliquent d'en produire une version sommaire, d'en faire un algorithme décisionnel qui propose une trajectoire clinique, ou encore une liste de vérification ou un formulaire intégré au dossier des patients (Burgers et al., 2020). Le guide de lignes directrices devrait être introduit aux professionnels lors d'une séance éducative ou par apprentissage autonome à partir de diapositives ou de modules en ligne (Burgers et al., 2020).

Stratégies d'implantation pour les activités éducatives

Les activités éducatives en soutien à l'implantation peuvent prendre quatre formes, soit le matériel éducatif, les séances éducatives, les visites de sensibilisation et l'apprentissage en ligne (Wensing, Fluit, et al., 2020). Le partage de matériel éducatif sous forme écrite démontre à lui seul peu d'efficacité comme activité d'implantation (Wensing, Fluit, et al., 2020). Les séances éducatives interactives et en petit groupe sont généralement associées à une plus grande réceptivité et à un plus grand engagement des participants. Les visites de sensibilisation démontrent une efficacité variable et exigent des ressources importantes (Wensing, Fluit, et al., 2020). Ce type de stratégie d'implantation pourrait être considéré lorsque les changements sont particulièrement difficiles à implanter dans une organisation. Finalement, l'apprentissage en ligne offre des avantages pratiques importants, dont un accès rapide au contenu et la possibilité d'obtenir une rétroaction immédiate sous forme de test. Son efficacité comme stratégie d'implantation n'est toutefois pas démontrée clairement (Wensing, Fluit, et al., 2020). La combinaison de ces différentes formes d'activités éducatives, un alignement entre leur développement et le contexte spécifique d'implantation, ainsi qu'une participation active des utilisateurs sous forme de discussion font partie des facteurs qui favorisent une plus grande efficacité (Wensing, Fluit, et al., 2020).

Stratégies d'implantation pour les activités de rétroaction basée sur la performance

Les activités de rétroaction impliquent une rétroaction d'information sur des aspects de la performance, qui peut concerner les expériences des patients, les résultats de soins, l'organisation des soins, les processus de dispensation des soins ou encore les coûts (Ivers et al., 2020). L'information rapportée aux professionnels de la santé provient généralement de données quantitatives, impliquant ainsi une mesure de certains aspects des soins ou de l'organisation. La rétroaction repose sur le principe que la mesure est nécessaire pour porter l'attention des professionnels sur des aspects de la performance dont ils ne sont pas toujours conscients dans leur pratique quotidienne. La rétroaction est souvent accompagnée d'un inconfort ou d'une réaction de dissonance chez les professionnels et explique une assez faible variance de changement de pratique (Ivers et al., 2020). Les meilleures pratiques pour mettre en œuvre ce type d'activité visent notamment à réduire les réactions négatives. Les recommandations pour la rétroaction impliquent de se concentrer sur des aspects de la performance sur lesquels les professionnels peuvent agir, d'effectuer la rétroaction à travers des interactions avec les professionnels et d'éviter une approche punitive (Ivers et al., 2020).

Pratiques collaboratives dans une équipe de soins en première ligne : définition du contexte d'implantation

Les stratégies d'implantation en soutien à l'introduction des activités et des outils doivent être adaptées aux caractéristiques du contexte spécifique où se déroule l'implantation (Grol et Wensing, 2020b). La prochaine section porte plus spécifiquement sur des caractéristiques du contexte de soins en première ligne qui peuvent influencer l'implantation des pratiques collaboratives.

Caractéristiques du contexte des soins de première ligne

La première ligne est généralement abordée comme un contexte de collaboration complexe (Fiscella et McDaniel, 2018), notamment en raison de la diversité des conditions prises en charge par l'équipe (Fiscella et McDaniel, 2018). Les trajectoires de soins des patients sont généralement moins définies. Les plans de traitements doivent tenir compte d'un ensemble de facteurs, dont les croyances, les préférences, l'environnement familial et les facteurs socioéconomiques (Fiscella et McDaniel, 2018). Les soins de première ligne se caractérisent également par une diversité de modèles organisationnels, qui implique des variations en termes de composition d'équipe et de nature des soins effectués, certains modèles étant axés sur des soins épisodiques et d'autres sur des soins chroniques (Fiscella et McDaniel, 2018; Russell et al., 2018).

Les pratiques collaboratives posent des défis chez les professionnels les plus souvent impliqués dans les équipes de première ligne (Busca et al., 2021; O'Reilly et al., 2017; Supper et al., 2015). Chez les infirmières, le contexte de soins de première ligne peut représenter un changement significatif dans leur pratique et exiger une période d'ajustement, particulièrement en lien avec un grand degré d'autonomie, une étendue de pratique généralement plus grande ainsi qu'une plus grande indépendance dans les décisions (Al Sayah et al., 2014). Par ailleurs, les différents niveaux de formation dans l'équipe de soins infirmiers impliquent des variations dans le champ d'exercice, mais également un chevauchement potentiel de plusieurs de leurs activités cliniques. Dans un contexte où les rôles sont moins définis, la négociation des zones de chevauchement peut représenter un défi supplémentaire pour les pratiques collaboratives (Moore et al., 2019). Pour l'ensemble des membres de l'équipe de soins, le contexte de première ligne est généralement synonyme d'une répartition des tâches peu définie et d'une description limitée des rôles de chacun dans l'équipe (Al Sayah et al., 2014; O'Reilly et al., 2017). Par ailleurs, certains professionnels peuvent éprouver des difficultés à concilier une vision de la première ligne qui préconise le développement de relations longitudinales avec les patients, avec une vision où les soins d'un même patient sont partagés entre les membres de l'équipe (Russell et al., 2018).

La clarification des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe est un enjeu central à des pratiques collaboratives efficaces en soins de première ligne (Martin-Misener et al., 2012; McInnes et al., 2015; Rawlinson et al., 2021; Schadewaldt et al., 2013; Torrens et al., 2020). Une maximisation de la contribution de chacun des membres de l'équipe dans les limites de son champ d'exercice respectif est un élément clé des pratiques collaboratives qui permettent des soins et des services plus performants, notamment en termes d'accès, de continuité et de globalité des soins (Harris et al., 2016; Matthys et al., 2017).

L'ensemble de ces caractéristiques impliquent que des pratiques collaboratives efficaces dans le contexte des soins de première ligne exigent des équipes une grande adaptabilité, et que les activités et les outils qui soutiennent ces pratiques doivent être suffisamment flexibles pour être mobilisés à travers différents modèles organisationnels.

Éléments spécifiques au contexte québécois et données expérientielles sur l'implantation de cliniques d'IPS au Québec

Au Québec, les soins de première ligne sont offerts principalement à travers les modèles de Groupes de médecine de famille (GMF), de Groupes de médecine de famille réseau (GMF-R), des cliniques médicales, des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et plus récemment, des cliniques d'IPS (MSSS, 2021; 2023). À l'intérieur même de ces modèles organisationnels, l'offre de

soins et de services ainsi que la composition et la taille de l'équipe varient de façon importante (MSSS, 2021). Les cliniques d'IPS sont des exemples où il y a des pratiques collaboratives dans une équipe de soins, qui peuvent inclure des IPS, des infirmières cliniciennes et des infirmières auxiliaires (MSSS, 2023), auxquelles s'ajoutent d'autres professionnels de la santé, par exemple des travailleurs sociaux et des nutritionnistes.

À la suite des recensions effectuées dans les volets 1 et 2 de ce rapport, il apparaît que deux éléments importants du contexte québécois sont très peu abordés dans la littérature scientifique sur les pratiques collaboratives : 1) l'utilisation d'ordonnances collectives et 2) la gestion des zones de chevauchement dans l'équipe de soins infirmiers.

L'ordonnance collective est un outil qui permet une pratique plus autonome chez l'infirmière clinicienne ou, dans certains cas, l'infirmière auxiliaire, en lui permettant d'administrer des médicaments et des traitements, et d'effectuer des examens et des soins à un groupe de personnes ou dans une situation clinique spécifique, en précisant des critères et des balises précises d'application (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], s.d.; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], s.d.-a). Un plus grand degré d'autonomie agit comme un levier à la contribution de l'infirmière dans un contexte de collaboration dans une équipe de soins (Pursio et al., 2021).

La répartition des rôles et des responsabilités dans une équipe de soins infirmiers composée d'infirmières avec des titres distincts implique de nombreuses zones de chevauchement considérant que le champ d'exercice des IPS inclut l'ensemble des activités réservées de l'infirmière clinicienne (OIIQ, 2021) en plus de leurs propres activités réservées (OIIQ, 2021). Le champ d'exercice de l'infirmière clinicienne comporte un ensemble d'activités qu'elle peut effectuer de manière autonome, soit sans ordonnance, notamment pour procéder à une évaluation physique et mentale d'une personne qui présente des symptômes, pour déterminer le plan de traitement relié aux plaies, pour procéder à la vaccination et pour effectuer le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes (OIIQ, s.d.-b). Le champ d'exercice de l'infirmière clinicienne comporte également des activités qui nécessitent une ordonnance, notamment pour initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, effectuer des examens et tests diagnostiques invasifs et pour effectuer et ajuster des traitements médicaux. De son côté, le champ d'exercice de l'IPS lui permet notamment de diagnostiquer des maladies, prescrire des traitements, médicaments et examens (OIIQ, 2021). Le développement d'ordonnances collectives peut permettre à l'infirmière clinicienne d'effectuer des consultations de manière indépendante, en précisant les limites de ses activités dans un cas clinique spécifique à la suite d'une évaluation infirmière.

Les zones de chevauchement concernent également les activités de l'infirmière auxiliaire, alors que les champs d'exercice de l'IPS et de l'infirmière clinicienne englobent l'ensemble des activités de l'infirmière auxiliaire. Les activités de l'infirmière auxiliaire requièrent une évaluation préalable par une

infirmière clinicienne ou une IPS, ou une ordonnance individuelle. L'infirmière auxiliaire ne peut pas initier une ordonnance collective qui requiert une évaluation de la condition de santé d'une personne (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec [OIIAQ], 2020), alors que son champ d'exercice ne lui permet que de contribuer à l'évaluation (OIIAQ, 2020).

Si certains outils sont proposés dans la littérature pour coordonner efficacement les soins entre les différents types de professionnels (Ghorob et Bodenheimer, 2015; Rosen et al., 2018; Schot et al., 2020; Sirimsi et al., 2022), aucun écrit recensé n'aborde spécifiquement la coordination d'un point de vue opérationnel à l'intérieur de l'équipe de soins infirmiers. Le processus d'implantation de la clinique-école infirmière universitaire (L'Archevêque, 2023) qui a ouvert ses portes en décembre 2022 et qui implique des soins épisodiques, est un exemple où les ordonnances collectives ont été utilisées comme point de départ au développement d'un algorithme décisionnel qui permet d'orienter les patients vers l'infirmière clinicienne ou l'IPS, dans une perspective de contribution maximale de chaque professionnel. L'algorithme comprend des questions relatives aux symptômes, à la population cible et aux contre-indications, afin de déterminer auprès de quel professionnel la consultation initiale sera effectuée. Bien que l'utilisation de cet algorithme n'ait pas fait l'objet d'une évaluation scientifique jusqu'à maintenant, elle est abordée dans le présent rapport comme une donnée expérientielle en réponse aux limites de la littérature scientifique et à la nécessité de prendre en compte les particularités du contexte québécois.

Volet 3 – Modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne

Retour sur l'objectif du volet 3

Ce troisième volet vise à proposer une version pratique du modèle de collaboration dans une équipe de soins qui intègre les activités et les outils favorables aux pratiques collaboratives chez les professionnels de la santé dans un contexte de première ligne.

Processus de sélection finale des activités et des outils du modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne

Les activités et les outils proposés ainsi que leur démarche d'implantation visent à agir sur un mécanisme de collaboration qui s'inscrit dans une des dimensions du modèle de Levesque et al. (2017). Certains mécanismes proposés dans le modèle théorique présenté à la fin du premier volet de ce document ont été fusionnés considérant les chevauchements entre plusieurs d'entre eux sur le plan pratique. Le choix final des mécanismes repose sur une volonté de représenter tous les aspects distincts dans chacune des dimensions de Levesque et al. (2017) et d'y associer les activités ou outils correspondants dans la littérature.

Le modèle pratique découle d'une analyse 1) des écrits théoriques et empiriques sur les activités et les outils visant à améliorer les pratiques collaboratives chez les professionnels de la santé; 2) des données expérientielles issues du contexte d'implantation au Québec, particulièrement en lien avec les ordonnances collectives et le chevauchement des activités entre les membres de l'équipe de soins infirmiers; 3) des différentes stratégies d'implantation; et 4) des éléments de contexte spécifiques à la première ligne. Par exemple, des programmes standardisés ayant démontré des effets favorables dans des contextes de soins aigus (Buljac-Samardzic et al., 2020) apparaissaient peu cohérents avec la diversité et la flexibilité des modèles de soins en première ligne. De même, ce type de programme vise principalement à assurer la sécurité des soins dans les pratiques collaboratives, qui constitue un enjeu associé surtout aux contextes de soins aigus (Buljac-Samardzic et al., 2020), alors que les pratiques collaboratives en première ligne visent généralement à assurer l'accès, la continuité et la globalité des soins (Russell et al., 2018).

La combinaison de ces quatre sources de données vise à faciliter l'appropriation des démarches proposées par les gestionnaires de proximité et les professionnels de la santé.

Modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne

La figure 2 combine les volets 1 et 2 de ce rapport, en intégrant les aspects théoriques de la définition et des dimensions de la collaboration identifiées dans le premier volet, ainsi que les activités et les outils d'implantation abordés dans le deuxième volet. Cette figure est une représentation visuelle des pratiques collaboratives dans une équipe de soins en contexte de première ligne, souvent très peu abordées de manière concrète dans la littérature.

Dans le but de faciliter l'implantation du modèle pratique de collaboration dans une équipe de soins en première ligne, un guide d'implantation a aussi été développé (Faculté des sciences infirmières, 2023).

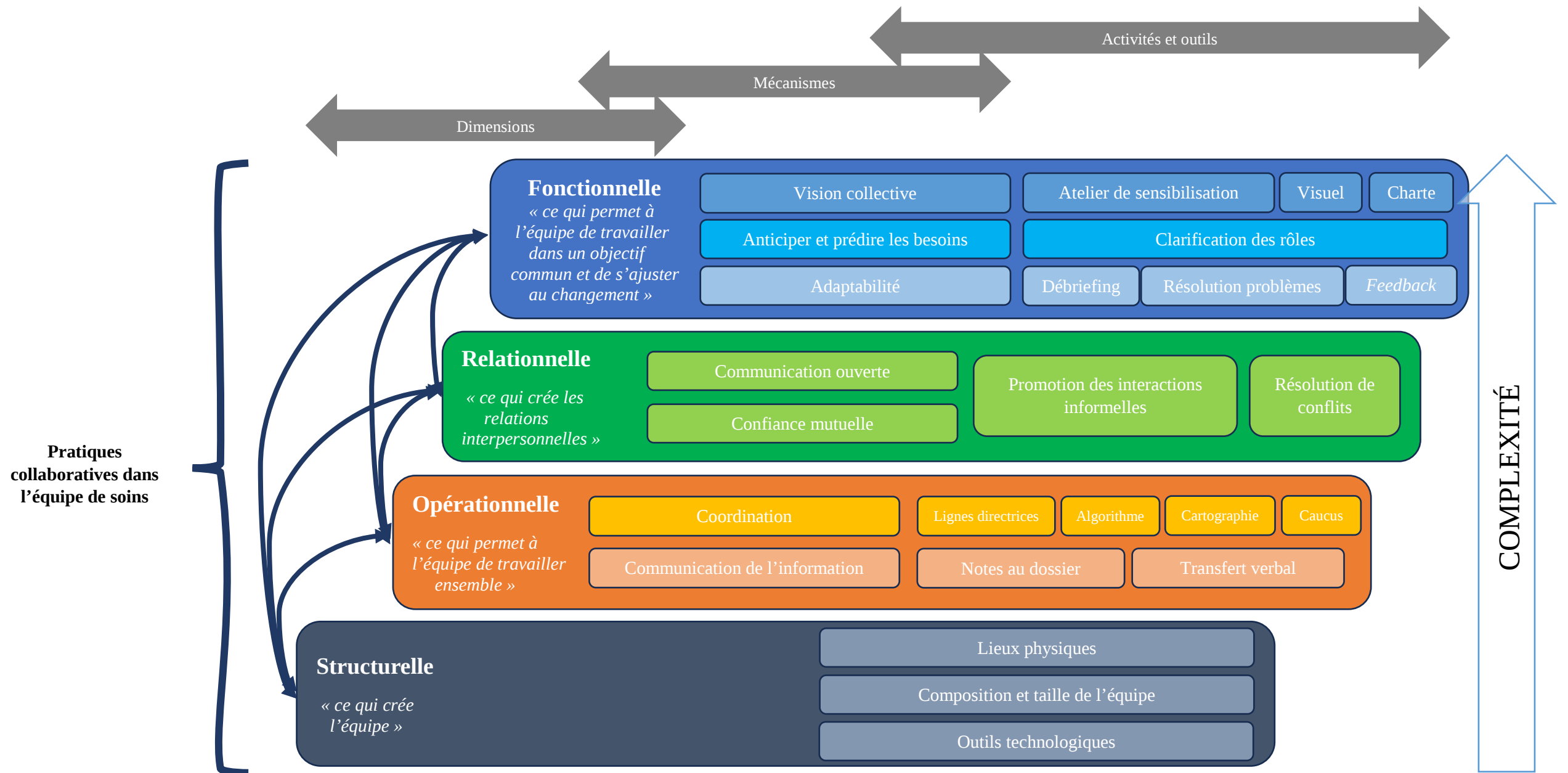


Figure 2. Modèle pratique des pratiques collaboratives dans une équipe de soins de première ligne

Conclusion

Ce rapport vise à soutenir l'implantation d'un modèle de collaboration dans une équipe de soins en contexte de première ligne, mais pourrait être adapté à d'autres contextes de soins. Les modèles développés, théoriques et pratiques, s'appuient sur des démarches rigoureuses de recensions de la littérature, qui impliquent des écrits empiriques et théoriques, de même que des données expérientielles contextualisées au Québec.

L'objectif de ce rapport s'inscrit dans un contexte où des modèles d'organisation non centrés sur une prise en charge par les médecins voient le jour au Québec pour répondre aux besoins de la population en matière d'accès aux soins. Le modèle de collaboration proposé s'inscrit dans une visée de contribution maximale de chacun des professionnels de l'équipe afin d'optimiser l'alignement entre l'offre de services et les besoins de la population. Des pratiques collaboratives efficaces constituent un aspect central de la performance de la première ligne. Ce modèle pourrait être intégré au processus d'implantation de modèles organisationnels qui implique des pratiques collaboratives dans des équipes de soins, notamment dans les cliniques IPS.

Références

- Alexanian, J. A., Kitto, S., Rak, K. J., et Reeves, S. (2015). Beyond the team: understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Critical Care Medicine*, 43(9), 1880-1886. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001136
- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R., et Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2968-2979. <https://doi.org/10.1111/jocn.12547>
- Baker, D. P., Day, R., et Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41(4p2), 1576-1598. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Bell, S. T., Brown, S. G., Colaneri, A., et Outland, N. (2018). Team composition and the ABCs of teamwork. *American psychologist*, 73(4), 349-362. <https://doi.org/10.1037/amp0000305>
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., Mckey, C. A., et Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 71-84. <https://doi.org/10.1111/jan.13162>
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., et van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Burgers, J., van der Weijden, T., et Grol, R. (2020). Clinical Practice Guidelines as a Tool for Improving Patient Care. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care* (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Busca, E., Savatteri, A., Calafato, T. L., Mazzoleni, B., Barisone, M., et Dal Molin, A. (2021). Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nursing*, 20(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00696-y>
- Campbell, A. R., Layne, D., Scott, E., et Wei, H. (2020). Interventions to promote teamwork, delegation and communication among registered nurses and nursing assistants: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1465-1472. <https://doi.org/10.1111/jonm.13083>
- Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., et Chalmers, C. (2017). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of clinical nursing*, 26(1-2), 170-181. <https://doi.org/10.1111/jocn.13433>
- Chua, W. L., Rahim, N. R. B. A., McKenna, L., Ho, J. T. Y., et Liaw, S. Y. (2022). Intraprofessional collaboration between enrolled and registered nurses in the care of clinically deteriorating ward patients: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 35(1), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.01.009>

- Contandriopoulos, D., Bertoni, K., Horne, B., Swanson, A., Glassel, S., Guengerich, L., Jonker, K., Grisdale, L., et Gilmour, L. (2023). A Descriptive Analysis of the Previous Care Experiences of Patients Being Rostered in British Columbia's New Nurse-Practitioner Primary Care Clinics. *Nurse Practitioner Open Journal*, 3(1), 1-12. doi:10.28984/npoj.v3i1.394
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C. A., Perroux, M., Beaulieu, M. D., Brault, I., Kilpatrick, K. D'Amour, D., et Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0731-5>
- Crompt, D., Hsu, C., Coleman, K., Fishman, P. A., Liss, D. T., Ehrlich, K., Johnson, E., Ross, T. R., Trescott, C., Trehearne, B., et Reid, R. J. (2015). Barriers and Facilitators to Team-Based Care in the Context of Primary Care Transformation. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 38(2), 125-133. <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000056>
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A., et Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29(6), 908-914. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.025>
- Dinh, J. V., Traylor, A. M., Kilcullen, M. P., Perez, J. A., Schweissing, E. J., Venkatesh, A., et Salas, E. (2020). Cross-Disciplinary Care: A Systematic Review on Teamwork Processes in Health Care. *Small Group Research*, 51(1), 125-166. <https://doi.org/10.1177/1046496419872002>
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., et Lipshutz, A. K. (2018). Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Critical care medicine*, 46(6), 980-990. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003067
- Driskell, J. E., Salas, E., et Driskell, T. (2018). Foundations of teamwork and collaboration. *American Psychologist*, 73(4), 334-348. <https://doi.org/10.1037/amp0000241>
- Emich, C. (2018). Conceptualizing collaboration in nursing. In *Nursing forum* (Vol. 53, No. 4, pp. 567-573). <https://doi.org/10.1111/nuf.12287>
- Faculté des sciences infirmières. (2023). Guide d'implantation de pratiques collaboratives dans les équipes de soins en première ligne [document inédit]. Université de Montréal
- Fiscella, K., et McDaniel, S. H. (2018). The complexity, diversity, and science of primary care teams. *American Psychologist*, 73(4), 451. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000244>
- Fox, S., Gaboury, I., Chiochio, F., et Vachon, B. (2021). Communication and interprofessional collaboration in primary care: from ideal to reality in practice. *Health Communication*, 36(2), 125-135. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>

- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., et Davis, S. (2015). Interprofessional teamwork and collaboration between community health workers and healthcare teams: an integrative review. *Health services research and managerial epidemiology*, 2, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23333928155733>
- Gharaveis, A., Hamilton, D. K., Pati, D., et Shepley, M. (2018). The impact of visibility on teamwork, collaborative communication, and security in emergency departments: An exploratory study. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(4), 37-49. <https://doi.org/10.1177/1937586717735290>
- Gharaveis, A., Hamilton, D. K., et Pati, D. (2017). The impact of environmental design on teamwork and communication in healthcare facilities: a systematic literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 119-137. <https://doi.org/10.1177/193758671773033>
- Ghorob, A., et Bodenheimer, T. (2015). Building teams in primary care: A practical guide. *Families, Systems & Health*, 33(3), 182-192. <https://doi.org/10.1037/fsh0000120>
- Goh, P. Q. L., Ser, T. F., Cooper, S., Cheng, L. J., et Liaw, S. Y. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3802-3811. <https://doi.org/10.1111/jocn.15410>
- Grol, R., et Wensing, M. (2020a). Characteristics of Successful Innovations. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*. (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Grol, R., et Wensing, M. (2020b). Effective Implementation of Change in Healthcare: A Systematic Approach. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care* (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Grol, R., et Wensing, M. (2020c). Selection of Strategies for Improving Patient Care. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*. (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Grover, E., Porter, J. E., et Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian emergency nursing journal*, 20(2), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>
- Harris, M. F., Advocat, J., Crabtree, B. F., Levesque, J.-F., Miller, W. L., Gunn, J. M., Hogg, W., Scott, C. M., Chase, S. M., et Halma, L. (2016). Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 35-46. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S97371>
- Heale, R., Dahrouge, S., Johnston, S., et Tranmer, J. E. (2018). Characteristics of Nurse Practitioner Practice in Family Health Teams in Ontario, Canada. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 19(3-4), 72-81. <https://doi.org/10.1177/1527154418792538>

- Henry, B. W., Rooney, D. M., Eller, S., Vozenilek, J. A., et McCarthy, D. M. (2014). Testing of the Patients' Insights and Views of Teamwork (PIVOT) Survey: A validity study. *Patient education and counseling*, 96(3), 346-351. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.002>
- Hewitt, G., Sims, S., et Harris, R. (2015). Evidence of communication, influence and behavioural norms in interprofessional teams: a realist synthesis. *Journal of interprofessional care*, 29(2), 100-105. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941458>
- Hojat, M., Bianco, J. A., Mann, D., Massello, D., et Calabrese, L. H. (2015). Overlap between empathy, teamwork and integrative approach to patient care. *Medical teacher*, 37(8), 755-758. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.971722>
- House, S., et Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration. *The Journal of nursing administration*, 47(3), 165-171. <https://www.jstor.org/stable/26813813>
- Humphrey, S. E., et Aime, F. (2014). Team microdynamics: Toward an organizing approach to teamwork. *Academy of Management Annals*, 8(1), 443-503. <https://doi.org/10.5465/19416520.2014.904140>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. (s.d.). *Ordonnance collective*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Répéré le 2023-09-01 à <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/foire-aux-questions/ordonnance-collective.html>
- Ivers, N., Brown, B., et Grimshaw, J. (2020). Clinical Performance Feedback and Decision Support. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*. (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Josi, R., Bianchi, M., et Brandt, S. K. (2020). Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. *BMC Nursing*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0393-4>
- King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., Toomey, L., et Salisbury, M. (2008). TeamSTEPPS™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches (Vol. 3: Performance and tools)*.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., et Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 15-28. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616>
- Körner, M., Lippenberger, C., Becker, S., Reichler, L., Müller, C., Zimmermann, L., Rundel, M., et Baumeister, H. (2016). Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *Journal of health organization and management*, 30(2), 227-243. DOI10.1108/JHOM-12-2014-0217

- Lacerenza, C. N., Marlow, S. L., Tannenbaum, S. I., et Salas, E. (2018). Team development interventions: Evidence-based approaches for improving teamwork. *American Psychologist*, 73(4), 517-531. <https://doi.org/10.1037/amp0000295>
- Lamont, S., Brunero, S., Lyons, S., Foster, K., et Perry, L. (2015). Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study. *Journal of nursing management*, 23(8), 1126-1136. <https://doi.org/10.1111/jonm.12267>
- L'Archevêque, K. (2023). *Journal de bord de l'implantation de la clinique-école universitaire infirmière de Laval* [document inédit]. Université de Montréal.
- Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N., et Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*, 62(2), 248-266. <https://doi.org/10.1111/inr.12147>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., Scott, C., Crabtree, B., Miller, W., Halma, L. M., Hogg, W. E., Weenink, J.-W., Advocat, J. R., Gunn, J., et Russell, G. (2017). Dimensions and intensity of inter-professional teamwork in primary care: evidence from five international jurisdictions. *Family Practice*, 35(3), 285-294. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz103>
- Limoges, J., Jagos, K., Lankshear, S., Madorin, S. et Witmer, D. (2018). Getting to the root of it: How do faculty address professional boundaries, role expansion, and intra-professional collaboration. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(9), 113-121. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n9p113>
- Lo, L., Rotteau, L., et Shojania, K. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*, 11(12), e055247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055247>
- Martin-Misener, R., Valaitis, R., Wong, S. T., Macdonald, M., Meagher-Stewart, D., Kaczorowski, J., L, O. M., Savage, R., et Austin, P. (2012). A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary Health Care Research & Development*, 13(4), 327-346. <https://doi.org/10.1017/s1463423611000491>
- Mathieu, J. E., et Rapp, T. L. (2009). Laying the foundation for successful team performance trajectories: The roles of team charters and performance strategies. *Journal of Applied Psychology*, 94(1), 90-103. <https://doi.org/10.1037/a0013257>
- Matthys, E., Remmen, R., et Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Family Practice*, 18(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., et Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973-1985. <https://doi.org/10.1111/jan.12647>

- McNaughton, S. M., Flood, B., Morgan, C. J., et Saravanakumar, P. (2021). Existing models of interprofessional collaborative practice in primary healthcare: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 35(6), 940-952. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1830048>
- Medves, J., Godfrey, C., Turner, C., Paterson, M., Harrison, M., MacKenzie, L., et Durando, P. (2010). Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8(2), 79-89. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00166.x>
- Miller, C. J., Kim, B., Silverman, A., et Bauer, M. S. (2018). A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Services Research*, 18(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2961-9>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. 2023. Infirmières praticiennes spécialisées. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-infirmiers/infirmieres-praticiennes-specialisees/>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. 2022. Accès aux services médicaux de première ligne. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/#:~:text=85%20%25%20de%20la%20population%20du,d%27assiduité%20de%2080%20%25>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2021). *Plan stratégique 2019-2023*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_MSSS.pdf
- Moore, J., Prentice, D., Crawford, J., Lankshear, S., Limoges, J., et Rhodes, K. (2019). Collaboration among registered nurses and practical nurses in acute care hospitals: A scoping review. *Nursing Forum*, 54(3), 376-385. <https://doi.org/10.1111/nuf.12339>
- Moore, J. et Prentice, D. (2015). Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 509-515. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.011>
- Morgan, S., Pullon, S., et McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1217-1230. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., et Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

- Mulvale, G., Embrett, M., et Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., et Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec [OIIAQ]. (2020). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire*. Montréal, Québec: OIIAQ Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/activites-professionnelles-infirmiere-auxiliaire>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021). *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique. Lignes directrices*. Montréal, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (s.d.-a). *Ordonnances collectives*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré le 2023-09-01 de <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/ordonnances-collectives>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (s.d.-b). *Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré le 2023-09-01 de <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- O'Leary, D. F. (2016). Exploring the importance of team psychological safety in the development of two interprofessional teams. *Journal of interprofessional care*, 30(1), 29-34. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1072142>
- O'Malley, A. S., Draper, K., Gourevitch, R., Cross, D. A., et Scholle, S. H. (2015). Electronic health records and support for primary care teamwork. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(2), 426-434. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocu029>
- O'Malley, A. S., Gourevitch, R., Draper, K., Bond, A., et Tirodkar, M. A. (2015). Overcoming challenges to teamwork in patient-centered medical homes: a qualitative study. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 30(2), 183-192. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3065-9>
- O'Neill, T., McNeese, N., Barron, A., et Schelble, B. (2022). Human–autonomy teaming: A review and analysis of the empirical literature. *Human factors*, 64(5), 904-938. <https://doi.org/10.1177/0018720820960865>
- O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., et MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS One*, 12(5), e0177026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177026>

- Parker, A. L., Forsythe, L. L., et Kohlmorgen, I. K. (2019). TeamSTEPPS(®) : An evidence-based approach to reduce clinical errors threatening safety in outpatient settings: An integrative review. *Journal of Healthcare Risk Management*, 38(4), 19-31. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21352>
- Pearson, A., Porritt, K. A., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D., Long, L., et Henstridge, V. (2006). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(2), 118-159. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00039.x>
- Peduzzi, M., et Agreli, H. F. (2018). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1525-1534. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Perron, D., Parent, K., Gaboury, I., et Bergeron, D. A. (2022). Characteristics, barriers and facilitators of initiatives to develop interprofessional collaboration in rural and remote primary healthcare facilities: A scoping review. *Rural and Remote Health*, 22(4), 1-10. <https://doi.org/10.22605/RRH7566>
- Petersen, H. V., Foged, S., et Nørholm, V. (2019). “It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1999-2008. <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>
- Prentice, D., Moore, J., Crawford, J., Lankshear, S., et Limoges, J. (2020). Collaboration among registered nurses and licensed practical nurses: a scoping review of practice guidelines. *Nursing Research and Practice*, 2020, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2020/5057084>
- Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E., et Kvist, T. (2021). Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1565-1577. <https://doi.org/10.1111/jonm.13282>
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., et Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 32. <https://doi.org/10.5334/ijic.5589>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., et Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD000072), 1-38. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- RNAO. (2016). *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers – Deuxième édition*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Intra-professional_Collaborative_Practice_12_FR_HR_0.pdf

- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., et Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433-450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Russell, G. M., Miller, W. L., Gunn, J. M., Levesque, J. F., Harris, M. F., Hogg, W. E., Scott, C. M., Advocat, J. R., Halma, L., Chase, S. M., et Crabtree, B. F. (2018). Contextual levers for team-based primary care: lessons from reform interventions in five jurisdictions in three countries. *Family Practice*, 35(3), 276-284. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz095>
- Saint-Pierre, C., Herskovic, V., et Sepúlveda, M. (2017). Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Family Practice*, 35(2), 132-141. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz085>
- Salas, E., Sims, D. E., et Burke, C. S. (2005). Is there a “big five” in teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555-599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132-147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Sangaletti, C., Schveitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., et Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 15(11). https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2017/11000/Experiences_and_shared_meaning_of_teamwork_and.14.aspx
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., et Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care—an integrative review. *BMC Family Practice*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-132>
- Schot, E., Tummers, L., et Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Shohani, M., Valizadeh, L., et Dougherty, M. B. (2017). Effective individual contributions on Iranian nurses intraprofessional collaboration process: A qualitative study. *Journal of caring sciences*, 6(3), 213-220. doi: 10.15171/jcs.2017.021
- Shuffler, M. L., Diazgranados, D., Maynard, M. T., et Salas, E. (2018). Developing, Sustaining, and Maximizing Team Effectiveness: An Integrative, Dynamic Perspective of Team Development Interventions. *Academy of Management Annals*, 12(2), 688-724. <https://doi.org/10.5465/annals.2016.0045>

- Sims, S., Hewitt, G., et Harris, R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. *Journal of interprofessional care*, 29(1), 20-25. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939745>
- Singer, S. J., Benzer, J. K., et Hamdan, S. U. (2015). Improving health care quality and safety: the role of collective learning. *Journal of Healthcare Leadership*, 7, 91-107. <https://doi.org/10.2147/JHL.S70115>
- Sirimsi, M. M., Loof, H. D., Broeck, K. V. d., Vliegheer, K. D., Pye, P., Remmen, R., et Bogaert, P. V. (2022). Scoping review to identify strategies and interventions improving interprofessional collaboration and integration in primary care. *BMJ Open*, 12(10), e062111. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062111>
- Sørensen, M., Stenberg, U., et Garnweidner-Holme, L. (2018). A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., et Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>
- Sverdrup, T. E., et Schei, V. (2015). “Cut Me Some Slack”: The Psychological Contracts as a Foundation for Understanding Team Charters. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 51(4), 451-478. <https://doi.org/10.1177/0021886314566075>
- Thomas, E. J. (2011). Improving teamwork in healthcare: current approaches and the path forward. *BMJ Quality & Safety*, 20(8), 647-650. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000117>
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., et Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
- Valaitis, R., Meagher-Stewart, D., Martin-Misener, R., Wong, S. T., MacDonald, M., O'Mara, L., Baumann, A., Brauer, P., Green, M., Kaczorowski, J., Savage, R., Austin, P., MacLellan, K., McNeil, K., Murray, N., Isaacs, S., Chau, L., The Strengthening Primary Health Care through Primary, C., et Public Health Collaboration, T. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*, 18(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>
- van Schaik, S. M., O'Brien, B. C., Almeida, S. A., et Adler, S. R. (2014). Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Medical Education*, 48(6), 583-592. <https://doi.org/10.1111/medu.12424>
- Weaver, S. J., Dy, S. M., et Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359-372. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848>

- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., et Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care*, 36(5), 735-749. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>
- Wensing, M., Fluit, C., Grimshaw, J., et Grol, R. (2020). Educational Implementation Strategies. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*. Wiley-Blackwell.
- Wensing, M., et Grol, R. (2020). Determinants of Implementation. In M. Wensing, R. Grol, et J. Grimshaw (Eds.), *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care*. (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Wensing, M., Grol, R., et Grimshaw, J. (2020). *Improving patient care. The implementation of change in healthcare*. (3 ed.). Wiley-Blackwell.
- Xyrichis, A., et Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Ylitörmänen, T., Kvist, T., & Turunen, H. (2023). Intraprofessional collaboration: A qualitative study of registered nurses' experiences. *Collegian*, 30(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.05.008>